

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL
MARS 2013

N° 140

TABLE DES MATIÈRES

IN MEMORIAM

1 Dr Paul HENDERICKX

EDITORIAL

2 Pr Ronald Kramp

CODE DE DEONTOLOGIE

6 - Article 46 (Modifié le 19 janvier 2013)
- Article 47 (Modifié le 19 janvier 2013)

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

7 - Proposition « Heimans » de modification de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental
- Lancement du site Internet www.healthandbeauty-info.be
- Le médecin coordinateur et conseiller (MCC) d'une maison de repos et de soins peut-il être le médecin traitant des résidents ?
- Standards de pratique médicale en Europe
- Publication dans ou communication avec les médias par un membre ou un ancien membre d'un organe de l'Ordre
- Responsabilité du personnel d'une garderie lors d'un choc anaphylactique chez un enfant
- Accès aux pratiques non-conventionnelles dans le domaine de l'art médical
- Mère positive pour le VIH

CHRONIQUE INTERNATIONALE

14 - La Belgique invitée à la Conférence Francophone des Ordres des Médecins.
Dr R. Kerzmann

- Réunion du Comité permanent des médecins européens (CPME), 23-24 novembre 2012, Limassol, Chypre
Pr B. Spitz

- Réunion plénière du Conseil Européen des Ordres de Médecins (CEOM), Bruxelles, 30 novembre 2012
Dr R. Kerzmann
A.-S. Sturbois

POUR INFORMATION

24 - Avis des Académies de médecine de Belgique
- Avis n° 54 du 10 décembre 2012 du Comité consultatif de Bioéthique

Dr Paul HENDERICKX



Le samedi 5 janvier 2013, notre confrère Paul Henderickx s'est éteint après une longue maladie. Paul était médecin généraliste à Kessel-Lo, membre suppléant du Conseil provincial du Brabant flamand, président du MCH Leuven-Wezembeek-Oppem et membre du bureau du Cercle de médecine générale Leuven.

Paul a appartenu au Conseil provincial sans interruption depuis 1991 : au départ, il siégea en qualité de conseiller élu effectif ou suppléant, et devint ensuite secrétaire, puis président, et enfin il fut membre délégué au Conseil national. Ses patients et les organisations où il assumait des responsabilités pouvaient compter sur une implication remarquable, une connaissance approfondie des dossiers et une perspicacité légendaire. Dans les affaires disciplinaires, il pouvait allier comme nul autre la sévérité et l'équité, la compréhension et l'indulgence.

Paul respirait l'énergie et la sagesse. Il réussissait toujours à nous captiver par des anecdotes originales et des détails intéressants sur des sujets aussi bien culturels et historiques que géographiques et culinaires.

Paul était un bon vivant et partageait sa joie de vivre.

Paul avait le talent de s'organiser et de concilier une activité professionnelle intense et la vie avec sa famille, qu'il entourait de l'attention qu'elle mérite. Il fut un bon époux et un bon père.

La dernière année fut lourde et pénible. Mais l'incroyable courage avec lequel Paul a supporté la maladie et poursuivi jusqu'à la fin toutes les activités dans lesquelles il exerçait des responsabilités, restera pour nous significatif de sa personnalité et un modèle d'engagement.

Le texte de la carte souvenir * résume en peu de mots la vie de Paul :

*"Lieve papa,
Alles kon je, behalve rusten.
Je had zoveel passie en een tomeloze energie.
Je leefde je uit tot die laatste dag,
werkelijk alles heb je gegeven,
een veel te kort, maar overvol leven.
Zo dankbaar voor al die goede zorgen,
en vol bewondering om wie je was,
doen we wat jij ook altijd deed.
Met ogen vol tranen, maar ons glas geheven,
klinken we op het leven."*

*« Cher Papa,
Tu pouvais tout faire, sauf te reposer.
Tu avais tant de passion et une énergie débordante.*

*Tu as aimé la vie jusqu'au dernier jour,
tu as vraiment tout donné,
une vie trop courte mais une vie bien remplie.
Si reconnaissants de tout ce que tu nous as donné,
et emplis d'admiration pour la personne que tu étais,
nous continuons à faire ce que tu as toujours fait.
Les yeux pleins de larmes, mais le verre levé,
nous portons un toast à la vie. »*

** (Traduction libre)*

Au nom du Conseil national, nous présentons à la famille nos plus sincères condoléances et prenons part à son chagrin. Paul nous manquera, mais nous ne l'oublierons jamais, car il laisse derrière lui le souvenir de son enthousiasme professionnel et d'une grande dignité humaine.

*Dr Walter Van Roost
Pr Michel Deneyer*

IN MEMORIAM. Le Conseil national déplore le décès du docteur Paul Henderickx, survenu après une pénible affection. Le confrère Henderickx était membre suppléant du Conseil national, élu par le Conseil provincial du Brabant flamand. Outre ses activités médicales comme médecin généraliste à Kessel-Lo et dans diverses associations médicales, le docteur Henderickx fut impliqué à l'Ordre des médecins depuis 1991, d'abord au Conseil provincial du Brabant flamand dont il fut le président, et, ensuite, au Conseil national où ses commentaires judicieux et sa constante bonne humeur ont toujours été appréciés de tous.

AU COURS DES DERNIERS MOIS, le Conseil national a approuvé la modification des articles 46 et 47 du Code de déontologie médicale et il a émis huit avis publics. Parmi ceux-ci, plusieurs sont importants, notamment ceux concernant l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental grave, la possibilité pour un médecin coordinateur et conseiller d'une maison de repos d'être également le médecin traitant de résidents, les règles à observer par les membres et anciens membres d'un conseil ordinal eu égard à toute publication dans ou communication avec les médias, et les pratiques non conventionnelles dans le domaine de l'art médical.

En sa séance du 19 janvier 2013, le Conseil national a approuvé une nouvelle version de deux articles du Code de déontologie médicale relatifs au dossier médical : l'article 46 concerne la durée et les conditions de conservation des dossiers médicaux et l'article 47 a trait, d'une part, aux devoirs du médecin en cas de cessation de sa pratique médicale et, d'autre part, aux dispositions à considérer par le conseil provincial, par exemple, en cas de décès d'un médecin.

En sa séance du 8 décembre 2012, le Conseil national a émis quatre avis.

- Le premier avis concerne une nouvelle version (« 04.10.2012 Henri Heimans ») de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental pour laquelle le Conseil national avait déjà fait part de ses objections et de ses propositions (Bulletin du Conseil national n°132).

Cette nouvelle version de la loi précise de manière plus appropriée que précédemment les diverses possibilités de traitement en matière psychiatrique pouvant être appliquées ainsi que les modalités d'exécution de l'internement. Celles-ci seront maintenant en adéquation avec les nécessités des traitements à pourvoir. Elles seront décidées dorénavant par une chambre de l'application des peines exclusivement compétente dans le domaine de l'internement.

Outre l'expertise psychiatrique, la nouvelle version de la loi prévoit aussi la possibilité d'une expertise psychologique effectuée par un psychologue légiste. Si le Conseil national peut marquer son accord pour une expertise psychiatrique effectuée collégialement sous la responsabilité d'un psychiatre, en revanche, il ne peut admettre que des prestataires de soins, non reconnus par l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967, puissent être chargés d'une telle expertise.

Enfin, le Conseil national souligne une fois encore la nécessité de séparer expertise et traitement de ces personnes internées. Il réitère l'utilité de mettre en place un centre pénitentiaire de recherche et d'observation clinique.

- Le second avis concerne une initiative privée de lancement d'un site internet « *healthandbeauty* » afin d'informer le public au sujet de la chirurgie oculaire au laser, de la chirurgie esthétique et de l'art dentaire, de fournir l'adresse des médecins pratiquant dans ces domaines, et de donner la possibilité au public d'émettre des avis. Le Conseil national précise qu'il n'est pas compétent à l'égard d'une initiative privée. Toutefois, il attire l'attention sur la loi du 6 juillet 2011 relative à la publicité et à l'information en matière d'esthétique médicale et souligne qu'il ne peut être favorable aux autres aspects de la demande.

- Le troisième avis est en rapport avec l'activité du médecin coordinateur et conseiller (MCC) d'une maison de repos et de soins comme médecin traitant de certains résidents : un CPAS peut-il l'interdire? En réponse, le Conseil national fait référence à trois de ses avis permettant au MCC, toutefois sous des conditions très strictes, d'être le médecin traitant de certains résidents. Pour ce faire, le Conseil national s'est basé sur le principe du libre choix du patient tel que prescrit par la loi relative aux droits du patient (article 6 de la loi du 22 août 2002) et par un arrêté royal (21 septembre 2004) fixant les normes d'agrément spécial comme maison de repos et de soins (voir règlement d'ordre intérieur). Un groupe de travail mixte, examinant la politique des soins en maison de repos et de soins, a abouti aux mêmes conclusions quant aux activités du MCC.

- Enfin, le quatrième avis se réfère à une lettre ouverte émanant de diverses organisations médicales européennes et relative aux standards de bonne pratique médicale auxquels le Conseil national se rallie.

En sa séance du 19 janvier 2013, le Conseil national a établi les règles de bon usage à l'égard de publications ou de communications avec les médias. Elles sont d'application tant pour les membres en exercice que pour les anciens membres du Conseil national et/ou d'un conseil provincial de l'Ordre des médecins. Le Conseil national a ainsi précisé quels membres pouvaient être « porte-parole » au sein de chacune de ces structures/organes. Il a aussi souligné la nécessité de requérir l'accord pour toute intervention publique pour tout membre de l'un de ces organes ou, à défaut de demande, celle de faire part d'une intervention à titre personnel.

En sa séance du 3 février 2013, le Conseil national a émis trois avis.

- Le premier avis a trait à la *responsabilité du personnel d'une garderie lors d'un choc anaphylactique chez un enfant*. Le Conseil national précise tout d'abord que la fréquence de la survenue d'un choc anaphylactique chez l'enfant souffrant d'allergies est en augmentation et qu'il s'agit d'une situation à risque vital nécessitant une administration sur-le-champ d'adrénaline. Pour ce faire, l'on doit disposer d'un kit spécial (Epipen) dont l'usage est aisé pour toute personne. Dans ce contexte, le Conseil national rappelle les points suivants : l'obligation légale de porter assistance à une personne en danger, l'autorisation écrite des parents permettant cette administration dans les conditions précitées, et une prescription du médecin donnant mandat au personnel de la garderie. Dans tous les cas, une information appropriée est la meilleure garantie d'assurer une réaction adéquate dans ces circonstances.

- Suite à l'annonce de la rédaction des arrêtés d'exécution de la loi du 29 avril 1999 (« loi Colla ») relative aux pratiques non conventionnelles dans le domaine de l'art médical, le Conseil national fait part à la ministre de la Santé publique de son avis : *Accès aux pratiques non-conventionnelles dans le domaine de l'art médical*. A cet effet, le Conseil national rappelle ses avis précédents soulignant les problèmes déontologiques liés à ces pratiques ainsi que les avis émis par les Académies royales de médecine et par le KCE. Il souligne à nouveau que la pratique des soins de santé nécessite une connaissance de la médecine dans sa globalité alors que ces pratiques non conventionnelles sont axées sur une « thérapeutique essentiellement symptomatique ». Le Conseil national estime dès lors « indispensable que le choix d'une orientation vers les pratiques non conventionnelles soit subordonné à un bilan médical préalable ».

- Enfin, le Conseil national signale que la requête d'avis concernant *une mère porteuse du VIH*, a fait l'objet de l'avis n°53 du 14 mai 2012 du Comité consultatif de Bioéthique relatif au *refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence sur le fœtus*.

CHRONIQUE INTERNATIONALE. Le Conseil national a été représenté à trois réunions internationales. Les rapports des délégués sont publiés dans ce Bulletin.

- La *Conférence francophone des Ordres des médecins (CFOM)* s'est tenue le 24 novembre 2012 à Paris. Celle-ci regroupe les autorités ordinales des pays ou régions francophones du monde, soit comme membres à part entière, soit comme observateurs, ce qui était, jusqu'à présent, le cas du Conseil national. Invité à cette rencontre, le docteur R. Kerzmann, président du CEOM, y était présent comme observateur du Conseil national. Il a animé une séance traitant d'éthique et de déontologie médicale. Suite à cela, le Conseil national a décidé d'adhérer au CFOM et, dorénavant, d'y être représenté comme membre par un délégué de sa section francophone.

- La réunion du *Comité permanent des médecins européens (CPME)*, à laquelle participaient 26 pays, a eu lieu les 23 et 24 novembre 2012 à Limassol, Chypre. Le Conseil national y était représenté par le professeur B. Spitz dont le rapport met en exergue plusieurs observations intéressantes.

- *Le Conseil européen des Ordres de Médecins (CEOM)* dont le Président est le docteur R. Kerzmann, membre effectif du Conseil national, s'est réuni à Bruxelles le 30 novembre 2012, une première pour notre pays. Le CEOM regroupe seize Ordres et organisations dont quatorze étaient présents à Bruxelles. Les thèmes abordés étaient des plus variés : respect de la vie privée, standardisation des pratiques médicales, révision d'une directive européenne quant à la reconnaissance des qualifications européennes, recommandations déontologiques européennes, médecines complémentaires et alternatives, questions éthiques et déontologiques relatives aux dons et transplantations d'organes, et démographie médicale en Europe. Cette réunion organisée sous l'égide du Conseil national a rencontré un franc succès.

POUR INFORMATION. Dans cette nouvelle rubrique, le Conseil national renvoie, à titre informatif, à des avis d'autres institutions, et notamment dans la présente livraison, à des avis émanant des Académies royales de médecine de Belgique et du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique.

Avis des Académies royales de médecine En réponse à une demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, les deux Académies ont émis un avis conjoint relatif aux *dysfonctionnements temporo-mandibulaires* qui sont diagnostiqués par les praticiens de l'art dentaire et nécessitent l'intervention d'un kinésithérapeute. Jusqu'à présent, la prescription de la kinésithérapie devait émaner d'un praticien de l'art médical. Au vu de la spécificité de l'affection relevant essentiellement de l'art dentaire, les deux Académies estiment que le praticien de l'art dentaire pourrait dorénavant être habilité à prescrire des séances de kinésithérapie pour ce domaine particulier : <http://www.armb.be/index.php?id=2197>

Les deux Académies ont fait part dans un communiqué de presse conjoint concernant les *Donneurs vivants d'organes*, d'une part, des acquis récents en matière de suivi médical et d'assurances en faveur des donneurs vivants et, d'autre part, des demandes restant en suspens, notamment en matière de frais médicaux et de pertes de revenus professionnels : <http://www.armb.be/donneurs%20vivants.pdf>

- *Avis du Comité consultatif de Bioéthique*. L'avis n° 54 du 10 décembre 2012 du Comité consultatif de Bioéthique concerne le *Consentement au prélèvement post mortem de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique*. Cet avis peut être consulté in extenso sur le site : <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Committees/Bioethics/Opinions/index.htm>

Prof. Ronald KRAMP
Rédacteur en chef

En sa séance du 19 janvier 2013, le Conseil national a modifié comme suit les articles 46 et 47 du Code de déontologie médicale, chapitre III, le dossier médical :

Article 46 (Modifié le 19 janvier 2013)

Les dossiers médicaux doivent être conservés pendant trente ans après le dernier contact avec le patient, en lieu sûr et en tenant compte du respect du secret professionnel. Après ce délai, la destruction des dossiers peut être effectuée avec le même respect.

Article 47 (Modifié le 19 janvier 2013)

Lorsque sa pratique cesse, le médecin transmet au médecin désigné par le patient tous les renseignements utiles et nécessaires pour garantir la continuité des soins.

Si le conseil provincial concerné est informé du fait que ce médecin n'est plus en mesure de satisfaire à cette obligation, il prend les dispositions nécessaires pour :

- la conservation adéquate des dossiers médicaux afin de permettre d'assurer la continuité des soins,
- la préservation du secret professionnel.

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 8 DECEMBRE 2012, 19 JANVIER 2013 ET 9 FEVRIER 2013

- Proposition « Heimans » de modification de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental (08/12/2012)
- Lancement du site Internet www.healthandbeauty-info.be (08/12/2012)
- Le médecin coordinateur et conseiller (MCC) d'une maison de repos et de soins peut-il être le médecin traitant des résidents ? (08/12/2012)
- Standards de pratique médicale en Europe (08/12/2012)
- Publication dans ou communication avec les médias par un membre ou un ancien membre d'un organe de l'Ordre (19/01/2013)
- Responsabilité du personnel d'une garderie lors d'un choc anaphylactique chez un enfant (09/02/2013)
- Accès aux pratiques non-conventionnelles dans le domaine de l'art médical (09/02/2013)
- Mère positive pour le VIH (09/02/2013)

7

Proposition « Heimans » de modification de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental (08/12/2012)

MOTS-CLES :
Détenus - Psychiatrie
REFERENCE :
a140005f

Avis du Conseil national concernant la proposition « Heimans » de modification de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement de personnes atteintes d'un trouble mental a été publiée au Moniteur belge du 13 juillet 2007, mais après plus de cinq ans, elle n'est toujours pas entrée en vigueur. Cette loi devait être remaniée et dans son avis du 11 décembre 2010 « Loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental » (Bulletin du Conseil national de l'Ordre des médecins, n° 132), le Conseil national de l'Ordre des médecins a émis des objections et formulé des propositions. Au fil des ans, plusieurs nouvelles versions ont été élaborées.

Le présent avis est basé sur la dernière version intitulée « 04.10.2012 Henri Heimans ». Il se limite aux implications déontologiques de l'expertise psychiatrique et à l'exécution de la décision d'internement.

1/ Cette nouvelle version souligne plus que la précédente l'objectif de la loi : en tenant compte de la sécurité, offrir les soins requis, axés sur la réinsertion dans la société, par un trajet de soins où des soins sur mesure sont prodigués à l'interné (article 2). La loi initiale de 2007 était impraticable du point de vue du traitement. Cette nouvelle version est davantage orientée vers la mise à disposition effective des possibilités de traitement en matière de soins psychiatriques.

2/ Dans son avis du 11 décembre 2010, le Conseil national demandait une simplification et un assouplissement des modalités d'exécution de la loi du 21 avril 2007. On ne peut guère parler de simplification. La version actuelle compte 120 articles pour 156 dans la version de 2007 et seulement 32 dans la loi de défense sociale à l'égard

des anormaux et des délinquants d'habitude, du 1er juillet 1964, d'application jusqu'à ce jour. Cette nouvelle version apporte cependant une réponse clairement positive à la demande d'un assouplissement et d'une meilleure adaptation des modalités d'exécution de l'internement aux nécessités des traitements.

Les juridictions d'instruction et de jugement peuvent, par une décision spécialement motivée, libérer sur-le-champ un inculpé ou un prévenu interné, en imposant ou non une ou plusieurs conditions.

La chambre de l'application des peines peut décider du « placement » ou du « transfert » de l'interné dans une section psychiatrique de la prison ou dans un établissement fédéral de défense sociale. La loi prévoit un « placement négocié ou un transfert négocié » s'il s'agit d'un centre de psychiatrie légale ou d'un établissement privé ou communautaire (articles 19 et 20). Dans ce cas, l'établissement se déclare d'accord avec l'admission de l'interné. L'insertion de cette règle dans la loi est positive.

Les différentes modalités concrètes d'exécution de la décision judiciaire d'internement peuvent être désormais accordées dans chaque phase de l'exécution de l'internement par la chambre de l'application des peines exclusivement compétente en matière d'internement. Les conditions ou les contre-indications doivent certes être prises en compte, mais il s'agit d'une modification très positive de la loi initiale de 2007, qui était beaucoup trop rigide. Les modalités concrètes en question sont aussi bien l'autorisation de sortie, le congé, la détention restreinte, la surveillance électronique, la libération à l'essai, la libération provisoire ou la libération anticipée.

3/ Outre l'expertise psychiatrique médico-légale, cette nouvelle version de la loi prévoit l'alternative d'une « expertise psychologique » par un « psychologue légiste porteur du titre reconnu de psychologue et enregistré auprès de la commission de psychologues » (article 5, § 2). Le Conseil national souscrit sans réserve au fait que l'expertise psychiatrique puisse être effectuée en collège et/ou avec l'assistance d'autres scientifiques du comportement sous la direction et la responsabilité d'un expert satisfaisant aux conditions de l'article 2, § 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Dans la mesure où la mission de l'expert consiste aussi à établir un diagnostic médical et à donner des recommandations de traitement, le Conseil national ne peut se déclarer d'accord avec la proposition d'également confier cette mission à des prestataires de soins non reconnus par l'arrêté royal précité. Il s'agit en effet d'avis relatifs au diagnostic ou au traitement à propos de patients atteints d'une affection psychiatrique grave suivant la classification DSM-IV. Ces avis doivent être donnés par un psychiatre ou par une équipe pluridisciplinaire sous la direction et la responsabilité d'un psychiatre.

4/ L'article 6, § 1er, prévoit la possibilité d'une expertise psychiatrique avec mise en observation dans la section psychiatrique de la prison ou au sein du centre de psychiatrie légale. La possibilité d'une admission dans une section psychiatrique de la prison existait déjà dans la loi de 1964, mais n'a jamais pu être réalisée parce que les sections psychiatriques des prisons n'ont jamais été équipées à cette fin. Elles ne le sont toujours pas. Cette lacune devait être comblée par l'arrêté royal du 19 avril 1999 portant création et érection en établissement scientifique de l'Etat du Centre pénitentiaire de recherche et d'observation clinique (CEPROC). Ce centre devait permettre la mise en observation telle que définie par la loi, mais il n'a jamais vu le jour. La loi actuelle tente de contourner le problème en rendant possible la mise en observation dans un centre de psychiatrie légale. Le Conseil national émet de sérieuses objections quant à cette proposition. Lesdits centres de psychiatrie légale sont des institutions où les internés sont traités. En raison de l'absence d'alternatives au sein de la prison, ces centres risquent d'être utilisés abusivement sur la base de cette loi à des fins d'expertise. Le Conseil national plaide toujours pour une séparation stricte du traitement d'une part et de l'expertise d'autre part, ce en quoi il est conforté par l'article 100, § 3, de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, disposant que la fonction de médecin-conseil est incompatible avec une mission de prestataire de soins dans la prison.

Le Conseil national réitère son avis préconisant la mise en place du CEPROC, ce qui assurément bénéficierait à la qualité de l'expertise psychiatrique dans les cas problématiques. Il n'est pas acceptable de faire glisser cette mission d'expertise vers des établissements de soins extra-pénitentiaires.

5/ Le Conseil national constate avec satisfaction la création au sein du tribunal de l'application des peines d'une chambre exclusivement compétente en matière d'internement. Une composition adaptée de cette chambre se justifie par le fait que l'internement n'est pas une peine mais une mesure de protection. Il serait souhaitable de spécifier dans la loi que le juge d'application des peines est assisté au sein de cette chambre par un assesseur spécialisé en matière d'internement.

6/ Le Conseil national souscrit à la proposition concernant le caractère contradictoire de l'expertise (article 7bis) et à celles portant sur la situation délicate dans laquelle une personne subit à la fois une peine privative de liberté et un internement (articles 114 et 114bis). Il n'est plus fait référence à l'application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

Dans son avis du 11 décembre 2010, le Conseil national s'est prononcé positivement au sujet de la nouvelle formulation des questions posées à l'expert, de l'instauration d'un agrément des experts par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et de la rédaction d'un rapport conformément au modèle fixé par le Roi. Ceci reste inchangé dans la dernière proposition et favorisera la qualité des rapports.

Lancement du site Internet www.healthandbeauty-info.be (08/12/2012)

MOTS-CLES :
Site internet - Publicité
REFERENCE :
a140006f

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est interrogé concernant le lancement du site Internet www.healthandbeauty-info.be.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 8 décembre 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 6 juin 2012 concernant le lancement du site Internet www.healthandbeauty-info.be. L'objectif de ce site est d'informer les citoyens en matière de chirurgie oculaire au laser, de chirurgie esthétique et d'art dentaire.

Le Conseil national n'est pas compétent à l'égard d'initiatives privées. Cependant, votre question intéresse un domaine réglé par la loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relative aux actes d'esthétique médicale.

Le Conseil national estime préférable que l'information soit donnée par un site Internet sous les auspices d'une association scientifique de la spécialité concernée.

En ce qui concerne les adresses de contact des médecins exerçant les spécialités que vous citez, l'expérience enseigne qu'en raison de leur volatilité, il n'est pas possible de les rassembler et de les tenir à jour correctement, ce qui enlève beaucoup de sa valeur à votre proposition.

En ce qui concerne la création d'un forum où les patients peuvent donner leur avis concernant l'information et le traitement proposés par le médecin, l'expérience enseigne également que ce genre de forum est immédiatement et inévitablement submergé de communiqués subjectifs, ce qui n'apporte pas de réponse au citoyen qui recherche une information objective.

Le médecin coordinateur et conseiller (MCC) d'une maison de repos et de soins peut-il être le médecin traitant des résidents ? (08/12/2012)

MOTS-CLES :
Libre choix du médecin - Maisons de repos - Médecin coordinateur - Médecin traitant
REFERENCE :
a140009f

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est interrogé sur la possibilité pour un CPAS d'interdire au médecin coordinateur et conseiller (MCC) d'une maison de repos et de soins d'être le médecin traitant des résidents.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 8 décembre 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 28 juin 2012 par lequel vous l'interrogez sur la possibilité pour un CPAS d'interdire au médecin coordinateur et conseiller (MCC) d'une maison de repos et de soins d'être le médecin traitant des résidents.

Le Conseil national vous transmet en annexe trois avis abordant la question de la pratique médicale du MCC.

- Avis du 16 septembre 2000, Médecin coordinateur dans les MRS - Arrêté royal du 24 juin 1999, Bulletin du Conseil national n° 90, p. 10 ;
- Avis du 16 septembre 2000, Médecins coordinateurs d'une MRS et médecins traitants dans une MRS, Bulletin du Conseil national n° 90, p. 9 ;
- Avis du 20 novembre 1999, Médecin coordinateur dans une MRS - Tâche et fonction, Bulletin du Conseil national n° 87, p. 28.

Dans ces avis le Conseil national admet, sous certaines limites strictes qu'il définit, que le MCC soit le médecin traitant de certains résidents.

Cette position est notamment justifiée par le principe du libre choix par le patient de son médecin, droit qui est expressément consacré par l'article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et par l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, qui énonce expressément (annexe 1, B., 4, d)) :

4. Règlement d'ordre intérieur

(...)

d) Le règlement définit les droits et devoirs des résidents et du gestionnaire compte tenu des règles suivantes :
(...)

- le libre choix du médecin et son accès à l'établissement selon les dispositions du règlement d'ordre intérieur de l'activité médicale.

L'interdiction qui serait faite au MCC de traiter les résidents aurait comme conséquence, du point de vue des résidents, de limiter leur libre choix du médecin traitant.

Vous trouverez également en annexe le texte de synthèse « propositions et mesures pour une meilleure coordination de la politique des soins en maisons de repos et de soins » d'un groupe de travail mixte, daté du 22 décembre 2010, qui aborde cette problématique sous son point 13 à la page 25. Le groupe de travail renvoie également au respect du principe du libre choix du patient.

Concernant le statut du MCC, le texte de synthèse précité énonce « *que le MCC ne peut pas être chargé du traitement des patients, ni de l'établissement d'un diagnostic. Il ne peut pas non plus remplir le rôle du médecin du travail* » au sein de l'institution. »

Cette position est similaire à celle développée par le Conseil national dans ses avis.

Par ailleurs, le groupe de travail ajoute qu'il est préférable que le MCC garde une pratique médicale. Mais le groupe de travail précise que le MCC « *ne peut pas devenir le médecin traitant des patients pour lesquels il n'était pas médecin traitant avant leur admission dans l'institution* », pour ensuite faire référence au principe du libre choix.

Sur ce point, le Conseil national estime que si le libre choix du patient porte sur le MCC, il devrait pouvoir être respecté en raison même de ce principe de libre choix.

Annexe

Groupe de travail mixte "MCC".

Propositions et mesures pour une meilleure coordination de la politique des soins en maison de repos et de soins. Rôle et statut du médecin coordinateur et conseiller en MRS :

http://www.uvcw.be/no_index/cpas/grandage/MCC-propositions-et-mesures-pour-une-meilleure-coordination-MRS-22-12-2010.pdf

Standards de pratique médicale en Europe (08/12/2012)

MOTS-CLES :
Qualité des soins
REFERENCE :
a140011f

Lettre ouverte relative aux standards de pratique médicale en Europe.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 8 décembre 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance de la lettre ouverte, soutenue par de nombreuses organisations médicales européennes, relative aux standards de pratique médicale en Europe.

Vous trouverez en annexe cette lettre ouverte.

Le Conseil national vous informe qu'il partage les préoccupations qui y sont détaillées et qu'il se joint aux signataires pour défendre le principe que pareils standards ne soient développés qu'en partenariat étroit avec les organisations médicales européennes.

Annexe

Standards of medical Practice Open letter : <http://www.cpme.eu/cpme-standards-of-medical-practice-open-letter/>

C.C. :
Messieurs Friedrich Smaxwil, David Dossett et Tore Bloch Trondvold
Présidents
CEN-CENELEC Management Centre
Dr Romuald Krajewski
Président
UEMS Brussels Office

Publication dans ou communication avec les médias par un membre ou un ancien membre d'un organe de l'Ordre (19/01/2013)

MOTS-CLES :
Médias - Ordre des médecins (Organisation et fonctionnement de l'-) - Secret professionnel
REFERENCE :
a140012f

Dans quelles circonstances, un membre ou un ancien membre d'un organe de l'Ordre des médecins peut-il faire référence à cette qualité en cas de publication dans ou de communication avec les médias ?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

REGLES DE BON USAGE EN MATIERE DE PUBLICATION ET DE COMMUNICATION AVEC LES MEDIAS

Le Conseil national de l'Ordre des médecins établit les règles de bonne conduite suivantes dans les relations avec les médias (publication ou communication).

Les vice-présidents du Conseil national, chacun dans leur langue, sont les porte-parole de ce Conseil quand il s'agit de répondre en temps réel à l'interpellation d'un média.

En ce qui concerne les conseils provinciaux, le Conseil national estime indiqué que ce soit le président, ou en son absence le vice-président, qui assume ce rôle, en respectant le secret professionnel (article 30 de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins).

Ils agissent avec discernement et rendent compte de leurs interventions à leur Conseil.

Ils s'abstiennent de tout commentaire à propos d'une procédure disciplinaire.

S'ils l'estiment préférable, ces porte-parole peuvent déléguer la mission de communication à un autre membre du Conseil national ou du conseil provincial.

Dans les autres circonstances, lorsqu'un membre d'un organe de l'Ordre des médecins intervient publiquement, par écrit ou oralement, il ne peut le faire en cette qualité qu'avec l'accord de l'organe/autorité/instance à laquelle il appartient.

S'il n'a pas sollicité ou obtenu cet accord, il précise qu'il fait son intervention à titre personnel.

Les anciens membres d'un organe de l'Ordre des médecins ne peuvent s'exprimer qu'à titre personnel. Le Conseil national recommande qu'ils ne fassent pas état de leur appartenance passée à un des organes de l'Ordre des médecins.

Responsabilité du personnel d'une garderie lors d'un choc anaphylactique chez un enfant

(09/02/2013)

MOTS-CLES :

Autorité parentale - Mineurs d'âge - Responsabilité du médecin (=Verantwoordelijkheid van de geneesheer)

REFERENCE :

a140016f

L'administration immédiate d'adrénaline lors d'un choc anaphylactique est vitale. Depuis l'arrivée de ce médicament sur le marché sous la forme d'un kit spécial permettant l'injection par du personnel non médical, des questions se posent à propos de la responsabilité de l'administration de ce produit à des mineurs dans les crèches et les établissements scolaires. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte : l'autorité parentale, l'obligation d'assistance et le rôle du médecin tant sur le plan de la prescription que de la formation du personnel dans les crèches et les écoles. Une bonne communication et des accords précis entre les différents acteurs sont nécessaires pour pouvoir intervenir immédiatement, avant même l'arrivée des secours sur place, lorsque la vie est menacée.

12

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 9 février 2013, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question concernant la responsabilité du personnel d'accueil des enfants lors d'un choc anaphylactique chez un enfant.

Tout citoyen a l'obligation légale de porter assistance à une personne en danger.

Ces dernières années, le nombre d'enfants souffrant d'allergie et la fréquence de la manifestation la plus grave, à savoir le choc anaphylactique, ont considérablement augmenté. Dans cette situation de risque vital, l'administration immédiate d'adrénaline est la pierre d'angle du traitement. C'est pour cette raison que les patients susceptibles de développer une réaction allergique grave, doivent disposer d'adrénaline dans leur environnement immédiat. Il existe un kit spécial conçu et enregistré sous la dénomination Epipen permettant à chacun, en suivant les instructions, d'injecter une dose standard d'adrénaline dans le muscle du haut de la cuisse du patient dans des situations où le pronostic vital est menacé.

Dans le prolongement de leur autorité parentale, les parents peuvent remettre à des personnes de l'entourage direct de leur enfant, comme le personnel d'établissements scolaires et d'accueil préscolaire et extrascolaire des enfants, un consentement écrit les autorisant à administrer l'Epipen dans les situations où la vie de l'enfant est en danger, à condition de pouvoir produire une prescription du médecin mandatant ces personnes. Le traitement peut ainsi être mis en œuvre directement sans devoir perdre du temps à attendre l'arrivée des secours.

La meilleure garantie d'une réaction adéquate est une information la plus large possible du service médical de surveillance de la structure d'accueil des enfants ou de l'établissement scolaire, par les parents et le médecin traitant de l'enfant. Le cas échéant, ces derniers peuvent organiser ensemble une formation en vue d'expliquer précisément les mesures préventives pour éviter l'allergène, les symptômes du choc anaphylactique et la technique d'administration de l'Epipen.

Accès aux pratiques non-conventionnelles dans le domaine de l'art médical (09/02/2013)

MOTS-CLES :
Pratiques non-conventionnelles
REFERENCE :
a140017f

La presse a diffusé les conclusions déposées par les commissions paritaires mises en place en exécution de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non-conventionnelles dans le domaine de l'art médical. A ce sujet, le Conseil national écrit à la ministre de la Santé publique.

LETTRE DU CONSEIL NATIONAL À LA MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE :

En sa séance du 9 février 2013, le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé de réagir suite aux prises de position et aux récents articles de presse relatifs aux conditions d'exercice des pratiques non conventionnelles, qui devraient être définies par arrêté royal en exécution de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

Interrogé à plusieurs reprises sur les problèmes déontologiques soulevés par ces pratiques, le Conseil national a rendu plusieurs avis, lesquels renvoient notamment aux avis rendus par les Académies royales de médecine et par le KCE.

Les travaux des commissions paritaires mises en place en exécution de la loi du 29 avril 1999 précitée se terminent.

Le Conseil national rappelle que la pratique des soins de santé doit être basée sur une évaluation adéquate de l'état du patient, afin d'établir un diagnostic qui oriente la thérapeutique.

L'établissement d'un diagnostic nécessite la connaissance de la médecine dans sa globalité et l'accès raisonné aux examens complémentaires (biologie, imagerie).

L'accès direct aux pratiques axées sur la thérapeutique essentiellement symptomatique, sans efficacité sur l'évolution des processus morbides dont le patient pourrait être atteint, n'est pas acceptable, particulièrement au moment où les exécutifs multiplient les campagnes de dépistage pour favoriser le diagnostic précoce.

En conséquence, le Conseil national estime indispensable que le choix d'une orientation vers les pratiques non conventionnelles soit subordonné à un bilan médical préalable qui relève d'un médecin généraliste ou spécialiste agréé. Elles peuvent éventuellement être complémentaires mais ne peuvent en aucun cas être une alternative à la médecine clinique scientifique.

Mère positive pour le VIH (09/02/2013)

MOTS-CLES :
Grossesse - Mineurs d'âge - Responsabilité civile et/ou pénale du médecin - Secret professionnel - Sida
REFERENCE :
a140022f

Le 14 janvier 2006, le Conseil national a émis un avis concernant le traitement d'un nouveau-né dont le père ne sait pas que la mère est positive pour le VIH. (Bulletin du Conseil national n°112, juin 2006, p.3). Dans cet avis, le Conseil national concluait qu'il devait encore se prononcer à propos de la situation très exceptionnelle dans laquelle la mère, positive pour le VIH et enceinte, refuse tout traitement durant la grossesse et l'accouchement.

Le Conseil national a soumis cette question au Comité consultatif de bioéthique.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En annexe vous trouverez l'avis n° 53 du 14 mai 2012 du Comité consultatif de Bioéthique reçu par le Conseil national de l'Ordre des médecins en octobre 2012 concernant cette matière.

Annexe 3

Avis n° 53 du 14 mai 2012 du Comité Consultatif de Bioéthique relatif au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence sur le fœtus :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Committees/Bioethics/Opinions/index.htm>

La Belgique invitée à la Conférence Francophone des Ordres des Médecins.

Dr R. Kerzmann

Le Conseil national de l'Ordre belge des médecins est impliqué activement depuis longtemps dans l'action internationale en matière de déontologie médicale et il reste constamment attentif aux initiatives qui se développent dans ce domaine. C'est dès lors sans surprise que celle qui a été lancée par la Conférence Francophone des Ordres des Médecins (CFOM) ne l'a pas laissé indifférent.

C'est le 8 décembre 2006 à l'Hôpital militaire français du Val-de-Grâce à Paris que se sont réunis, pour la première fois, divers représentants de l'association des Ordres et Collèges des médecins francophones. Ils ont rédigé, à cette occasion, la charte de base de ce qui allait devenir ultérieurement la Conférence Francophone des Ordres Médicaux (CFOM).

Sa vocation est la fédération des autorités de régulation de la profession médicale de l'espace mondial francophone. Sa finalité est la constitution d'un vaste terrain d'échange et de confraternité et la promotion, dans cet espace, d'une médecine de qualité au service des patients.

En sont actuellement membres les autorités ordinaires de l'Algérie, la République du Cameroun, la République centrafricaine, les Comores, la République du Congo, la France, le Gabon, Haïti, Madagascar, le Maroc, le Québec, la Tunisie, le Tchad ainsi que divers pays de la CEDEAO (1) dont le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, le Niger, le Sénégal et, comme membres observateurs, celles de la Suisse et du Luxembourg. Les autorités ordinaires du Cambodge, du Liban, de la Mauritanie et de la Syrie ont signé la charte initiale.

Les statuts de la CFOM ont été adoptés par l'assemblée générale constitutive qui s'est tenue à Bamako (Mali) le 4 décembre 2007. Le Conseil national de l'Ordre belge des médecins, dûment convié, avait choisi à l'époque de ne siéger que comme membre observateur. Des difficultés d'organisation et de disponibilité l'en ont toutefois empêché.

Le siège social de la CFOM, régi par la loi du pays qui l'héberge, est actuellement fixé au Conseil national de l'Ordre des Médecins à Paris. Il pourrait cependant être transféré dans n'importe quel autre Etat représenté au sein de la CFOM, par décision de l'Assemblée générale prise à la majorité des deux tiers des membres la composant.

Selon ses statuts, la CFOM a pour objet de promouvoir le rôle des Ordres des médecins dans la gestion et l'amélioration des systèmes de santé, d'œuvrer à la réflexion éthique et au rapprochement des règles de déontologie médicale, de conjuguer les efforts et les ressources de chacun pour une meilleure efficacité de la collectivité médicale au service des patients et des populations dont elle a la charge, de veiller à l'indépendance des médecins dans leur pratique, de faciliter le libre accès des patients aux soins les plus appropriés, de favoriser l'entraide, la solidarité, la coopération, les échanges d'idées et d'expériences, entre les Ordres des médecins membres, sur les questions relevant de leur compétence ou intéressant leur organisation et leur fonctionnement.

Pour atteindre ses objectifs, la CFOM s'est engagée à favoriser les échanges, les rencontres et le dialogue entre ses institutions membres, à leur donner accès, notamment par le développement d'un réseau de communication et un site Internet, à toutes les informations utiles sur l'organisation et le fonctionnement de chacune d'elles et, enfin, à diffuser tous bulletins, revues ou documents conformes à son objet.

La CFOM souhaite aussi figurer comme observateur au sein d'organisations à vocation internationale dont les missions seraient conformes à ses objectifs.

En application des statuts de la CFOM, le règlement d'ordre intérieur a été adopté en assemblée générale et signé à Casablanca le 20 novembre 2009. Les assemblées générales suivantes ont été organisées à Libreville, capitale politique et administrative du Gabon, puis, tout récemment, le 24 novembre 2012, à Paris.

A nouveau convié à participer à cette réunion du 24 novembre 2012 de la CFOM, le Conseil National de l'Ordre belge des médecins a apporté son concours en animant une des séances de travail consacrées à l'éthique et à

la déontologie médicales. Il y a délégué le Docteur Roland KERZMANN, au double titre de membre observateur pour l'Ordre belge des médecins et de Président du Conseil Européen des Ordres de Médecins.

L'ordre du jour de la réunion était particulièrement riche et varié. Parmi les sujets abordés, on peut citer les enjeux actuels de la médecine alternative et de la médecine traditionnelle, de prévalence inversement proportionnelle selon que l'on se situe dans les pays occidentaux ou en Afrique, l'aboutissement à un code de déontologie unifié dans l'espace CEDEAO, les rapports sans cesse évolutifs entre la télémédecine et la déontologie, le cheminement comparatif des plaintes ordinaires contre les médecins, les problèmes rencontrés lors de la pratique de la médecine de l'incurable et des soins en fin de vie au Canada, en Belgique et en France, le rôle des assurances pour le médecin, l'indemnisation des victimes.

La création d'un site interactif pour poursuivre les échanges de vues sur tous ces sujets a été décidée et un groupe de travail a été constitué pour approfondir la question des implications déontologiques de la télémédecine notamment sous l'angle de l'accessibilité aux données médicales, du respect de leur indispensable confidentialité, de l'interopérabilité des banques de données et, enfin, des avancées éventuelles des téléconférences ou du télédiagnostic.

Les travaux se sont déroulés dans un climat particulièrement amical, paisible et confraternel. Tous les membres de la CFOM étaient représentés, ainsi que l'AMM (2), par son président brésilien, le docteur José Luiz GOMES DO AMARAL, qui a d'ailleurs enrichi, par ses interventions, la qualité des débats.

Chacun a pu s'exprimer, apporter son point de vue et débattre sereinement. Ce fut particulièrement le cas lorsque le président du Conseil national de l'Ordre du Mali a présenté très dignement, en présence de représentants de pays en conflit avec le Mali, l'action humanitaire et l'aide médicale garanties tant aux civils en souffrance qu'aux insurgés de son pays, sans aborder de considérations politiques.

A n'en pas douter, ce type d'organisation qu'est la CFOM est appelé à se développer rapidement. La Belgique peut y tenir un rôle important, comme au CEOM (3), à l'AMM et au CPME (4), et nous ne pouvons que nous réjouir de l'influence croissante de notre Conseil national et de la reconnaissance de son expertise déontologique au niveau international et, en l'occurrence, dans l'espace francophone médical.

¹ Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest – Economische Gemeenschap van de Staten van West-Afrika

² Association Médicale Mondiale

³ Conseil Européen des Ordres des Médecins

⁴ Comité Permanent des Médecins Européens

Réunion du Comité permanent des médecins européens (CPME), 23-24 novembre 2012, Limassol, Chypre

Pr B. Spitz

I. Généralités

- L'assemblée s'est tenue à Limassol, une ville portuaire d'environ 150.000 habitants située au sud de l'île. Chypre assure la présidence de l'Union européenne de juillet à décembre 2012.

- Elle couvre une superficie de 9520 km² (<1/3 de la Belgique) et compte environ 1.140.000 habitants.

La partie septentrionale de l'île est occupée par l'armée turque depuis 1974, mais n'est pas reconnue comme Etat.

- L'euro y est instauré depuis 2008.

- Environ 2700 médecins exercent à Chypre.

- A un point charnière entre différents continents, civilisations, cultures et des richesses pétrolières potentielles, son emplacement est très stratégique. Par opportunisme, elle a le regard tourné tant vers l'Europe que la Russie.

- Le docteur Androulla Agrotou, ministre de la Santé publique de Chypre, le docteur Andreas Demetriou, président de l'Association médicale chypriote, et le staff du CPME, entre autres, ont réservé un très bon accueil aux participants.

10

II. Meeting

- 26 pays et environ une centaine de participants étaient présents.

- Le programme comportait :

(1) des réunions de groupes de travail (tabac, e-Health, qualifications professionnelles, produits pharmaceutiques, résistance antimicrobienne, « healthy ageing »)

(2) une réunion du conseil d'administration

(3) et une assemblée générale dont l'agenda était pratiquement identique à celui du conseil d'administration.

Ci-dessous les décisions susceptibles d'intéresser le Conseil national :

1. Le docteur Konstanty Radziwill, Pologne, dont la présidence arrive à son terme, sera remplacé à cette fonction par le docteur Katrin Feldsted, Islande. Bien que n'ayant pas eu l'occasion de le connaître personnellement, j'ai pu constater combien le docteur Radziwill rayonne d'une noble aménité, et combien sa présidence, qui n'a pas toujours été simple, a été appréciée par ses confrères, qui lui ont offert une chaleureuse ovation. Son discours d'adieu (addendum 3) témoigne de sa personnalité et donne une idée de ce qu'est le CPME.

2. Comme l'on sait, la France, l'Espagne, l'Italie et le Portugal ont quitté le CPME. Les membres ont rejeté à l'unanimité la proposition d'adaptation des statuts de manière à permettre l'adhésion de plusieurs autres associations du pays si l'association nationale non gouvernementale la plus représentative se retire (et ce jusqu'au retour éventuel de cette dernière). La porte reste ouverte à ces pays de taille importante, et il est considéré que leur adhésion est plutôt « suspendue » que « rejetée ».

3. L'année 2012 se conclut par un boni de 46.945 euros (retrées 756.191 euros, dépenses 701.924 euros).

4. Concernant une proposition de mise à jour de la directive 95/45 à propos de la régulation du traitement, du stockage et de la transmission de données relatives aux citoyens, le CPME a surtout suggéré quelques amendements juridiques (qui ne furent ni ne devait être compris par personne). Le but de ces amendements est de rendre le système plus sévère et plus convivial. Des projets UE dérivés sont « Chain of Trust » (www.chainoftrust.eu) et « Momentum ».

5. Concernant la proposition du Parlement européen et du Conseil relative aux essais cliniques de médicaments et de produits médicaux à usage humain en remplacement de la directive 2001/20/CE (COM/2012/369) afin de rendre l'Europe plus attractive pour l'industrie, les amendements projetés portent essentiellement sur le rôle des comités d'éthique, la définition de la notion de « mineur » et les limites de temps dans lesquelles les dossiers doivent être traités(cf. A. Herchuelz).

6. Le CPME et la FVE (« The Federation of Veterinarians of Europe ») rédigent un protocole d'accord commun dans le cadre de la lutte contre la résistance antimicrobienne et de la préservation de l'efficacité des antibiotiques.

7. Concernant les qualifications professionnelles, la durée minimale de la formation médicale de base est de six années représentant 5500 heures, avec des possibilités de dérogations. Les propositions visant moins de 5 ans sont inacceptables. La proposition de clarifier et de rendre plus exigeant le processus d'évaluation des connaissances linguistiques est bien accueillie.

8. En ce qui concerne les dispositifs médicaux (« devices »), les récents problèmes posés notamment par les hanches Depuy, les implants mammaires PIP et certaines prothèses ont conduit le CPME à proposer plus ou moins par analogie avec les médicaments :

- d'exiger du fabricant une évaluation pré-marketing
- de ne plus faire peser sur le patient la charge de la preuve en cas de problèmes, mais sur le fabricant
- d'élaborer une procédure d'approbation « centrale » pour les dispositifs « à haut risque » (classe 3 : valvules cardiaques, prothèses de hanche, implants mammaires, pacemakers, etc.), encore que les modalités exactes fassent moins l'unanimité.

9. Normes européennes en matière de services de santé. Un ressentiment est palpable à l'égard du CEN (« European Committee for Standardisation ») qui impose des normes en matière de services de santé sans concertation suffisante avec les médecins.

10. Tabac. Le CPME a adressé au commissaire européen en charge de la Santé une lettre plaidant pour un traitement prioritaire de la directive anti-tabac proprement dite. Des thèmes apparentés comme le « healthy ageing » et la plate-forme « alcool » (quelque peu traités en parents pauvres en comparaison du tabac) ont été abordés à titre informatif.

11. La situation médicale en Estonie (accroissement de la charge de travail et effets d'une grève) et en Grèce (où les soins hospitaliers semblent lamentables en raison de la crise et où les hôpitaux sont affectés au logement de sans-abri) a été rapportée à titre informatif également.

Des comptes rendus ont suivi concernant l'activité de diverses organisations comme l'AEMH (Association européenne des médecins des hôpitaux), l'EANA (médecins extra-hospitaliers allemands), l'EMSA (étudiants), la FEMS (Fédération européenne des médecins salariés), l'EJS (médecins juniors), l'UEMO, l'UEMS et l'AMM (Association médicale mondiale) où la Déclaration d'Helsinki est en cours de révision.

12. Les prochaines réunions du CPME se tiendront à Dublin (27 avril 2013) et probablement à Bucarest au lieu de Bruxelles (23 novembre 2013).

II. Observations

- Le centre de l'Europe se déplace : les pays européens « classiques » sont devenus minoritaires au sein du CPME.

- La composition des délégations, leur mandat et leur poids effectif relèvent à mes yeux du réalisme magique.

- Les sujets traités par le CPME ne concernent pas seulement les intérêts des médecins au niveau européen, mais également les enjeux médicaux en rapport avec de multiples groupes.

- Une sérieuse discussion de fond fait relativement défaut et n'est quasiment pas possible en assemblée plénière, mais serait certainement bienvenue. Un étoffement du débat est demandé, ce en quoi le Conseil national peut assurément jouer un rôle.

- Il existe un risque d'apparition de courtisannies et de jeux de pouvoir politiques, mais certainement aussi la possibilité de tisser des liens d'amitié. On retrouve souvent les mêmes lignes directrices au sein de nombreuses organisations.

- Il me paraît utile pour le Conseil national d'avoir une bonne liaison avec l'administration du CPME et de prêter attention aux projets européens relatifs à la santé.

- Le Conseil national devrait envisager de présenter lors de chaque assemblée du CPME un exposé bref mais consistant (5 à 10 diapositives) sur un thème d'intérêt commun.

IV. Addenda

- Discours du docteur Konstanty Radziwill

<http://cpme.dyndns.org:591/database/2012/cpme.2012-154.President.Report.final.draft.pdf>

- Thèmes des travaux du CPME

<http://cpme.dyndns.org:591/database/2012/cpme.2012-053.CPME.NEW.Tables2011-2012.pdf>

Réunion plénière du Conseil Européen des Ordres de Médecins (CEOM), Bruxelles, 30 novembre 2012

Dr R. Kerzmann
A. - S. Sturbois

Pour la première fois depuis sa création à Paris en 1971, la Belgique a eu le privilège d'accueillir une réunion plénière du Conseil Européen des Ordres de Médecins.

Cette manifestation qui s'est déroulée à Bruxelles le 30 novembre dernier a été rendue possible grâce à la collaboration particulièrement impliquée et efficace du Conseil national belge, l'un de ses membres, le Dr Roland Kerzmann, assurant la Présidence du CEOM depuis juin 2011.

Cette organisation internationale qui regroupe seize ordres et organismes d'attributions similaires européens s'est fixée pour objectif la promotion de l'échange et de la collaboration entre ses membres sur des thèmes touchant à l'éthique et à la déontologie médicales, la libre circulation des professionnels de la santé, la démographie médicale, la régulation médicale, la formation professionnelle des médecins et aux problèmes de santé publique afférents à ces matières.

A cette fin, elle est dotée d'un mode de fonctionnement souple qui permet à ses membres de travailler dans la convivialité, de nouer des liens de collaboration efficaces et de débattre sur bon nombre de sujets importants tant pour l'exercice de la profession que pour la sécurité des patients. Elle tient annuellement deux assemblées plénières.

L'agenda de cette réunion de novembre, à laquelle ont activement participé quatorze délégations, illustre bien la dynamique qui sous-tend le CEOM.

De nombreux dossiers en lien direct avec l'actualité médicale européenne ont fait l'objet d'une présentation suivie d'un débat : la protection des données à caractère personnel en Europe, la standardisation des pratiques médicales, la révision de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, de nouvelles recommandations déontologiques notamment en matière de protection du secret médical, les problèmes liés aux pratiques non conventionnelles et alternatives, les questions éthiques et déontologiques relatives au don et à la transplantation d'organes comme la démographie médicale en Europe.

Plusieurs intervenants extérieurs de qualité avaient été aussi invités à apporter leur expertise sur ces dossiers. Relevons notamment la présence de monsieur Peter Hustinx, contrôleur européen de la protection des données (CEPD), du Docteur Zlatko Fras, membre de l'exécutif de l'UEMS, et du Professeur Jean-Paul Squifflet, Président de la société francophone de transplantation : www.transplantation-francophone.org.

Le respect de la vie privée

Monsieur Peter Hustinx a ouvert les débats sur ce sujet délicat des données à caractère personnel qui, plus que jamais, ne sont plus cantonnées à des ordinateurs privés et qui, à la fois locales et mondiales, sont en circulation constante et accessibles partout en même temps. Protéger la confidentialité et le droit au respect de la vie privée devient, en ces circonstances, de plus en plus compliqué. Ceci est particulièrement évident dans la pratique médicale où ces données relatives à la santé sont considérées comme particulièrement sensibles.

Dès 1995, l'Union européenne est intervenue en cette matière par le biais d'une directive avec pour finalité l'uniformisation des règles de protection de la vie privée dans les états membres ; depuis 2009, la commission européenne mène une révision de la législation européenne qui devrait aboutir fin 2013 ou début 2014.

Le CEPD défend que le processus de révision doit être guidé par les postulats suivants :

- Les règles de base en matière de protection des données sont confirmées.

- Les droits des personnes doivent être consolidés et de nouveaux droits proposés comme, notamment, le droit à l'oubli et à l'effacement des données (par exemple celles partagées sur les réseaux sociaux), le droit de s'opposer au traitement. Par ailleurs, les données relatives aux mineurs doivent être mieux protégées.
- La responsabilité des organisations, responsables du traitement dans le secteur public et privé, doit être renforcée (principe de responsabilisation).
- Il faut intégrer la coopération policière et judiciaire dans le cadre juridique afin d'assurer une protection efficace à l'avenir.
- L'harmonisation des législations des états membres doit être davantage poussée par l'élaboration d'un règlement directement applicable.
- Le nouveau cadre juridique doit être conçu de manière technologiquement neutre afin de garantir la sécurité juridique à long terme.

Les délégations ont été particulièrement intéressées par le concept du droit à l'oubli, notamment dans le cadre de l'échange d'informations disciplinaires entre autorités de régulation. Il va de soi que ce droit sera à mettre en balance avec la nécessaire protection de la santé des patients et qu'il dépendra tant de la simplification que de l'uniformisation des règles applicables en Europe en matière de vie privée.

La standardisation des pratiques médicales

Au nom de l'UEMS, le docteur Zlatko Fras a donné ensuite connaissance d'une lettre ouverte cosignée par plusieurs organisations médicales européennes en réaction aux standards de pratique médicale en Europe établis par le Comité Européen de Normalisation (CEN), notamment en matière de chirurgie esthétique.

Cette lettre souligne que les organisations médicales européennes soutiennent les efforts produits pour définir des recommandations et des lignes directrices relatives aux pratiques médicales afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Bien qu'indispensables, ces dispositions ne doivent pour autant pas avoir comme finalité la standardisation de ces mêmes pratiques sans concertation préalable avec les médecins, ces derniers ayant pour mission, in fine, de les mettre en application. Les organisations médicales se déclarent également préoccupées par la méthodologie du CEN qui élabore des normes en contradiction avec divers traités européens et non fondées sur la preuve dans l'environnement clinique, sans se soucier de leur impact déontologique éventuel.

Le CEOM a décidé de se joindre aux signataires de cette lettre ouverte.

Révision de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

Après un rappel des attributions de l'Irish Medical Council en rapport avec cette directive, son Président, le professeur Kieran Murphy puis Madame Caroline Spillane (Chief Executive Officer de ce conseil) développent leur point de vue sur les éléments de la révision qu'ils considèrent comme essentiels.

Sans surprise, ils défendent que la nécessité de connaître suffisamment la langue du pays d'accueil doit être confirmée, condition pour pratiquer une médecine de qualité, et que les modalités concrètes de contrôle de cette connaissance doivent être précisées. Pour eux, une distinction nette doit être faite entre la reconnaissance des qualifications et l'accès à la profession.

Ils partagent l'avis qu'un mécanisme d'alerte informant systématiquement tous les états membres du comportement dangereux d'un médecin déterminé doit être mis en place. En même temps, un équilibre doit être recherché entre la confidentialité des données relatives à un médecin et la sécurité des patients. Le recours à un certificat électronique propre à chaque médecin et accessible aux autorités compétentes via le système IMI faciliterait en le rendant plus efficace le mécanisme de reconnaissance des qualifications professionnelles.

Ils relayent l'importance d'une formation médicale continue, soutenue par une évaluation des aptitudes lorsqu'il y a eu une interruption de la pratique médicale. En ce qui concerne le cursus médical de base, l'accent doit, pour eux, être davantage placé sur son contenu que sur sa durée, l'objectif recherché étant bien entendu que tous les médecins européens disposent d'une formation de qualité.

Sur ce dernier point, les participants ont eu l'occasion d'échanger largement leur point de vue sur les avantages éventuels et les inconvénients redoutés d'une formation médicale de base proposée en réduction à 5 ans ou 5500 heures de cours alors que l'application du processus de Bologne vient à peine d'être uniformisée, non sans peine parfois, dans tout l'espace européen.

Recommandations déontologiques européennes

Poursuivant leur réflexion éthique, par thèmes et par comparaison analytique des différents codes nationaux, les docteurs Francesco Alberti (FNOMCeO) et Pierre Hecquard (CNOM français) ont exposé d'une part l'état actuel d'avancement de leur travail titanesque d'élaboration d'un code de déontologie de base qui pourrait être commun à toutes les organisations membres du CEOM et, d'autre part, leur travail de rédaction de deux articles consacrés aux sujets « brûlants » d'actualité que sont le secret médical et le dopage.

En référence au principe 5 de la Charte Européenne d'Ethique Médicale, adoptée par le CEOM à Kos en juin 2011, qui dispose que le médecin est le confident nécessaire du patient, c'est sans surprise que ces deux confrères rappellent que la notion de secret professionnel est inscrite dans tous les codes, à un ou plusieurs articles. Ils lui préfèrent toutefois l'appellation de « secret médical » pour mieux souligner que ce secret, certes de nature professionnelle, concerne d'abord un homme ou une femme et non une chose. Ils abordent également les notions de persistance du secret après la mort, de partage de celui-ci avec le personnel qui assiste le médecin, de son respect en cas de publication scientifique ou de publicité, du recours à l'informatisation grandissante du dossier médical et envisagent diverses dérogations possibles.

Sur base de leur réflexion, une recommandation semble pouvoir être dégagée. Elle est proposée à l'assemblée mais son libellé définitif ne sera soumis pour approbation que lors de la prochaine réunion plénière.

Le dopage est quant à lui visé aux principes 2 et 6 de la Charte Européenne d'Ethique Médicale précitée. Ils font état de la priorité des intérêts de santé du patient et de l'utilisation la meilleure des connaissances professionnelles du médecin à cette fin. Bien que les codes de déontologie médicale européens soient peu nombreux à faire explicitement référence à la lutte contre le dopage, il est apparu opportun et nécessaire, conformément au principe de non-malfaisance contenu dans tous les codes, d'ajouter cette thématique dans les recommandations déontologiques.

Les docteurs Alberti et Hecquard ont également rédigé une proposition de texte qui suivra les mêmes modalités d'adoption que la précédente.

Les « médecines » complémentaires et alternatives

Le premier Vice-président du CEOM, le Docteur Nicolino d'Autilia de la FNOMCeO, a ensuite exposé les résultats du questionnaire soumis aux différentes délégations sur ce thème d'actualité dans tout l'espace européen.

La définition donnée à ces pratiques (CAM) dans les différents états membres du CEOM diffère parfois fortement et il n'y est pas fait référence dans les codes de déontologie. Par contre, il existe pour la majorité d'entre eux une législation y afférente. L'homéopathie et l'acupuncture sont les deux pratiques non conventionnelles les plus répandues mais leur enseignement ne fait pas partie du cursus universitaire de base, même si quelques universités y consacrent parfois quelques heures de cours à titre complémentaire. Cela implique que la majorité des médecins qui ont recours à ces méthodes sont formés dans des établissements privés, en général non reconnus.

Le nombre de médecins pratiquant les CAM et le nombre de patients qui y recourent ne sont pas connus avec exactitude mais différentes études menées par des organismes de santé publique permettent de penser qu'ils sont assez élevés. Enfin, en ce qui concerne la question de la couverture en responsabilité civile professionnelle des médecins exerçant les CAM, les réponses fournies par le questionnaire témoignent d'une absence de réponse claire.

Un large consensus s'est dégagé du débat qui a suivi pour ne pas reconnaître aux CAM la qualité de "médecines", l'assemblée leur attribuant tout au plus celle de "pratiques" susceptibles de soulager certains patients tout en soulignant leur caractère de "non evidence based practices". La nécessité d'être porteur d'une compétence médicale officiellement reconnue pour établir un diagnostic préalablement à la mise en route d'une thérapeutique, quelle qu'en soit la nature, a été unanimement établie.

Les questions éthiques et déontologiques relatives au don et à la transplantation d'organes

Pour rappel, la société francophone de transplantation promeut la qualité des soins et le respect du patient, dans le cadre du don et de la transplantation d'organes ; elle formule également des recommandations et des lignes directrices éthiques en ce domaine et organise des formations.

Dans son préambule, le professeur Squifflet souligne que chaque pays devrait devenir autosuffisant en termes de disponibilité des organes. Tant les prélèvements sur donneurs décédés que ceux effectués sur donneurs vivants doivent être encouragés. Dans certains pays, les organes sont majoritairement prélevés sur donneurs décédés alors que dans d'autres pays c'est l'inverse. Une solution cependant à la pénurie d'organes est l'augmentation des dons de donneurs vivants, une autre solution résidant dans une gestion plus optimale des organes disponibles.

Le professeur Squifflet, dans un exposé bien structuré, très dense et remarquablement documenté, développe ensuite l'impact de la transposition de la directive 2010/53/UE relative aux normes de qualité et de sécurité des organes humains destinés à la transplantation, en droit belge. L'évolution principale réside dans la formalisation des éléments nécessaires à un cadre de qualité qui garantisse la sécurité, le renforcement de la collaboration entre les différents acteurs et l'instauration d'un registre de suivi des donneurs vivants. Il rappelle par ailleurs que la Belgique a également modifié sa législation en ce qui concerne le don par une personne mineure ou incapable en raison de son état mental.

Il aborde aussi les questions éthiques que soulève encore actuellement le prélèvement d'organes et notamment la définition de la mort (mort cérébrale, cœur non battant), l'expression du consentement du donneur, le prélèvement chez des personnes juridiquement ou mentalement incapables, le prélèvement lorsque le donneur est décédé suite à une euthanasie, l'indemnisation des frais exposés par le donneur.

Plusieurs de ces thèmes ont fait l'objet de questions et de commentaires de la part des participants.

La démographie médicale en Europe

Le CEOM dont l'une des missions est l'étude des flux migratoires des médecins dans l'espace européen contribue aux travaux de l'Observatoire européen de la démographie médicale créé à l'initiative du Dr. Patrick Romestaing, Président de la section Santé publique et Démographie médicale du Conseil National de l'Ordre français des médecins.

Dans ce cadre, un exposé est donné par madame Philippa Hentsch (GMC (2)). Il concerne l'état des lieux de la formation et de la pratique médicale au Royaume-Uni en 2012. Il met notamment en évidence les défis auxquels la profession médicale est confrontée : crise économique, conformité du temps de travail avec les exigences de la profession, féminisation intense, diversité des origines et des formations des diplômés. Il trace également le profil des médecins nouvellement inscrits au registre britannique selon le sexe, l'origine et la formation. Ce rapport est accessible à l'adresse suivante : <http://www.gmc-uk.org/publications/somep2012.asp>.

Le docteur Patrick Romestaing expose ensuite les résultats d'une étude, diligentée par le Conseil National de l'Ordre français des médecins, relative aux médecins pratiquant en France avec un diplôme européen. Moyennant le biais que les informations relatives aux médecins de diplôme et/ou de nationalité étrangère exerçant dans le cadre hospitalier, sous la responsabilité du chef de service, sans inscription au tableau du conseil départemental correspondant, ne sont pas disponibles, il indique que 27% des nouveaux inscrits en 2011 présentent un diplôme obtenu à l'étranger avec une équivalence assez comparable en Europe et hors Europe. Sur cette

population, 76% proviennent de 10 pays avec 30% pour un pays du Maghreb (Algérie en tête), la Roumanie et la Belgique arrivant ensuite dans cet ordre. L'âge moyen de ces confrères est de 49 ans et ils exercent pour les 2/3 une activité salariée. Leur répartition géographique est disparate avec cependant une prépondérance dans 11 régions dont la Picardie ou l'Île de France. Les autres régions sont souvent frontalières comme la Champagne Ardennes, la Lorraine, l'Alsace, la région PACA (2), la Franche Comté ou encore la région Rhône-Alpes. Les projections pour 2020 laissent enfin entrevoir une parité voire un léger surnombre en faveur des femmes médecins par rapport aux hommes. Cette étude, extrêmement instructive et bien menée, est entièrement consultable via le lien <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/etudes-et-enquetes-931>.

Conclusion

Pour une première belge, cette réunion du CEOM a été, de l'avis unanime des participants, une parfaite réussite, tant par les thèmes abordés et les débats éthiques de qualité qu'ils ont entraînés que par son organisation.

Le CEOM a été à la hauteur de son ambition de « promouvoir au sein de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre échange l'exercice d'une médecine de qualité, respectueuse des intérêts des patients ». Nul doute que l'importance des difficultés et des défis abordés dans les différents exposés, générés entre autres par les différences d'approche par les états membres dans ce vaste espace partagé, justifieront d'autres réunions du CEOM.

(1) General Medical Council – Ordre des médecins britanniques

(2) PACA – Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Avis des Académies de médecine de Belgique sur la prescription par des dentistes du traitement de dysfonctionnements temporomandibulaires par des kinésithérapeutes agréés :

<http://www.amb.be/index.php?id=2197>.

- Communiqué de presse (Académies de médecine de Belgique) concernant les Donneurs vivants d'organes:

(<http://www.amb.be/donneurs%20vivants.pdf>)

- Avis n° 54 du 10 décembre 2012 du Comité consultatif de Bioéthique relatif au consentement au prélèvement *post mortem* de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique :

L'avis est consultable sur :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Committees/Bioethics/Opinions/index.htm>



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 R. Kramp, Pr M. Deneyer

EDITEURS RESPONSABLES

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

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