

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL

SEPTEMBRE 2013

N° 142

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL

1 *Prof. Ronald Kramp*

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

3 - Modification de l'article 158

- Remplacement en néerlandais du terme "geneesheer" par "arts"

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

4 - Dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance - Droits du patient : nouvelles données

- Aptitude à la conduite d'un véhicule – Obligation de signalement - Co-responsabilité du médecin

ETHIQUE MEDICALE ET DEONTOLOGIE

11 - Droits du patient mineur d'âge : le médecin à la recherche d'un équilibre entre l'autorité parentale et l'autonomie du mineur

C. de Bruyn, M. Deneyer, T. Goffin, A.-S. Sturbois, B. Velkeniers, Y. Vandenplas

CHRONIQUE INTERNATIONALE

18 - Réunion du Conseil du CEOM, Bucarest, 15 juin 2013

Dr R. Kerzmann, A.-S. Sturbois

Ce numéro du Bulletin publie une nouvelle version d'un article du Code de déontologie médicale d'application en cas de suspension des activités professionnelles, deux avis du Conseil national, le premier décrivant les possibilités d'intervention d'un médecin au sujet de l'aptitude ou non d'un patient à conduire un véhicule et le second concernant l'accès d'un patient au dossier établi par un médecin-conseil d'une compagnie d'assurance, un article médical relatif aux droits du patient mineur, et la chronique internationale.

Code de déontologie médicale et avis

En sa séance du 13 juillet 2013, le Conseil national a décidé de modifier l'**article 158 du Code**. Il s'agit d'un article important pour le médecin concerné par une suspension d'ordre disciplinaire ou judiciaire de ses activités professionnelles, ainsi que pour le(s) médecin(s) remplaçant le Confrère pendant la durée de la suspension de ce dernier. Cet article souligne, en effet, que le médecin suspendu ne peut recueillir aucun revenu lié à son activité professionnelle durant toute la durée de la suspension et précise, en outre, que la continuité des soins pour ses patients doit être assurée. Les mesures prises à cette fin doivent toujours être communiquées préalablement au Conseil provincial compétent.

Enfin, il est également indispensable que les dispositions actuelles reprises dans les trois paragraphes de l'article 158 du Code soient « stipulées expressément » dans les contrats ou statuts.

Par ailleurs, Le Conseil national a décidé de remplacer le terme de « geneesheer » par « **arts** » dans tous les articles concernés de la version néerlandaise du Code de déontologie médicale.

Au cours de la même séance, le Conseil national a émis un **avis important** au sujet de l'« *Aptitude à la conduite d'un véhicule-Obligation de signalement-Co-responsabilité d'un médecin* », une situation et un questionnement avec lesquels un médecin est de plus en plus fréquemment confronté au vu du vieillissement de la population et de l'impact de certaines pathologies sur la conduite d'un véhicule.

Dans ce contexte et en considérant les normes minimales d'aptitude physique et psychique requises à la conduite d'un véhicule, telles que mentionnées en annexe de l'Arrêté royal du 23 mars 1998, **le médecin peut intervenir**, soit en remplissant lui-même le formulaire approprié faisant part de ses constatations médicales et de son avis quant à l'aptitude ou non de son patient à conduire un véhicule, soit en adressant le patient au Centre d'Aptitude à la Conduite et d'Adaptation des Véhicules (CARA) où la décision sera prise par un médecin attaché au Centre. Dans le premier cas, le médecin intervenant doit uniquement remettre le document dûment rempli au patient à qui il revient d'entreprendre les démarches administratives ad hoc. Dans le second cas, il est loisible au médecin du patient de donner son avis en répondant au questionnaire médical du CARA, mais il n'y a aucune obligation légale pour ce faire.

Le Conseil national tient à préciser qu'après la mise en garde du patient quant à son problème d'aptitude à la conduite d'un véhicule et la prise des dispositions nécessaires à cet égard, **la responsabilité du médecin** ne peut être incriminée. Par ailleurs, le Conseil national rappelle que si le médecin considère « en âme et en conscience » qu'il s'agit d'un « état de nécessité », il peut faire part de la situation au Procureur du Roi.

L'**autre avis** concerne le « *Dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance* », daté du 17 novembre 2012, pour lequel le Conseil national avait requis l'avis de la Commission fédérale « Droits du patient », Commission qui fut sollicitée par l'intermédiaire de la Ministre des Affaires sociales et de la santé publique. Cette Commission a rendu un avis le 21 juin 2013. Il est annexé au présent avis du Conseil national.

La question examinée par le Conseil national concernait le droit d'accès du patient au dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurances dans le cas d'un accident et par rapport aux conséquences liées à cet accident. En effet, le médecin-conseil doit procéder à l'évaluation des indemnités dues à l'accident et aux séquelles éventuelles. Dans ce contexte, il doit aussi s'assurer que les soins les plus appropriés ont été envisagés. Le médecin-conseil constitue donc un dossier médical et établit une note technique. Cette dernière a trait aux aspects évolutifs quant au degré d'incapacité et à des considérations prévisionnelles d'ordre financier.

Dès 2009, la Commission fédérale « Droits du patient » (avis du 09 octobre 2009) et le Conseil national (avis du 24 octobre 2009) estimaient que le patient avait le droit de consulter son dossier eu égard à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Toutefois, en 2011, une étude universitaire, réalisée à la demande du SPF santé publique, mettait en exergue la possibilité de limiter l'accès du patient au dossier établi par le médecin-conseil, notamment à la dite note technique.

En son avis du 21 juin 2013, la Commission fédérale « Droits du patient » fait part qu'elle n'a pas avalisé cette étude universitaire et que la loi relative aux droits du patient s'applique à tout avis médical rendu par un médecin conseil/expert/contrôleur, incluant l'estimation, même provisoire, du degré d'incapacité, estimation devant être accessible au patient.

Ethique médicale et Déontologie

Sous l'intitulé « Ethique médicale et Déontologie », une **nouvelle rubrique** est présentée dans ce numéro du Bulletin sous la forme d'un **article médical**, dont l'initiateur est le Professeur Deneyer, Professeur de pédiatrie à l'UZ Brussel et membre effectif du Conseil national.

L'article intitulé « *Les droits du patient mineur : le médecin à la recherche d'un équilibre entre l'autorité parentale et l'autonomie du mineur* » considère la problématique du médecin confronté aux droits du patient mineur en vertu de la loi du 22 août 2002. L'article se réfère à des cas cliniques appropriés et décrit l'approche suivie à chaque occasion.

Le Comité de rédaction a considéré que cette problématique était d'un grand intérêt pour le corps médical, tant pour les médecins généralistes que pour les spécialistes, et a décidé dès lors d'en accepter la publication après révision.

A cette occasion, le Comité de rédaction est disposé à prendre en considération d'autres articles médicaux à visée déontologique et/ou éthique à condition qu'ils présentent un intérêt suffisant pour le corps médical. Ces articles seront soumis à révision avant une acceptation éventuelle.

Chronique internationale

Rapport de la réunion du CEOM du 15 juin à Bucarest, publié sous la responsabilité des auteurs. Le Conseil national a été représenté à la réunion de printemps du CEOM par le Dr R. Kerzmann, Président du CEOM, accompagné de Madame A-S Sturbois, juriste. Après les discours d'ouverture de la Conférence et une déclaration de soutien aux médecins chypriotes, les textes de diverses recommandations déontologiques relatives au consentement éclairé, le secret médical, le dopage dans le sport et les relations entre confrères ont été adoptés. Ensuite, les problèmes de la démographie médicale, prenant en exemple les situations prévalant en Belgique et en France, ont été présentés en vue de contribuer au débat européen sur les flux migratoires des médecins et du personnel de la santé. Le CEOM a aussi adopté une résolution dans un domaine important et sensible : la nécessité d'un échange rapide d'informations disciplinaires entre toutes les autorités de régulation des Etats membres de l'Union européenne, et ce, dans l'intérêt des patients. La réunion s'est terminée par une manifestation de soutien aux médecins slovaques sous forme d'une lettre à adresser au Président de la République slovaque dont se chargera le Président du CEOM.

*Prof. Ronald Kramp
Rédacteur en chef*

Modification de l'article 158

En sa séance du 13 juillet 2013, le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé de modifier l'article 158 du Code de déontologie médicale.

VERSION ACTUALISÉE DE CET ARTICLE ET UN EXPOSÉ DES MOTIFS CONCERNANT L'ARTICLE MODIFIÉ :

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Art. 158

§ 1. *Un médecin interdit d'exercer l'art médical par une instance légalement compétente, ne peut recueillir des revenus liés à cet exercice.*

§ 2. *Le médecin suspendu doit en outre prendre des mesures pour assurer la continuité des soins. A cette fin, le médecin peut se faire remplacer pendant la période d'interdiction par un ou plusieurs médecins ayant la même qualification légale.*

Les mesures sont préalablement communiquées par écrit au conseil provincial compétent, qui les approuve ou impose des adaptations.

§ 3. *Tous les contrats ou statuts doivent stipuler expressément le respect des dispositions de cet article.*

Exposé des motifs

Implications financières :

Pendant la période d'interdiction, le médecin suspendu ne peut pas recueillir de revenus (honoraires, pool d'honoraires, honoraires forfaitaires) liés à l'« exercice de l'art médical ». Naturellement, un partage d'honoraires avec le médecin remplaçant est également exclu.

D'autres revenus liés à la continuité des soins, par exemple, l'usage de locaux/matériel lors d'un remplacement doivent être communiqués au préalable au conseil provincial pour contrôle et/ou approbation - pour autant que ces dispositions ne figurent pas déjà dans les contrats ou statuts (cf. art. 159) d'accords de coopération, associations, pratiques de groupe, etc.

Accès aux dossiers médicaux :

L'information utile et nécessaire à la continuité des soins doit être fournie au médecin remplaçant ou au médecin désigné par le patient.

Remplacement en néerlandais du terme "geneesheer" par "arts"

Code de déontologie médicale : Remplacement en néerlandais du terme " geneesheer" par " arts".

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 13 juillet 2013, le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé de remplacer dans la version néerlandaise du Code de déontologie médicale le terme "geneesheer" par "arts".

Vous trouverez la version actualisée du Code de déontologie médicale sur le site Internet : www.ordomedic.be .

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 17 NOVEMBRE 2012 ET 13 JUILLET 2013

- Dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance - Droits du patient : nouvelles données (17/11/2012)

- Aptitude à la conduite d'un véhicule – Obligation de signalement - Co-responsabilité du médecin (13/07/2013)

Dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance - Droits du patient : nouvelles données (17/11/2012)

MOTS-CLES :

Assurances du patient – Contrôle médical – Dossier médical – Droits du patient – Expertise – Médecin-conseil

REFERENCE :

a140004f

Le Conseil national est interrogé sur l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient au dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance, à propos d'une personne victime d'un accident qu'il a examinée dans le cadre du suivi des conséquences de cet accident.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 17 novembre 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 3 août 2012 par lequel vous l'interrogez sur l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient au dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurances à propos d'une personne victime d'un accident qu'il a examinée dans le cadre du suivi des conséquences de cet accident.

Les situations en matière de médecine de contrôle et d'expertise sont variées.

Votre question concerne une personne victime d'un accident.

Dans le suivi des blessés victimes d'accidents du travail couverts en assurance-loi ou d'accidents de la vie privée dont les dommages feront l'objet d'une indemnisation par l'assurance couvrant le tiers responsable ou par l'assurance individuelle, il est d'usage que le blessé soit invité à se présenter chez le médecin-conseil chargé par l'organisme assureur d'évaluer l'évolution des lésions et de suivre la démarche thérapeutique qui est indemnisée par l'organisme assureur¹.

Cette mission du médecin-conseil a principalement un but prévisionnel : l'organisme assureur doit prévoir les réserves financières nécessaires à l'indemnisation et éventuellement payer des avances si la situation du blessé le justifie. Elle a également un objectif d'optimisation thérapeutique : l'assureur a intérêt à ce que le patient soit soigné au mieux de façon à réduire la gravité des séquelles de l'accident. L'assureur peut également souhaiter s'assurer que les soins administrés à la victime sont bien en rapport avec les lésions causées par l'accident.

1. Article 32 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail : Au cours du traitement, l'entreprise d'assurances peut, dans le cas où la victime a le libre choix, désigner un médecin chargé de contrôler le traitement.

Au cours du traitement, la victime ou ses ayants droit peuvent, dans le cas où la victime n'a pas le libre choix, désigner un médecin chargé de contrôler le traitement.

Le médecin chargé de contrôler le traitement aura libre accès auprès de la victime pour autant qu'il en avertisse le médecin traitant.

Le Roi détermine les honoraires dus au médecin désigné par la victime. Ils sont supportés à concurrence de 90 p.c. par l'entreprise d'assurances.

Suite à son examen, le médecin-conseil établit un rapport qui contient les données médicales. Il y annexe une note technique concernant les prévisions d'évolution, destinée à l'assureur.

Vous interrogez le Conseil national sur le droit du blessé de recevoir copie du dossier le concernant, constitué par le médecin-conseil de l'assurance.

Dans son avis du 9 octobre 2009 relatif à la consultation du dossier médical tenu par le médecin-expert dans le cadre d'une affaire pénale, la Commission fédérale « Droits du patient » énonce, sans autre nuance, « à titre préliminaire, la Commission souligne que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique à la médecine d'expertise. Dès lors, le patient a le droit d'accéder directement au dossier tenu par le médecin expert ».

Le Conseil national a estimé dans son avis du 24 octobre 2009² que le patient a, dans le cadre de la médecine de contrôle et de la médecine du travail, droit à la consultation de son dossier conformément à l'article 9, § 2, de la loi relative aux droits du patient.

A la demande du Service public fédéral Santé publique, une étude extensive sur l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient au niveau de la médecine de contrôle et d'expertise a été réalisée en juillet 2011 par l'Université d'Anvers. Cette étude a pour objet d'identifier les écueils théoriques et pratiques rencontrés dans l'application de la loi relative aux droits du patient, dans le cadre de la médecine de contrôle et d'expertise. Elle est accessible via le site du SPF Santé publique à l'adresse suivante :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/BillRightsPatient/index.htm>. Vous trouverez copie de ce document en annexe.

Cette étude évoque diverses restrictions possibles à l'application de la loi du 22 août 2002 précitée, en matière d'accès au dossier.

Concernant précisément votre question, il y est fait la nuance suivante (page 54, point 4.5.4., de l'étude) :

Quant aux médecins-conseils qui examinent un patient sur ordre d'une compagnie d'assurances privée, par exemple, des problèmes peuvent surgir : outre les constats strictement médicaux (anamnèse, examen clinique, imagerie, etc.), auxquels le patient doit sans aucun doute avoir accès, il existe des informations destinées au commettant qui ont trait au volet plutôt administratif et financier de l'affaire. Ainsi, l'on attend par exemple du médecin-conseil qu'il donne très tôt dans son expertise une estimation du degré d'incapacité qui pourrait être attribué au patient en question. Les compagnies d'assurances peuvent ainsi créer les provisions nécessaires. Vu que les médecins-conseils des organismes assureurs estiment que le droit à la consultation du patient ne vaut pas à ce niveau, l'affaire est souvent résolue dans la pratique en créant un dossier séparé : un dossier contenant les données médicales, personnelles et professionnelles, et un autre contenant les données relatives aux estimations techniques et financières, auxquelles le patient n'a pas accès.

Il n'est pas précisé si le contenu de cette étude a été avalisé par la Commission fédérale « Droits du patient ».

Le Conseil national a décidé d'interroger sur ce point la ministre de la Santé publique, par courrier dont vous trouverez copie en annexe.

Dans l'attente de la réponse de la ministre concernant le droit du blessé d'avoir accès à la note technique rédigée à des fins administratives par le médecin-conseil à l'intention de l'assureur, votre conseil provincial peut se fonder sur l'avis de la Commission fédérale « Droits du patient » du 9 octobre 2009 précité, relayé par l'avis du Conseil national du 24 octobre 2009, pour justifier l'accès du patient au rapport médical rédigé par le médecin-conseil.

Au vu des discussions qui précèdent, il est préférable de recommander aux médecins-conseils de clairement distinguer les deux aspects de leur mission, l'évaluation des lésions et de leur évolution (rapport médical) et la prévision du degré d'incapacité (note technique), dans les documents qu'ils établissent.

Décision du Bureau du Conseil national d.d. 22.08.2013 :

Le Bureau du Conseil national de l'Ordre des médecins revient vers vous concernant l'avis du 17 novembre 2012 du Conseil national de l'Ordre des médecins, intitulé Dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance, BCN 140.

2. Conseil national de l'Ordre des médecins, « Avis du 24 octobre 2009. Médecine de travail - Médecine de contrôle - loi relative aux droits du patient », Bull. O.M., 2009, n° 127.

Vous trouverez en annexe l'avis du 21 juin 2013 de la Commission fédérale droits du patient concernant la médecine de contrôle et d'expertise, qui répond aux questions soulevées par le Conseil national.

L'avis de la Commission fédérale droits du patient et l'avis du 17 novembre 2012 précité seront placés dans la partie publique du site internet de l'Ordre des médecins.

Annexe 1 :

Lettre du Conseil national à madame L. Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Madame la Ministre,

En sa séance du 17 novembre 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné l'étude réalisée en juillet 2011 par l'Université d'Anvers à la demande du Service public fédéral Santé publique, intitulée Application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient au niveau de la médecine de contrôle et d'expertise, qui a pour objet d'identifier les écueils théoriques et pratiques rencontrés dans l'application de la loi relative aux droits du patient, dans le cadre de la médecine de contrôle et d'expertise.

Cette étude est accessible via le site du SPF Santé publique à l'adresse suivante :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/BillRightsPatient/index.htm>. Vous en trouverez copie en annexe.

Le Conseil national souhaite savoir si le contenu de cette étude a été avalisé par la Commission fédérale « Droits du patient ».

Si tel n'est pas le cas, il lui paraît que l'avis de cette commission serait éclairant, notamment sur l'interprétation qui est faite de la loi du 22 août 2002 précitée au point 3.1., page 19 de l'étude, suivant laquelle l'évaluation purement à base de pièces peut au maximum être considérée comme un avis médical et non pas comme le fait de « dispenser des soins de santé ». Selon nous, un tel avis médical rendu sans contact avec le patient-personne physique ne semble dès lors pas relever de la LDP..

En effet, dans son avis du 9 octobre 2009 relatif à la consultation du dossier médical tenu par le médecin-expert dans le cadre d'une affaire pénale, la Commission fédérale « Droits du patient » ne fait pas cette nuance ; elle y énonce : A titre préliminaire, la Commission souligne que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique à la médecine d'expertise. Dès lors, le patient a le droit d'accéder directement au dossier tenu par le médecin expert.

Vous trouverez cet avis également en annexe.

L'avis de la commission fédérale « droits du patient » concernant le passage suivant (page 54, point 4.5.4.) de l'étude précitée de l'Université d'Anvers serait également utile:

Quant aux médecins-conseils qui examinent un patient sur ordre d'une compagnie d'assurances privée, par exemple, des problèmes peuvent surgir : outre les constats strictement médicaux (anamnèse, examen clinique, imagerie, etc.), auxquels le patient doit sans aucun doute avoir accès, il existe des informations destinées au commettant qui ont trait au volet plutôt administratif et financier de l'affaire. Ainsi, l'on attend par exemple du médecin-conseil qu'il donne très tôt dans son expertise une estimation du degré d'incapacité qui pourrait être attribué au patient en question. Les compagnies d'assurances peuvent ainsi créer les provisions nécessaires. Vu que les médecins-conseils des organismes assureurs estiment que le droit à la consultation du patient ne vaut pas à ce niveau, l'affaire est souvent résolue dans la pratique en créant un dossier séparé : un dossier contenant les données médicales, personnelles et professionnelles, et un autre contenant les données relatives aux estimations techniques et financières, auxquelles le patient n'a pas accès.

Annexe 2 :

Avis de la Commission fédérale « Droits du patient » concernant la médecine de contrôle et d'expertise

1. INTRODUCTION

Le 15 janvier 2013, la Commission fédérale « Droits du patient » a reçu une demande d'avis de la Ministre L. Onkelinx à propos d'un courrier du 22 novembre 2012 que celle-ci a reçu du Conseil national de l'Ordre des médecins.

La Ministre demande plus particulièrement à la Commission d'analyser les points soulevés par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans ce courrier

Le Conseil y pose différentes questions quant à l'étude réalisée en juillet 2011 par le professeur Uerlooy de l'Université d'An-

vers à la demande du SPF Santé publique, intitulée « *Application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient au niveau de la médecine de contrôle et d'expertise* ».

a) Le Conseil national de l'Ordre des médecins, souhaite tout d'abord savoir si le contenu de l'étude a été avalisé par la Commission fédérale « Droits du patient ».

b) Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime par ailleurs opportun de connaître l'avis de la Commission fédérale « Droits du patient » sur le passage suivant de l'étude concernée : « *L'évaluation à base de pièces peut au maximum être considérée comme un avis médical et non pas comme le fait de dispenser des soins de santé. Selon nous, un tel avis médical rendu sans contact avec le patient personne physique ne semble dès lors pas relever de la loi relative-aux droits du patient* ».

c) Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime également utile de disposer de l'avis de la Commission fédérale « Droits du patient » sur le passage suivant de l'étude en cause :

« Quant aux médecins-conseils qui examinent un patient sur ordre d'une compagnie d'assurances privée, par exemple, des problèmes peuvent surgir : outre les constats strictement médicaux (anamnèse, examen clinique, imagerie, etc.), auxquels le patient doit sans aucun doute avoir accès, il existe des informations destinées au commettant qui ont trait au volet plutôt administratif et financier de l'affaire. Ainsi, l'on attend par exemple du médecin-conseil qu'il donne très tôt dans son expertise une estimation du degré d'incapacité qui pourrait être attribué au patient en question. Les compagnies d'assurances peuvent ainsi créer les provisions nécessaires. Vu que les médecins-conseils des organismes assureurs estiment que le droit à la consultation du patient ne vaut pas à ce niveau, l'affaire est souvent résolue dans la pratique en créant un dossier séparé : un dossier contenant les données médicales, personnelles et professionnelles, et un autre contenant les données relatives aux estimations techniques et financières, auxquelles le patient n'a pas accès ».

II. AVIS DE LA COMMISSION

A. La Commission fédérale « Droits du patient » n'a pas avalisé l'étude précitée, réalisée à la demande du SPF Santé publique.

Cette étude n'engage que l'auteur de ce11e-ci.

B. La Commission fédérale « Droits du patient » estime qu'un avis médical rendu par un médecin conseil/expert/contrôleur, sur base de dossier(s) et sans contact physique avec le patient relève bien du champ d'application de la loi relative aux droits du patient :

-En effet, la Commission rappelle la définition des soins de santé, telle que reprise à l'article 2, 2° de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient : « services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie »

Or, poser un avis médical sur base d'un dossier revient bien à déterminer un état de santé.

Aucune disposition légale particulière n'impose le contact physique avec le patient pour qu'il y ait dispensation de soins de santé.

-Restreindre le champ d'application de la loi de 2002 aux patients ayant eu un contact physique avec le praticien entraînerait par ailleurs une discrimination (non justifiée) entre les patients qui sont parfois examinés par le médecin expert/contrôleur et ceux qui ne le sont pas.

-La Commission fédérale « Droits du patient » se réfère encore à son avis du 7 février 2013 concernant l'offre d'un 2ème avis dans le cadre d'une assurance hospitalisation, dont voici un extrait :

« Il va de soi que la loi relative aux droits du patient reste applicable à la relation entre l'assuré et le prestataire de soins qui rend le second avis. L'absence de contact personnel entre les deux n'y porte en rien préjudice. »

C. 1. Les estimations financières liées à un sinistre (accident du travail, accident de droit commun, maladie, ...) établies par un gestionnaire au sein d'une compagnie d'assurance ou d'une autre instance ne relèvent pas de la compétence du médecin conseil, ne sont pas réalisées par celui-ci et ne constituent pas une prestation de soins. Aussi, de telles données ne figurent pas dans le dossier établi par le médecin conseil mandaté par une compagnie d'assurance ou par une autre instance (mutuelle, administration,...).

Pour ces raisons, la loi relative aux droits du patient, notamment au droit d'accès direct au dossier patient, ne s'applique pas à de telles données.

En revanche, la Commission fédérale « Droits du patient » estime **que toute estimation d'un médecin conseil/contrôleur/expert, fût-elle provisoire**, notamment une estimation du degré d'incapacité du patient (que cette incapacité soit personnelle, ménagère ou de travail, qu'elle soit permanente ou temporaire, ou qu'elle soit totale ou partielle) **fait partie du dossier patient** ; elle doit donc être accessible au patient en vertu de l'article 9 de la loi relative aux droits du patient :

Les travaux préparatoires de la loi relative aux droits du patient rappellent en effet le souhait du législateur. de faire entrer dans la champ d'application de ladite loi la médecine de contrôle et d'expertise'.

Aussi, légalement, tant le médecin conseil d'une compagnie d'assurance ou d'une autre instance (mutuelle, administration, ...) que l'expert judiciaire recevant la mission d'évaluation médicale sont soumis à la loi relative aux droits du patient.

La Commission ne voit pas pourquoi il s'agirait de déroger à ladite loi pour une partie du dossier du médecin conseil/contrôleur/expert. Le patient/assuré a, en vertu de la loi relative aux droits du patient, un droit d'accès, s'il le demande, à l'entière du dossier établi par le médecin conseil/contrôleur/expert, sans restriction.

C. 2. Des membres de la Commission fédérale « Droits du patient » constatent par ailleurs que, ce qui compte souvent, pour le patient/assuré, c'est de connaître l'état d'avancement de

son dossier soumis à une expertise médicale et de connaître la manière dont ce dossier sera appréhendé.

Aussi, le droit à l'information concernant l'intervention tel que prévu à l'article 8, §2 de la loi relative aux droits du patient, ne peut certainement être éludé dans le domaine de la médecine d'expertise et de contrôle.

Doc. Parl. Ch. Représ. 2001-2002, n° 16421012, p. 54 et 57: les amendements visant à exclure la médecine d'expertise et la médecine de contrôle du champ d'application de la loi ont été écartés par la Ministre Aelvoet ainsi que par la majorité des votants de la loi.

- Voir encore les dires de la Ministre M. Aelvoet, Doc. Parl. Ch. Représ., 2001-2002, n° 16421012, p. 58: «En tous cas, il est évident que lorsque par exemple, un médecin conseil ouvre un dossier concernant une personne moins valide, celle-ci doit pouvoir accéder à ce dossier».

8

Aptitude à la conduite d'un véhicule – Obligation de signalement - Co-responsabilité du médecin ***(13/07/2013)***

MOTS-CLES :

Permis de conduire - Responsabilité du médecin (=Verantwoordelijkheid van de geneesheer) - Secret professionnel

REFERENCE :

A142005f

Il est demandé au Conseil national dans quelle mesure un médecin a une obligation de signalement, et auprès de quelle instance, lorsqu'il constate qu'un patient n'est plus du tout apte à la conduite d'un véhicule ou l'est encore sous conditions. La question est aussi posée d'une éventuelle co-responsabilité du médecin si le patient inapte à la conduite provoque un accident.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 13 juillet 2013, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 14 décembre 2012 concernant l'obligation, en matière d'aptitude à conduire un véhicule, d'avertir les patients diabétiques qu'ils doivent informer de leur maladie tant l'administration communale que leur société d'assurances. A cet égard, vous soulevez en particulier la question de l'étendue de la responsabilité du médecin et de sa preuve.

1/ Obligation de signalement

L'annexe 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire décrit les normes minimales en matière d'aptitude physique et psychique à la conduite d'un véhicule à moteur.

Pour obtenir un permis de conduire, l'intéressé doit signer une déclaration certifiant qu'il répond à ces normes minimales en matière d'aptitude physique et psychique.

Si vous constatez qu'un patient ne satisfait plus à ces normes minimales, par exemple en raison du diagnostic d'un diabète, vous pouvez en tant que médecin agir de deux manières.

A.

Vous remplissez vous-même le modèle VII « Attestation d'aptitude pour le candidat au permis de conduire du groupe 1 » (cf. annexe). Dans ce document, vous indiquez si selon vos constatations ou celles d'un spécialiste auquel vous avez référé le patient, votre patient n'est plus du tout apte à la conduite ou est encore apte sous conditions. Vous remettez le document rempli au patient, qui doit ensuite prendre lui-même l'initiative d'accomplir les démarches nécessaires en conséquence du degré d'aptitude à la conduite mentionné dans l'attestation d'aptitude. Cela consistera au moins à faire adapter le permis de conduire par l'administration communale compétente et à informer la société d'assurances des restrictions de l'aptitude à la conduite ou de l'inaptitude à la conduite. En tant que médecin, vous avez rempli votre rôle en ayant complété et remis au pa-

tient le modèle VII. Aucune disposition ne prévoit que vous devrez contrôler si le patient a donné les suites nécessaires à l'attestation que vous avez rédigée. Vous ne pouvez pas remettre vous-même ce document à l'administration communale. Ce serait enfreindre le secret professionnel médical.

B.

Vous estimez ne pas pouvoir prendre vous-même la décision concernant l'aptitude à la conduite et vous adressez le patient au CARA où un médecin prendra une décision sur la base du dossier et d'autres examens, éventuellement après renvoi à un spécialiste pour des examens supplémentaires. En ce cas, le CARA priera votre patient de remplir un questionnaire médical. Ce questionnaire médical s'adresse également à vous en partie. Il vous est demandé de donner un avis sur l'aptitude à la conduite. Bien que le formulaire soit rédigé de la sorte actuellement, il n'existe aucune obligation légale que vous apportiez votre avis sur l'aptitude à la conduite. Vous êtes libre d'accepter ou non.

Il appartient alors au médecin du CARA de remplir le modèle VII et de le remettre au patient qui, de nouveau, doit prendre lui-même l'initiative d'y coupler la suite adéquate. Le CARA également n'est pas habilité à remettre ces attestations directement aux instances compétentes ou à contrôler si le patient a pris les initiatives requises.

Bien que les documents du CARA le mentionnent, vous n'êtes en principe pas compétent en tant que médecin référant pour recevoir des informations à propos de la décision prise par le médecin du CARA concernant l'aptitude à la conduite de votre patient. Le médecin du CARA ne pourrait vous informer que moyennant le consentement exprès du patient (ce que les documents du CARA ne prévoient pas à l'heure actuelle). Un examen de l'aptitude à la conduite ne peut en effet pas être considéré comme une information nécessaire au traitement médical du patient.

2/ Co-responsabilité

Etant donné que le rôle du médecin traitant se limite, du point de vue légal, à remplir le modèle VII ou à adresser le patient au CARA, votre responsabilité ne peut être mise en cause si vous avez attiré l'attention du patient sur ses obligations légales, si le patient a signé l'attestation pour réception et si vous avez acté cela dans le dossier du patient.

Si vous estimez en conscience que cette personne est susceptible de provoquer des accidents avec toutes les conséquences graves pour lui-même ou pour des tiers, cet "état de nécessité" peut néanmoins justifier que vous communiquiez au procureur du Roi vos doutes quant à la capacité de conduire de cette personne

Annexe : Modèle VII de l'annexe 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire.

VII Attestation d'aptitude pour le (hl) candidat(e) au permis de conduire du groupe 1

Je soussigné(e),médecin, déclare par la présente **avoir** examiné le (la) candidate) mentionné(e) ci-après et l'avoir, conformément aux dispositions de l'annexe 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, envoyée) **chez** le(s) spécialistes) concerné(s).

Sur la base de mes constatations et des avis reçus, le(la) candidat(e) mentionnée) ci-après est déclaré(e) :
(*)

inapte à la conduite des véhicules de la catégorie (*) J AM q AI J A2 UA J B J B+E q G (*)

apte à la conduite des véhicules de a catégorie (*) q AM q AI J A2 J Aq Bq B+E q G, (*) sans adaptations, conditions ni restrictions

apte à la conduite des véhicules de a catégorie (*) J AM q AI U A2 J A U B q **B+E** q G (*) sous les conditions ou restrictions suivantes :

- code 02.01 : prothèse auditive à une oreille
- code 02,02 : prothèse auditive aux deux oreilles
- code 05.01 : limité aux trajets entre 1 heure après le lever et 1 heure avant le coucher du soleil
- code 05.02 : limité aux trajets dans un rayon de.....km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donnée
- code 05.03 : limité à la conduite sans passagers
- code 05.04 : limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à... km/h
- code 05.05 : conduite uniquement autorisée accompagnée d'un titulaire d'un permis de conduire
- code 05.06 : limité à la conduite sans remorque
- code 05.07 : pas de conduite sur autoroutes
- code 05.08 : pas d'alcool

Sur la base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6 précitée, la présente attestation d'aptitude a :
(*)

- une validité illimitée
- une validité limitée jusqu'au : .../.../...

Je déclare conserver dans le dossier du (de la) candidat(e) les avis médicaux mis à ma disposition pendant une période de 6

identification du (de la) candidat(e)

Identification du médecin

Nom

Prénom :

Nom Cachet

Date de naissance

Adresse

N° de registre national (facultatif)

Adresse :

Date Signature

* Cocher la ou les rubriques qui sont d'application

Les droits du patient mineur : le médecin à la recherche d'un équilibre entre l'autorité parentale et l'autonomie du mineur

(traduction libre du néerlandais)

C. De Bruyn¹, M. Deneyer¹, T. Goffin², A.-S. Sturbois², B. Velkeniers³, Y. Vandenplas¹

1. Dienst Pediatrie, Universitair Kinderziekenhuis Brussel
2. Juriste au Conseil national de l'Ordre des médecins
3. Dienst Interne Geneeskunde, Universitair Ziekenhuis Brussel

Correspondance : Professeur Michel Deneyer,
Universitair Kinderziekenhuis Brussel
Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel.
E-mail : michel.deneyer@uzbrussel.be

EN UN COUP D'OEIL

Les médecins sont peu au courant des droits des patients mineurs.

Les auteurs du présent article se proposent d'esquisser la loi sur la base d'exemples issus de la pratique, avec pour ambition d'offrir un soutien au médecin traitant à la recherche de la bonne décision.

RÉSUMÉ

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient a apporté une nouvelle dimension à la relation médecin-patient mineur. D'une part, la conception traditionnelle voulant que les décisions médicales soient prises par les parents sur la base de leur autorité parentale, jusqu'à la majorité juridique de leur enfant, a définitivement été abandonnée. Si un médecin estime qu'un patient mineur est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, ce mineur peut exercer ses droits de patient de manière autonome. D'autre part, dans le cas d'un mineur n'ayant pas la capacité de discernement, un médecin doit déroger à la décision parentale si celle-ci met en danger l'intégrité physique ou mentale du mineur.

Toutefois, le médecin est régulièrement confronté à l'imprécision ou à la controverse dans des situations où il doit trancher. Une étude récente a démontré que le médecin, en général, connaît insuffisamment la loi relative aux droits du patient et éprouve des difficultés à l'appliquer dans la pratique.

L'article présente les dispositions concernant le mineur dans la loi relative aux droits du patient, commente les points problématiques et, sur la base d'une casuistique, présente une voie d'approche de ces situations délicates et qui prêtent à discussion.

A. Considérations théoriques

1. Principes légaux

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patients (ci-après loi Droits du patient) organise les droits du patient les plus importants, plus précisément le droit au libre choix du praticien (article 6), le droit à être informé à propos de son état de santé et de l'évolution probable de celui-ci (article 7), le droit à un consentement éclairé ou celui de ne pas consentir à une intervention médicale (article 8), les droits relatifs au dossier de patient (droit à un dossier, droit de consultation et droit d'obtenir copie) (article 9), le droit à la vie privée (article 10), le droit au soulagement de la douleur (article 11 *bis*) et le droit de plainte (article 11).

La représentation du patient mineur est réglée à l'article 12 de la loi Droits du patient (1) (Fig.1).

Cette disposition est formulée comme suit :

« § 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§ 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§ 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts. ».

Les patients mineurs peuvent être répartis en trois groupes : a) ceux qui n'ont pas atteint un degré de maturité suffisant pour être associés à l'exercice de leurs droits de patient (ex. les nourrissons, les tout-petits, et les jeunes enfants ; b) ceux qui ont déjà atteint un degré de maturité suffisant pour être associés à l'exercice de leurs droits de patient, mais qui ne sont pas encore suffisamment capables de discernement pour exercer ces droits de manière autonome ; 3) ceux qui sont estimés aptes à apprécier raisonnablement leurs intérêts et qui peuvent dès lors être considérés comme des mineurs capables de discernement susceptibles d'exercer leurs droits de patient de manière autonome.

Il appartient au médecin traitant de décider de la capacité de discernement au cas par cas en se fondant sur la gravité de l'intervention médicale et la maturité du patient mineur. Ceci conduit à ce qu'un patient mineur puisse être incapable de discernement et ne puisse de ce fait décider d'une intervention médicale (par exemple une opération grave) et en même temps être jugé capable de discernement pour une autre intervention (ex. la mesure de la tension artérielle). Ou encore à ce qu'un patient mineur de 13 ans ayant déjà subi des traitements anticancéreux depuis plusieurs années soit considéré comme étant plus mature qu'un mineur de 15 ans confronté pour la première fois à ce traitement.

En ce qui concerne les mineurs « incapables de discernement » qui ne sont pas aptes à apprécier raisonnablement leurs intérêts, leurs droits de patient mineur sont exercés par les parents (fig.1), lesquels prennent les décisions en matière d'interventions médicales. Pour ce groupe de patients, il peut toutefois être dérogé à une décision parentale sur la base de l'article 15, § 2, de la loi « Droits du patient », qui énonce : « Dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 12, [...] ».

Ni un médecin, ni les parents ne peuvent s'écarter de la décision d'un mineur « capable de discernement » qui induirait une menace sérieuse pour sa vie ou une atteinte grave à sa santé, puisque le mineur capable de discernement décide de manière autonome, sans intervention des parents et/ou du médecin.

2. Points problématiques

a. Connaissance de la loi Droits du patient

Une étude récente a mis en évidence qu'à peine 8% des pédiatres flamands déclarent bien connaître la loi « Droits du patient » (2). Pour d'autres praticiens professionnels des soins de santé, les chiffres sont un peu plus favorables (chirurgiens 29%, internistes 20%) (3). Seuls 3% des adolescents et à peine 10% des parents ont des notions de la loi « Droits du patient » (2).

Onze ans après sa parution au Moniteur belge, la loi « Droits du patient » n'a dès lors que peu influencé l'attitude des médecins. Une enquête anonyme parmi les pédiatres flamands a montré que seulement 21% d'entre eux ont adapté leur attitude sous l'influence de cette loi (2). Sept pour cent ont répondu laconiquement qu'ils n'appliquent pas la loi « Droits du patient ». D'une part, 28% estiment que l'idée d'émancipation sous-jacente va trop loin. Des valeurs traditionnelles, donc préexistantes à l'élaboration de la loi « Droits du patient », sont correctement respectées par le pédiatre. Ainsi, la plupart des pédiatres utilisent des « standing orders » (instructions permanentes) au sujet de la qualité des soins (81%), du libre choix du praticien professionnel (71%) et de la lutte contre la douleur (77%). D'autre part, les pédiatres n'apprécient pas spécialement les impulsions émancipatrices de la loi « Droits du patient », plus précisément en ce qui concerne le consentement autonome à une intervention médicale (16,4%), la consultation du dossier (25%) et la confidentialité à garantir au mineur (13%).

L'obtention d'un consentement éclairé des adolescents est une procédure complexe et il n'en est question dans la pratique qu'à concurrence de moins d'1% dans les consultations pédiatriques (4).

b. Les responsables de l'éducation

A l'heure actuelle, bon nombre d'enfants sont élevés dans des familles recomposées ou chez des membres de la famille, qui pourraient être désignés comme appartenant à la catégorie des « nouveaux responsables de l'éducation ». Bien qu'en pratique, ces personnes assument en grande partie ou complètement le rôle de parents, elles ne peuvent agir comme représentant du mineur dans le cadre de la loi « Droits du patient » tant qu'elles n'ont pas été désignées comme tuteur. Un élargissement à ces personnes des modalités de représentation de patients mineurs, dans la loi « Droits du patient », non seulement faciliterait le travail des praticiens professionnels des soins de santé traitant des mineurs, mais accorderait à ces nouveaux responsables d'éducation la reconnaissance qui leur revient.

B. Casuistique

1. Cas – Droit à la confidentialité

Un adolescent de 14 ans est conduit au service des urgences en raison d'un comportement anormal. Le jeune homme confie au médecin qu'il a fumé son premier « joint », ce que confirme l'analyse d'urines. Il demande de ne pas en parler à ses parents entre-temps accourus. Un mineur peut-il exiger le silence de son médecin à l'égard de ses parents ou tuteur ?

Analyse

Pour les mineurs, le droit au secret à l'égard des parents est une donnée complexe compte tenu de leur incapacité juridique de principe et du fait qu'ils sont soumis à l'autorité parentale. Ces mécanismes de protection sont en porte-à-faux avec les droits de la personnalité dont jouit le mineur comme le droit à la vie privée (5). L'autorité parentale évolue en effet, fréquemment, d'une attitude protectrice vers l'accompagnement : « It starts with a right of control and ends with a little more than advice » (6). La loi « Droits du patient » garantit le droit à la confidentialité des données le concernant (« Informative privacy ») (article 10) également pour les adolescents, à condition qu'ils satisfassent au principe de la capacité de discernement tel que décrit à l'article 12, § 2, de la loi « Droits du patient ».

Le respect du secret professionnel par le médecin s'applique dès lors également à l'égard des parents d'un mineur capable de discernement selon la loi relative aux Droits du patient (7).

2. Cas – Devoir de signalement

Une adolescente de 15 ans arrive au service des urgences dans un état comateux. Au réveil, elle avoue s'être injecté une dose d'héroïne. Elle le fait pour échapper à la réalité. Ses mauvais résultats scolaires la rendent dépressive et même suicidaire. Le médecin consulté peut-il informer les parents ou une personne de confiance en vue de prévenir l'irréparable ?

Analyse

Pour ce cas, deux approches sont possibles :

- a) le médecin estime que la jeune fille âgée de 15 ans n'a pas encore la capacité de discernement, ce qui fait des parents les représentants de la mineure. Ceux-ci peuvent dès lors être informés ;
- b) le médecin estime que la jeune fille a la capacité de discernement : elle peut recevoir des informations de manière autonome et les parents ne sont pas impliqués si elle ne le souhaite pas.

Une personne de confiance ne peut être informée que si elle a été désignée au préalable par le patient. Un patient mineur capable de discernement peut désigner une personne de confiance d'après l'article 7 de la loi « Droits du patient ». Si les parents sont désignés comme personnes de confiance par le mineur, ils reçoivent l'information si le mineur le souhaite. Dans le cas contraire, l'information ne peut être partagée.

3. Cas – Rejet de la décision

Une adolescente de 15 ans se présente à la consultation de pédiatrie générale. Son indice de masse corporelle est extrêmement bas. Une anorexie nerveuse est suspectée.

La jeune fille est famélique, hypotensive et est en état de bradycardie. Le médecin craint pour la vie de l'adolescente s'il n'y a pas intervention immédiate. Mais elle refuse une hospitalisation. Ses parents appuient sa décision en raison d'expériences antérieures traumatisantes dans d'autres hôpitaux pour la même pathologie. Comment le médecin doit-il s'y prendre dans cette situation urgente ?

Analyse

L'article 15, § 2, de la loi « Droits du patient » énonce : § 2. « Dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel, le cas échéant, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 12, 13 et 14, § 2. [...] ».

Le médecin juge que la jeune fille ne peut être estimée capable de discernement et que, dès lors, les décisions concernant l'intervention médicale appartiennent aux parents en leur qualité de représentants. Il est dérogé à la décision de refus des parents sur la base de l'article 15, § 2, de la loi « Droits du patient », après que le médecin ayant eu recours à une concertation multidisciplinaire, estime que cette décision de refus signifierait une menace grave pour la santé de la mineure. La jeune fille et les parents persistant dans leur refus, il est procédé à une hospitalisation forcée.

4. Cas – Décision conjointe des parents

Une mère se présente avec son fils de huit ans à la consultation de neurologie du développement en raison d'un retard psychomoteur évident. Elle souhaite un diagnostic et un traitement. La mère relate que le père n'est pas d'accord pour qu'un examen médical ait lieu. Ce désaccord trouve sa source dans un divorce conflictuel.

Analyse

Cet exemple est l'illustration d'une dissension entre les parents, en cours de divorce, à propos d'une intervention médicale non urgente. En principe, les parents d'un patient mineur incapable de discernement doivent prendre une décision conjointe en leur qualité de représentants. La présomption que la décision d'un des parents implique que celle de l'autre parent sera la même ne s'applique pas – que les parents cohabitent ou non (8). C'est seulement lorsqu'un jugement a confié l'exercice de l'autorité parentale exclusivement à l'un des parents que l'autorisation de celui-ci suffit en cas de désaccord entre les parents au sujet d'une prestation médicale.

Lorsque le médecin apprend directement ou indirectement que l'autre parent a un point de vue différent au sujet du mode d'examen et de traitement, il doit tenir compte de cette divergence de vues. A défaut d'accord des deux parents, le médecin les réfèrera au juge compétent.

5. Cas – Absence de représentants

Un garçonnet de cinq ans souffre d'une tumeur cérébrale incurable et reçoit un traitement palliatif. Ses parents sont dans la nature parce qu'ils s'adonnent à la drogue. Un oncle lointain s'occupe de l'enfant. Des complications médicales surviennent à plusieurs reprises, pour lesquelles une intervention médicale s'impose à chaque fois. Quelle personne doit donner son consentement éclairé ?

Analyse

Les parents étant introuvables, la question est de savoir si un tuteur a été désigné par le juge de paix sur le pied des articles 392 et suivants du Code civil. La décision médicale sera alors prise par cette personne. S'il n'y a pas encore de tuteur et que la décision médicale est urgente, elle entre dans les mesures pour lesquelles le juge de paix est compétent sur base de l'article 391 du Code civil.

A l'heure actuelle, la loi ne définit pas les pouvoirs du « nouveau responsable de l'éducation ». Il est évident que, certainement dans le cas de mineurs incapables de discernement, ces « nouveaux responsables de l'éducation » doivent disposer de l'information nécessaire à propos de l'état de santé de l'enfant, et de la possibilité de consentir à une intervention médicale, pour pouvoir donner une interprétation correcte à leur rôle, et ce, dans l'intérêt de l'enfant.

6. Cas – Interruption de grossesse et incapacité de discernement

Une adolescente de quinze ans présentant un retard psychomoteur grave est hospitalisée en raison de douleurs au ventre. Au départ, ces douleurs ne s'expliquent pas, jusqu'à ce qu'un test sanguin et une échographie fassent apparaître une grossesse de dix semaines. Les parents souhaitent une interruption de grossesse. La jeune fille n'a aucune notion de ce qui se passe. Que faire ?

Analyse

En cas d'incapacité de discernement, les droits du patient mineur sont exercés par les parents. Ceux-ci doivent être informés avec précision. Dans ce cadre, l'alternative de l'adoption doit aussi être abordée. Le médecin peut effectuer l'intervention sur la base du consentement éclairé des parents. Après l'intervention, les mesures de contraception nécessaires doivent être prévues.

7. Cas – Interruption de grossesse et capacité de discernement

Une adolescente de seize ans s'avère être enceinte de 10 semaines. Dans sa famille, le sujet est tabou. « Mon père me tuerait » dit-elle. Elle souhaite une interruption de grossesse. Le médecin l'estime capable de discernement. Peut-il pratiquer l'intervention à l'insu des parents ?

Analyse

La législation sur l'interruption de grossesse ne mentionne pas de condition d'âge. Si cette jeune fille est estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts et souhaite la confidentialité absolue, le médecin peut effectuer l'intervention. Le médecin doit élaborer avec le service financier de l'institution de soins un « dispositif » permettant que les parents ne puissent être au courant par la voie de l'attestation de soins.

14

CONCLUSION

1. Lorsqu'ils sont estimés aptes à apprécier raisonnablement leurs intérêts, les mineurs peuvent exercer leurs droits tels que définis dans la loi du 22 août 2002 personnellement et de manière autonome. Un mineur qui a déjà atteint un degré de maturité suffisant mais qui est estimé ne pas encore être apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, est associé à l'exercice de ses droits de patient. Les parents, ou le cas échéant le tuteur, exercent les droits de patient du patient du mineur en qualité de représentants légaux. Il appartient au médecin de déterminer si le mineur est ou n'est pas capable de discernement, au cas par cas et en tenant compte de la maturité du mineur et de la gravité de l'intervention.

2. Contrairement au régime de la représentation du patient majeur, la loi « Droits du patient » ne prévoit pas qu'en cas de défaut ou refus, le médecin veille aux intérêts du patient mineur, s'il y a lieu dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Ce serait pourtant utile sur le terrain et éviterait bien des détours juridiques. C'est seulement « dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, [que] le praticien professionnel, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 12, [...] ».

3. De nombreux enfants grandissent dans des familles recomposées ou chez des membres de la famille, que l'on peut regrouper sous le vocable de « nouveaux responsables de l'éducation ». Bien que ces personnes assurent effectivement le rôle des parents en grande partie ou complètement, elles ne peuvent, dans le cadre de la loi Droits du patient, agir comme représentant du mineur. Un élargissement des modalités de représentation des patients mineurs dans la loi Droits du patient est dès lors souhaitable.

4. Afin de préserver le droit à la confidentialité des données (« Informative privacy ») concernant les mineurs en cas, par exemple, de prescription d'une pilule contraceptive ou d'une interruption de grossesse, les médecins doivent faire en sorte que l'attestation de soins ne soit portée à la connaissance des parents. Il est recommandé de prêter davantage attention à cette problématique et de rechercher des solutions pratiques comme l'élabora-

tion d'un tiers-payant spécifique pour ces situations.

ABSTRACT

Patient's right for minors; the physician in search of a balance between the parental authority and the autonomy of the minor.

On August 22, 2002, a new law emerged giving a new dimension to the patient's right for minors. Traditionally parents took all medical decisions for their minor child. This law gives competent minors the right to take medical decisions even when this counters the parental wishes. It is up to the physician to interpret and decide whether a minor can be considered competent.

When the physician judges that a parental medical decision endangers the mental or physical integrity of an incompetent minor, the physician must abandon the parental wish and apply the best medical treatment, with or without parental consent.

In the daily practice, a physician is often confronted with unclear situations. A recent study depicts that most physicians do not fully comprehend the content and/or experience difficulties to implement the law of patient's right for minors.

The authors of this article propose to reconsider the law of patient's right for minors. With some clinical cases as example, the reader is taken by the hand; allowing the physician to make the right decision in the interest of the minor.

10

RÉFÉRENCES

1. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Bruxelles : Moniteur belge, 26 septembre 2002

2. Deneyer M, Marchand J, Buyl R, Michel L, Holsters D, Vandenplas Y.

The influence of the law on patient's rights on the practice of the Flemish paediatricians anno 2010 ; Acta Chir Belg. 112 :297-301

3. Schoonacker M, Louckx F. De wet betreffende de rechten van de patiënt: kennis, toepassing en attitudes bij beroepsbeoefenaars (2006). Herverlee: Vlaams Patiëntenplatform (<http://www.vlaamspatientenplatform.be>).

4. Deneyer M, Otten J, Marchand J, Buyl R, Clybouw C, Vandenplas Y.

The attitude of Flemish paediatricians regarding informed consent of adolescents. Acta Clin Belg. 2013; 68:43-7.

5. Van der Straete I, Put J. Belangenconflicten tussen kinderen en ouders in het jeugdbijstands- en jeugdbeschermingsrecht. Het moeizame evenwicht tussen ouderlijk gezag en de zelfstandige uitoefening van het recht op privé-leven, TJK 2002, afl. 4, 159-172.

6. Vandenbrempt K. Evoluerende maatschappij in een evoluerende samenleving. OCMW-Visies 2004; 4:16.

7. Deneyer M, Devroey D, De Groot E, Buyl R, Clybouw C, Vandenplas Y.

Informatieve privacy and confidentiality for adolescents: the attitude of the Flemish paediatrician anno 2010. Eur J Pediatr. 2011; 170-: 159-163.

8. Loi du 18 juillet 2006 tendant à privilégier l'hébergement égalitaire de l'enfant dont les parents sont séparés et réglementant l'exécution forcée en matière d'hébergement d'enfant, Bruxelles : Moniteur belge, 4 septembre 2006.

COMMUNICATION

Aucun conflit d'intérêts ni de soutien financier ne sont signalés.

Mots-clés

Mineurs – Loi « Droits du patient » - Capacité de discernement – Autorité parentale

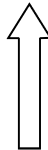
Loi « Droits du patient » et les mineurs

- Les parents exercent les droits de patient
- Le mineur est associé à l'exercice de ses droits en fonction de l'âge et de la maturité
- pas de système de « double consentement »

N

O

N



Art. 12, &1

Mineur estimé apte à apprécier raisonnablement^{1,2} ses intérêts

O

U



Art. 12, §2

- les droits peuvent être exercés de manière autonome
- la volonté du patient prime l'autorité parentale
- pas de système de « double » consentement

Fig. 1 : présentation schématique de la répartition des mineurs selon la capacité de discernement

1. Appréciation par le médecin par droit du patient

2. Appréciation par le service de médiation en cas de plainte

Réunion du 15 juin 2013 du Conseil du CEOM – Bucarest

Dr R.Kerzmann, A-S. Sturbois

La réunion de printemps du CEOM s'est tenue cette année à Bucarest à l'invitation de l'autorité ordinaire nationale, le Collège roumain des médecins dont le Vice-Président, le docteur Georghe Borcean, est également membre du Bureau du CEOM depuis 2009. Elle a permis de bien concrétiser l'implication des médecins roumains dans cette organisation européenne ordinaire.

Treize délégations étaient présentes, de même que l'UEMS (Union européenne des médecins spécialistes).

Synthèse des discours d'ouverture

Le docteur Astarastoae, président de l'Ordre des médecins de Roumanie, a rappelé les difficultés du système de santé roumain, notamment les inégalités dans l'accès aux soins et la désertification médicale dont son pays souffre.

L'Ordre roumain est fier de souligner la qualité de l'enseignement dispensé à de nombreux étudiants européens par les facultés de médecine de son pays.

Néanmoins, il regrette que l'investissement important consenti par l'état pour former en grand nombre des médecins autochtones et étrangers qui n'exerceront jamais en Roumanie, au détriment du système de santé publique national, n'a jusqu'à présent pas reçu de la part des autorités européennes une prise en considération constructive.

Les conditions financières de travail et les perspectives de carrière dans le pays sont insatisfaisantes en comparaison de celles obtenues dans les autres états européens. Cela contribue, en synergie avec la mobilité des professionnels de santé, rendue effective par la directive 2005/36/CE, au déficit notoire de prestataires tant dans la médecine de proximité que dans les spécialisations.

Président du CEOM et membre du Conseil national belge, le docteur Roland Kerzmann a remercié l'Ordre roumain pour son accueil.

Evocant la mémoire du docteur Francis Montané, il a rappelé que la diversification des lieux de réunion du CEOM est conforme à l'objectif d'eupéanisation de l'organisation qu'avait défendu en 2008 son regretté secrétaire général. Européen convaincu, celui-ci a donné au CEOM l'impulsion nécessaire pour qu'il se positionne et soit reconnu au niveau européen comme une organisation visant à défendre la sécurité des patients, par la promotion de hauts standards d'éthique et de déontologie en santé publique.

Invité de marque, le député européen Christian Busoi a fait le point sur les récentes discussions menées au parlement européen, d'une part, en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles et, d'autre part, à propos du rôle des comités d'éthique dans le domaine de l'expérimentation pharmaceutique humaine.

Les travaux menés dans ce cadre répondent pour l'essentiel aux attentes formulées antérieurement au sein du CEOM. En ce qui concerne l'expérimentation humaine, les délégations ont unanimement insisté pour que les nouvelles dispositions respectent strictement les principes fondamentaux de la déclaration d'Helsinki.

Déclaration de soutien aux médecins chypriotes

Le CEOM a adopté, sur proposition de l'Association Médicale Chypriote, une déclaration sur la situation des soins de santé à Chypre en réaction aux récentes mesures de restriction budgétaire qui menacent de porter atteinte à la qualité des soins de santé, à leur accès et à l'indépendance de l'exercice de la profession médicale.

Pour en prendre connaissance :

http://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/ceom_declaration_-_cyprus_0.pdf

Recommandations déontologiques

Le CEOM a adopté le texte des recommandations déontologiques suivantes ; leur principe avait été discuté lors des précédentes réunions plénières du CEOM à Ljubljana et Bruxelles.

Le consentement éclairé

Personne majeure et consciente

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas, y compris dans le cadre de la télé-médecine.

Il doit être libre et éclairé par une information loyale et compréhensible.

Il peut être retiré par la personne à tout moment. Le refus de consentir à un acte médical ne retire pas au patient le droit de recevoir des soins de qualité.

Il doit être écrit et consigné dans le dossier médical du patient, dans les situations particulières prévues par la législation nationale.

Les soins à un mineur ou à un majeur incapable

Le médecin doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal en vue d'obtenir leur consentement dans les mêmes situations que celles requises pour la personne majeure et consciente.

Le patient mineur ou incapable doit toujours être associé à la prise de décision concernant un acte médical qui lui est appliqué, dans la mesure de sa capacité de compréhension.

Situation d'urgence

En cas d'urgence et s'il y a incertitude sur la volonté du patient, le médecin pratique toute intervention nécessaire, dans l'intérêt du patient.

Le secret médical

Le médecin doit garantir au malade le secret absolu sur toutes les informations qu'il aura recueillies et les constatations qu'il aura opérées lors de ses contacts avec lui.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le secret médical n'est pas aboli par la mort des patients.

Le médecin instruit les personnes qui l'assistent de leurs obligations en matière de secret, en demandant, dans la mesure du possible de s'y engager par écrit.

Les dérogations, quand elles existent, sont strictement prévues par la réglementation.*

**Les dérogations seront analysées de manière spécifique.*

Le dopage dans le sport

Le médecin ne doit pas conseiller, prescrire ou administrer des traitements ou substances pharmacologiques, ou de nature différente, agissant directement ou indirectement, modifiant l'équilibre psychophysique naturel du sujet dans le but de modifier les performances liées à l'activité sportive.

Pour la même raison, le médecin doit protéger les sportifs contre toute pression externe exercée sur eux pour les inciter à recourir à de telles méthodes, en les informant sur les conséquences graves pour la santé.

Relations entre confrères

Les règles de la confraternité sont instaurées dans l'intérêt des patients.

Le médecin doit veiller à ce que son comportement soit empreint de respect et de réserve vis-à-vis de ses confrères et de dignité vis-à-vis de lui-même, soucieux de défendre l'honneur de la profession médicale.

Le médecin doit être attentif à éviter toute situation conduisant au détournement direct ou indirect de clientèle.

Le médecin qui a un différend avec un collègue doit, dans la discrétion et en premier lieu, rechercher une conciliation. Tout conflit public doit être évité

Le médecin qui constate chez un collègue des manquements graves à l'éthique, à la déontologie ou à la pratique médicale susceptibles de mettre en danger le patient doit s'en ouvrir à l'autorité compétente confraternelle.

Démographie médicale

Dans le cadre des travaux de l'Observatoire européen de la démographie médicale, les docteurs Roland Kerzmann et Patrick Romestaing ont abordé, respectivement, certains aspects de la démographie médicale en Belgique et en France.

Basé sur les statistiques réalisées par le SPF Santé publique, le premier exposé a illustré d'intéressantes données relatives au nombre de médecins habilités à exercer l'art de guérir dans notre pays et qui sont titulaires d'un diplôme issu d'un autre pays que la Belgique, établissant la distinction nécessaire entre pays membre ou non de l'Union Européenne et mettant par ailleurs en évidence la répartition par sexe, par tranches d'âge et par répartition géographique d'installation. Le second exposé a permis de comparer certains de ces aspects à la situation existant en France.

L'analyse systématique, rigoureuse et exhaustive des données dont disposent les membres du CEOM devrait contribuer au débat européen sur les flux migratoires des médecins (Joint Action WP4 – voir point suivant)

21

Joint Action Workpackage 4

Le fondement de l'Action conjointe sur la planification et la prévision des effectifs du personnel de santé, travail européen auquel est associé le CEOM, a été présenté avec un compte-rendu de la première réunion du groupe de travail n°4 relatif aux données visant à améliorer la planification du personnel de santé organisée à Budapest les 13 et 14 juin 2013.

L'Europe craint une pénurie de 1.000.000 travailleurs de la santé d'ici 2020. La demande, le besoin et l'offre de la main-d'œuvre de la santé (Health Work Force) sont influencés par de multiples facteurs comme la population vieillissante, le vieillissement des professionnels de la santé, l'augmentation de la consommation de soins et la hausse des coûts dans un contexte de contraintes budgétaires. Ce contexte justifie l'importance de la planification HWF.

L'objectif de l'Action conjointe est de créer une plateforme de collaboration et d'échange entre les états membres pour préparer l'avenir de la HWF. Différents groupes de travail ont été mis sur pied, dont le groupe 4 qui a pour objectif de fournir une meilleure compréhension des données disponibles à l'échelle des Etats membres et de l'Union européenne et améliorer la collecte des données, en accordant une attention particulière à la mobilité (cartographie de la terminologie : contenu et comparabilité des données ; cartographie des données de mobilité : données relatives aux migrations et à la mobilité ; données relatives à la planification du personnel de santé : analyse des données manquantes, bonnes pratiques et formulation de lignes directrices).

Pour en savoir plus : <http://www.euhwforce.eu/>

Echange d'informations disciplinaires

En conclusion des travaux menés entre les délégations concernant leurs pratiques nationales en matière d'échange des informations de nature disciplinaire entre autorités de régulation, la résolution suivante a été adoptée par le CEOM.

La sécurité des patients, la garantie de soins de santé de qualité et la confiance dans le corps médical requièrent que les autorités de régulation des Etats membres de l'Union européenne veillent à ce que l'échange d'informations de nature disciplinaire, tel que prévu par la législation européenne, soit efficacement concrétisé.

Les autorités de régulation doivent agir dans l'intérêt des patients, qu'ils relèvent ou non de leur compétence territoriale.

L'échange d'informations doit se faire en tenant compte des règles en matière de vie privée et du principe de la présomption d'innocence. L'information doit être précise, utile et proportionnelle.

Le CEOM encourage les autorités de régulation à collaborer de manière spontanée et constructive avec leurs homologues internationaux, dans le respect de leur législation nationale.

A cette fin, il convient qu'elles établissent et entretiennent entre elles des liens étroits, fondés sur le respect et la confiance réciproques.

L'établissement de points de contacts directs notamment via le système d'information du marché intérieur (IMI) et le dialogue sur les procédures et compétences respectives sont indispensables à une coopération fructueuse.

Le CEOM contribue par ses travaux à créer cette collaboration.

Election d'un nouveau Vice-président

Le Dr Fernando GOMES, représentant de l'Ordre des Médecins du Portugal, a été élu Vice-président du CEOM.

Soutien aux médecins slovaques

L'assemblée du CEOM a chargé son Président de rédiger un courrier à l'attention du Président de la République slovaque concernant la situation des médecins en Slovaquie pour défendre l'indépendance de l'exercice de la profession et l'autorégulation par ses représentants tels que définis par les principes **d'éthique médicale européenne** de 1987 - « tant pour conseiller que pour agir, le médecin doit disposer de son entière liberté professionnelle et des conditions techniques et morales lui permettant d'agir en toute indépendance - et par l'Association Médicale Mondiale dans sa Déclaration de Madrid en 1987.

21

Prochaine réunion

Son organisation par l'Ordre des médecins espagnols en collaboration avec la Commission européenne est prévue à l'automne prochain selon des modalités qui vont être précisées ; elle se tiendra selon toute vraisemblance à Bruxelles.



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.

