

BULLETIN
DU CONSEIL
NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

ANNUAIRE 2009

TABLE DES MATIÈRES

LETTRE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL

1

M. D. Holsters

EDITORIAL

2

Pr G. Rorive, Dr P. Beke

COMMUNICATION

3 Code d'accès Internet

CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

4 - Article 173
- Article 27

BULLETINS N^{OS} 123, 125, 126, 127 ET 128

5 - EDITORIAL
- AVIS DU CONSEIL NATIONAL
Avis émis par le Conseil national en 2009
- AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL
Avis émis par le Bureau du Conseil national en 2009

COMPOSITION DES CONSEILS

56 Conseil national
Conseils provinciaux
Conseils d'appel

REFORME DE L'ORDRE

62

CHRONIQUE INTERNATIONALE

63 Actualisation de la Déclaration d'Helsinki, Séoul, octobre 2008 *Pr A. Herchuelz*
64 Assemblée générale de l'Association médicale mondiale
Séoul, 15-18 octobre 2008 *Pr G. De Roy*

REPERTOIRE DES AVIS DU CONSEIL NATIONAL

69

Le temps ne s'arrête pas et toute chose évolue.

La jeune génération se laisse porter avec aisance par les flots du progrès. Les autres s'adaptent plus ou moins facilement et rapidement. Ils fournissent les efforts requis pour s'adapter aux avancées vertigineuses de la technique. Ils le font par nécessité, pour ne pas rester à la traîne, désemparés et sans espoir, et parce qu'ils ne tiennent pas à être sous-estimés par les collaborateurs, les enfants et les petits-enfants. Ceux-ci en effet, au regard des pas hésitants des responsables, des parents et des grands-parents, se meuvent avec la légèreté d'alertes danseurs au gré des transformations de la technique.

Dans cette marche en avant, le premier annuaire du Conseil national de l'Ordre des médecins est une naissance ou peut-être plutôt une valeur ajoutée dans un esprit festif à un document d'information, le Bulletin, qui d'instrument papier s'est fait virtuel.

Le chemin accompli jusque là fut long et varié: le premier bulletin, d'une collection qui n'a plus pu être reconstituée en son entier, date de 1949. Il s'agissait d'une édition bilingue intitulée Bulletin Officiel de l'Ordre des médecins publié par le Conseil supérieur - Officieel Tijdschrift van de Orde van geneesheren uitgave van de Hoge Raad. Le bulletin était alors annuel. L'ensemble a ceci de particulier que l'exemplaire de 1950 porte le numéro 1 et celui apparemment de l'année précédente, le numéro 2.

A partir du numéro 21, édition 1970-1971, le bulletin s'est scindé en deux volumes, l'un en français «Ordre des médecins Bulletin Officiel n°21», l'autre en néerlandais «Orde van geneesheren Officieel Tijdschrift n°21».

A partir du n°25, la couverture, d'un coloris différent chaque année, présente le profil d'Hippocrate, dont le Serment initial, soit dit en passant, a subi maintes adaptations sous l'influence surtout de l'éthique et de la morale en perpétuel devenir, et a même été rebaptisé «Serment de Genève» dans le cadre de ces adaptations.

Jusqu'au n°25 inclus, des décisions disciplinaires rendues anonymes ont été publiées dans le bulletin. Depuis lors, cela a été moins le cas, mais l'utilité et l'opportunité de ces publications sont à nouveau étudiées.

A partir de 1987, le bulletin est devenu trimestriel et a reçu un nouvel intitulé précisant sa source. Bulletin du Conseil national Ordre des médecins - Tijdschrift Nationale Raad Orde van geneesheren. Des rubriques plus ou moins permanentes ont alors été adoptées, dont la plupart jugées utiles sont toujours actuelles: l'Editorial, la Lettre du rédacteur en chef, les Avis, l'Éthique médicale et la déontologie, le Droit médical, l'Éthique dans une perspective internationale, ainsi que des comptes rendus d'ouvrages, et quelques autres.

Plus tard, les dimensions, la couleur et l'illustration de la couverture ont plusieurs fois été modifiées pour leur donner un style plus moderne. Ceci jusqu'au bulletin n°122 inclus, le dernier de la série papier. Le n°123 (mars 2009) a lancé l'ère de la version électronique sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre.

Mais un récapitulatif anniversaire ne pouvait pas manquer.

Nous y voilà et nous lui souhaitons bon vent.

Cet annuaire, dont la composition et le contenu symbolisent d'une certaine manière les activités du Conseil national, me donne l'occasion d'adresser mes remerciements à tous ceux, médecins et collaborateurs, qui ont contribué et continueront de contribuer au bon fonctionnement du Conseil national et de son Bureau. Il est important de disposer d'un bon navire, mais un bon équipage est une condition sine qua non pour bien tenir la barre et garder le cap.

Denis HOLSTERS
Président du Conseil national

I

EDITORIAL

Chose promise, chose due. Dans l'éditorial du Bulletin 122, le dernier numéro disponible dans sa version imprimée, nous vous avons promis une édition annuelle reprenant les avis rendus par le Conseil national pendant l'année écoulée. Le présent annuaire concrétise cette promesse.

Mais pourquoi un annuaire alors que les avis sont disponibles sur le site, d'une part dans la semaine après avoir été rendus et, d'autre part de manière trimestrielle dans l'édition électronique du Bulletin? Les raisons en sont multiples. Il n'est pas établi que l'ensemble du corps médical ait accès au site. Différentes données suggèrent en effet que près de 20 pour cent des médecins n'utilisent pas encore d'ordinateurs de manière habituelle. Par ailleurs, un peu plus de 10.000 médecins ont activé leur code d'accès individuel à l'aide du mot de passe transmis avec le numéro 124 du Bulletin. Cette activation est cependant nécessaire pour avoir accès à la partie du site réservée au corps médical. Certes, qu'un médecin sur quatre consulte de manière régulière le site de l'Ordre est un résultat encourageant et avouons-le inattendu, mais l'objectif est de diffuser les informations à l'ensemble du corps médical.

Une autre justification à un annuaire réside dans les différences entre l'usage que le lecteur fait d'une source informatique et d'un texte imprimé. Lorsqu'on consulte un site internet, c'est généralement pour accéder à une donnée précise. Au contraire, lorsqu'on dispose d'un journal, d'un périodique ou d'un livre, on le feuillette et, de cette manière, on peut découvrir des informations différentes de celles qu'on cherchait au départ et dont on découvre l'intérêt de cette manière.

Enfin, d'aucuns préfèrent la lecture d'un texte imprimé et l'archivage sous forme papier reste très souvent la forme de choix pour les médecins, mais aussi pour les juristes utilisateurs habituels des avis du Conseil national.

La présentation de l'annuaire a été longuement discutée au sein du Comité de rédaction. Il a finalement été décidé de garder autant que possible la mise en page des Bulletins papier que vous connaissez depuis de nombreuses années, espérant ainsi vous faciliter l'usage de l'annuaire. Désormais, la référence des avis comprendra le n° du bulletin, le n° de l'avis et la page dans l'annuaire alors que, jusqu'à présent, elle renvoyait au n° du bulletin et à la page du bulletin où l'avis pouvait être retrouvé.

Il a cependant paru intéressant d'isoler dans une première partie les articles du Code de déontologie médicale qui ont été modifiés au cours de l'année écoulée. La seconde partie reprend les avis qui sont parus dans les Bulletins du numéro 123 au numéro 128 dans l'ordre chronologique. Certains semblent en effet associer tel ou tel avis à une date ou à un autre avis de la même période. On pourrait regretter que cette présentation fasse double emploi avec les versions électroniques. Comme développé dans les arguments présentés plus haut, il importe de souligner que les objectifs des deux présentations ne sont pas identiques. Rappelons à ce propos que la forme électronique permet une recherche facile des avis sur la base du sujet, de leur numéro d'ordre et de la date d'émission. Toutes ces données figurent d'ailleurs en tête de tous les avis repris dans l'annuaire de manière à faciliter au maximum le passage de l'annuaire aux bulletins sous leur forme électronique et vice et versa. Les deux présentations, électronique et imprimée, nous paraissent donc complémentaires.

En sus des avis, l'annuaire reprend la composition actuelle des différents organes de l'Ordre suite aux élections de mars 2009.

L'activité du Conseil national ne se résume aux 14 réunions plénières et à l'émission d'avis en réponse aux questions posées par les autorités, les Conseils provinciaux, les médecins et le public.

Le Bureau se réunit de manière hebdomadaire, pour traiter le courrier, répondre aux questions concernant des sujets qui ont déjà fait l'objet d'avis du Conseil national, préparer les sujets à traiter et finaliser les avis rendus. La charge de travail s'est fortement accrue ces derniers mois et les réunions durent le plus souvent toute la journée.

Outre la commission "Affaires internationales" qui participe aux réunions internationales organisées par les organisations disciplinaires ou professionnelles des autres pays sur des sujets qui ont directement trait à l'activité de l'Ordre et dont rapport vous est fait régulièrement, dans le Bulletin, de nombreuses commissions traitent de sujets divers. Citons sans être exhaustif, la commission "Réforme de l'Ordre" qui a adressé, en octobre 2009, aux ministres concernés une proposition visant à adapter et à moderniser les structures et le fonctionnement de l'Ordre à l'évolution et aux attentes de la société. Ce texte, que l'on peut trouver sur le site de l'Ordre, n'a reçu à ce jour aucune suite des autorités probablement occupées par d'autres priorités. La commission "Sociétés" et la commission "Éthique médicale" préparent les réponses aux demandes d'avis concernant leurs compétences respectives. La commission "Médecine hospitalière" s'est plus particulièrement penchée cette année sur les aspects déontologiques des missions dévolues au médecin-chef. De son côté, la commission "Code de déontologie médicale" s'est attelée à une révision du Code de déontologie médicale pour l'adapter aux différentes législations parues ces dernières années concernant la pratique des soins et certains aspects éthiques, mais aussi pour le simplifier et lui donner une forme plus moderne. Depuis deux ans, une commission mixte, comprenant des représentants d'Assuralia, tente de trouver une solution satisfaisante pour les deux parties concernant l'irritant problème des certificats de décès demandés par les compagnies dans le cadre des contrats d'assurance.

Le président D. Holsters a accepté d'introduire ce premier annuaire en rappelant l'histoire du Bulletin depuis son numéro 1 paru en 1950 sous la forme d'un numéro bilingue. Le Bulletin est, en effet, depuis plus de 50 ans le lien le plus concret entre le Conseil national, les Conseils provinciaux et le corps médical. Vu son intérêt, quel qu'un a un jour qualifié le bulletin du Conseil national de «Moniteur de l'Ordre».

C'est l'occasion de remercier ici le président Holsters pour le temps et l'énergie qu'il consacre aux activités du Conseil national. Il réussit à assurer une collaboration efficace entre les membres provenant non seulement des deux communautés de notre pays, mais également de pratiques professionnelles très variées et qui dès lors ont des priorités différentes.

Le Comité de rédaction du Bulletin souhaite une fois encore, à l'occasion de cet éditorial, insister pour que le plus rapidement possible, les médecins activent leur accès personnel à l'intranet du site de l'Ordre. Cette activation est en effet indispensable à la concrétisation du projet de vote par voie électronique pour les élections de 2012. Un tel système devrait simplifier et accélérer la procédure électorale, en diminuer le coût et supprimer les contraintes liées aux échanges de courriers recommandés dont beaucoup d'entre vous se plaignent.

Le comité de rédaction souhaite également remercier mesdames Chantale Anciaux et Kristien Rohaert qui assurent le secrétariat du Bulletin et sans qui, ni le site, ni cet annuaire n'auraient les qualités qu'on leur connaît.

Pr G. RORIVE, Dr P. BEKE
Rédacteurs en chef

Honoré Confrère,

Vous avez reçu, au mois d'avril 2009, une lettre du Conseil national vous communiquant votre code d'activation personnel donnant accès à la partie privée du nouveau site Internet
www.ordomedic.be

L'ouverture de la session intranet sur ce site Internet devient très importante pour la circulation de l'information entre le Conseil national, les conseils provinciaux et les médecins inscrits.

Nous demandons à chacun de bien vouloir activer sans délai son compte personnel intranet.

Les médecins qui ne sont plus en possession de leur code d'accès ou qui rencontrent des problèmes dans l'activation peuvent prendre contact avec le Conseil national par un courriel à *ordomedic@skynet.be*

Nous tenons également à vous rappeler que vous pouvez consulter tous les **avis du Conseil national** sur le nouveau site Internet *www.ordomedic.be*.

Les avis peuvent être recherchés par date, par thème ou par bulletin.

Modifications du Code de déontologie médicale intervenues en 2009

Code de déontologie médicale: article 173

En sa séance du 20 décembre 2008, le Conseil national a modifié comme suit le Code de déontologie médicale en y ajoutant un alinéa 2:

Article 173

§ 1er. Toute convention liant des médecins ou des sociétés de médecins à des non-médecins et qui est susceptible d'influencer les aspects déontologiques de l'exercice de sa profession par le médecin, doit faire l'objet d'un écrit qui ne peut être signé qu'après approbation du projet sur le plan déontologique, par le conseil provincial compétent. Il en est de même pour toute modification se rapportant à cette convention.

§ 2. La disposition précédente ne s'applique pas aux protocoles d'expérimentation médicale pour autant qu'ils soient soumis à l'approbation d'un comité d'éthique.

Code de déontologie médicale: article 27

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national a modifié comme suit l'article 27 du Code de déontologie médicale:

Le libre choix du médecin est un droit fondamental du patient.

Néanmoins, une limitation de ce libre choix peut s'avérer inévitable dans le cadre de l'organisation pratique d'une offre permanente de soins de qualité.

Une information aussi adéquate que possible est fournie à propos de cette limitation.

BULLETIN
DU CONSEIL
NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

N° 123

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL *Pr G. Rorive*
6

AVIS DU CONSEIL NATIONAL
7

Le bulletin version papier a vécu! Vous consultez le premier bulletin dans sa version électronique.

Afin de faciliter l'adaptation, cette version est identique aux éditions papier. Dorénavant, sous la rubrique Bulletin ne figurera plus que la table des matières avec des liens permettant d'accéder directement et aisément aux avis parus durant le dernier trimestre. On trouvera également, à ce niveau, les actualités, les in memoriam que l'on espère peu nombreux. Les rédacteurs en chef utiliseront également cette possibilité pour transmettre des nouvelles importantes et des commentaires concernant les avis les plus significatifs.

Les avis les plus récents, les trois derniers mois par exemple, figureront dans la rubrique «news» comme c'est déjà le cas actuellement. Ils sont disponibles moins de 10 jours après la dernière séance du Conseil national. De cette manière, on évite un délai entre le moment où la presse fait état du contenu de ces avis et leur mise à disposition au niveau du bulletin. L'intérêt de la presse pour les aspects les plus sensationnels a parfois conduit à des interprétations erronées des avis et des intentions du Conseil national.

Certains, parmi les lecteurs, défendent la poursuite d'une version papier, à leur opinion plus facile à archiver pendant de longues périodes. Bien que tous les avis du Conseil national depuis le 1^{er} juillet 1976 restent disponibles sur le site, un recueil reprenant les avis accessibles à l'ensemble du corps médical, ainsi que les articles du Code de déontologie qui ont fait l'objet d'une modification, sera publié annuellement sous une forme qui reste à définir. De même, le comité de rédaction se penche sur un message informant les médecins des changements dans la procédure de diffusion des avis et sur les modalités pratiques d'accès au nouveau site Web du Conseil national.

Le numéro actuel, qui reprend les séances du Conseil national qui se sont tenues entre le 25 octobre et le 20 décembre 2008,

compte pas moins de 21 avis portant sur des sujets les plus variés allant de l'accès au dossier dans les maisons de repos et de soins à la question de l'obligation de présence du radiologue lors d'examen en urgence. Certains de ces avis ont reçu de larges échos dans la presse et ont parfois suscité des réactions vives de la part d'une partie du corps médical, tel par exemple l'avis sur l'incompatibilité sur le plan déontologique entre les fonctions de médecin-chef et celles de directeur médical d'un hôpital ou encore le rappel des dispositions légales et réglementaires qui ont cours actuellement concernant la participation à la garde, le déplacement du médecin de garde et le triage par téléphone. Ce dernier rappel n'est en aucune manière incompatible avec les discussions en cours en vue de porter solution aux difficultés rencontrées dans l'organisation des gardes en médecine générale.

Enfin, dernière nouveauté, afin de faciliter la lecture et de remettre les avis rendus dans leur contexte, chaque avis sera dorénavant précédé d'une courte introduction, d'un chapeau résumant les termes de la question posée.

C'est peut être l'occasion de rappeler qu'en règle, le Conseil national ne se prononce pas sur une situation précise individuelle, mais émet des avis de portée générale. Les prises de position sur les situations individuelles demandent en effet une procédure d'information dont le Conseil national ne dispose pas et dès lors relève de la compétence des Conseils provinciaux.

Je vous souhaite une bonne lecture de cette nouvelle présentation du Bulletin et reste à l'écoute de vos réactions et commentaires.

Pr Georges RORIVE
Rédacteur en chef

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 25 OCTOBRE, 22 NOVEMBRE, 6 DECEMBRE ET 20 DECEMBRE 2008

MRS - Registre des visites à remplir par les médecins (25/10/2008)	8
Constitution et accessibilité des dossiers dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins pour personnes âgées (25/10/2008)	8
Médecin coordinateur et conseiller dans les maisons de repos et de soins (25/10/2008)	9
Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (25/10/2008)	9
Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (22/11/2008)	11
Certificat pour les unités de mammographie (22/11/2008)	11
Procédure de dépistage dans les unités de mammographie (22/11/2008)	12
Mammographie - Continuité des soins (22/11/2008)	12
Médecins inspecteurs de l'Agence autonomisée interne de l'Inspection de l'Aide sociale, Santé publique et Famille (22/11/2008)	12
Anesthésies simultanées (06/12/2008)	13
Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance (06/12/2008)	13
Participation au service de garde - Incapacité pour raisons médicales (06/12/2008)	14
Garde de médecine générale: participation obligatoire - Déplacement du médecin de garde - Triage téléphonique (06/12/2008)	15
Information par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments (06/12/2008)	16
Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008 (06/12/2008)	17
Présence du médecin radiologue lors de la réalisation de radiographies (06/12/2008)	17
Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (20/12/2008)	18
Incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital (20/12/2008)	18
Réalisation d'anesthésies par un infirmier (20/12/2008)	19
Etudes cliniques - Approbation préalable du contrat (20/12/2008)	20
Etudes non interventionnelles prospectives concernant des médicaments (20/12/2008)	20

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

MRS - Registre des visites à remplir par les médecins (25/10/2008)

MOTS-CLES:

Maisons de repos et de soins - Médecin coordinateur - Médecin coordinateur et conseiller (MCC)

REFERENCE:

a123001f

Un médecin coordinateur et conseiller dans une maison de repos et de soins demande l'avis du Conseil national à propos de la feuille de registre que l'infirmière responsable doit faire remplir par les médecins lors de leurs visites.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 25 octobre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question relative à un registre des visites à remplir par les médecins dans une maison de repos et de soins (MRS).

Le Conseil national estime qu'il n'y a pas d'objection déontologique à ce que le médecin remplisse ce registre: l'information fournie doit toujours être correcte et conforme à la réalité.

Si une MRS juge ce registre des visites nécessaire pour répondre aux normes MRS, le Conseil national renvoie à la législation en vigueur¹ concernant les normes pour l'agrément spécial comme MRS.

Tous les médecins soignant un ou plusieurs résidents s'engagent à l'égard du gestionnaire à une collaboration la plus efficace possible à l'organisation médicale interne de l'établissement telle que décrite dans le règlement d'ordre intérieur au sujet de l'activité médicale. La convention visée est fixée par écrit et règle au moins les questions relatives à la perception des honoraires et aux réunions de concertation.

Dans toute MRS, le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller: celui-ci est un médecin généraliste et veille aux bonnes relations entre le corps médical et l'établissement, notamment par des réunions de concertation.

En ce qui concerne les éventuels problèmes ou contestations de certaines mesures ou obligations, le Conseil national estime que le médecin coordinateur et conseiller peut jouer un rôle de médiation entre l'établissement et les médecins visiteurs pour arriver à un consensus sur la base du règlement d'ordre intérieur en tenant compte du cadre légal en vigueur pour les normes MRS.

1. 21 septembre 2004 - Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour.

Constitution et accessibilité des dossiers dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins pour personnes âgées (25/10/2008)

MOTS-CLES:

Dossier médical - Maisons de repos - Saisie de dossiers médicaux - Secret professionnel

REFERENCE:

a123002f

Certains médecins traitants exerçant dans des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et des maisons de repos et de soins pour personnes âgées (MRSPA) estiment que les données du dossier individuel des directives médicales (DIDM) doivent être disjointes du dossier individuel de soins (DIS). Le ministre de la Région wallonne, direction générale de l'Action sociale et de la Santé considère toutefois qu'il est préférable d'inclure le DIDM dans le DIS. D'une part, le médecin a ainsi davantage de certitudes que ses recommandations ont été effectuées, et d'autre part, il assume ses responsabilités puisqu'il donne une traçabilité à ses interventions.

Il est également demandé au Conseil national de se prononcer à propos des problèmes que rencontrent les médecins inspecteurs (officiers de police judiciaire auxiliaires du procureur du Roi) lorsqu'ils souhaitent consulter le dossier médical dans le cadre de leur mission de contrôle de la bonne coordination des directives médicales et des soins administrés aux personnes âgées.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 25 octobre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a discuté de votre lettre du 11 mars 2008.

Le Conseil national souhaite s'arrêter en premier lieu au cadre légal et déontologique du contenu, de la constitution et de la gestion des dossiers médicaux.

L'arrêté royal du 21 septembre 2004² énonce que le dossier individuel de soins (DIS) «comporte les données sociales, médicales, paramédicales et infirmières du résident. Ce dossier, qui peut comporter plusieurs parties, doit être présent en permanence au sein de l'institution. Il doit être accessible à toutes les personnes autorisées».

Ce dossier comprend divers types de données, dont des données médicales : «l'anamnèse, l'examen clinique à l'admission, le diagnostic, le traitement, l'évolution cli-

2. 21 septembre 2004 - Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour. Annexe 1 MRS point 3.b-c-d.

nique et diagnostique, les médicaments prescrits ainsi que leur distribution.»

Cet arrêté royal prévoit clairement que le DIS peut comporter plusieurs parties: il n'est donc pas illicite que le DIS comporte, en plus d'un volet infirmier, un volet médical constituant une partie «disjointe».

En outre, l'arrêté royal dit aussi que le DIS doit être accessible à toutes les personnes autorisées. Cet accès nuancé, *in personae*, explique la possibilité légale de faire une distinction entre certaines parties: en l'occurrence, le dossier médical et le dossier infirmier.

Une distinction analogue est faite dans les hôpitaux³ où le dossier du patient se compose du dossier infirmier et du dossier médical. Il est logique que les deux dossiers soient constitués et conservés séparément, et que leur accès soit limité - pour chacun d'eux - aux personnes autorisées.

Le Conseil national estime que le médecin et les autres dispensateurs de soins en tant que personnes autorisées peuvent avoir des compétences complémentaires, mais que celles-ci ne sont certainement pas identiques: ni sur le plan légal, ni sur le plan déontologique.

Le patient a droit à un dossier soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr⁴. Ceci constitue un devoir individuel du praticien professionnel. Le médecin porte l'entière responsabilité du dossier médical.

La problématique de la relation de confiance entre le médecin et le patient - en matière de secret professionnel⁵ - s'inscrit dans cette même loi relative aux droits du patient: le patient a droit à la protection de sa vie privée en ce qui concerne les informations liées à sa santé; ceci s'applique à la constitution et à la gestion d'un dossier médical et à l'accessibilité des données médicales contenues dans ce dossier, ce dont le médecin décide *in fine* et porte la responsabilité

Le Conseil national estime important qu'il y ait une bonne collaboration entre les médecins et les autres dispensateurs de soins. Les soins médicaux dans une MRS sont dispensés dans un contexte pluridisciplinaire: «cela vaut lors de l'admission, pour laquelle une évaluation pluridisciplinaire de nature médico-sociale est requise; mais évidemment aussi dans la dispensation journalière des soins, tant médicaux qu'infirmiers, paramédicaux et/ou de kinésithérapie».

3. 3 mai 1999 - Arrêté royal déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre.

4. 22 août 2002 - Loi relative aux droits du patient. Art.9, 10.

5. Secret professionnel, article 458 Code pénal

Dans l'intérêt du patient, le médecin généraliste doit recourir en outre à la concertation pluridisciplinaire⁶.

Le caractère pluridisciplinaire d'une collaboration permet au médecin de partager avec et de communiquer aux divers autres prestataires qui soignent le patient (infirmiers, paramédicaux) toutes les informations nécessaires aux soins. Il faut présupposer que tous les dispensateurs de soins sont en l'occurrence liés par un secret professionnel «partagé», pour autant que cela entre dans le cadre de la dispensation effective des soins. Diverses formes de communication sont possibles, verbalement et par écrit.

Enfin, le Conseil national attire l'attention sur l'accessibilité des dossiers médicaux pour les médecins inspecteurs, dans le cadre de leurs missions légales⁷, en leur qualité d'officiers de police judiciaire.

Il s'agit en fait de procédures complexes de saisie de dossiers médicaux définissant les droits et obligations tant des médecins traitants que, par exemple, des médecins inspecteurs. Le Conseil national renvoie - à titre d'exemple - à des avis antérieurs en la matière⁸ concernant notamment la saisie par le médecin inspecteur de l'Inami.

La finalité citée de l'article 20 du décret du 5 juin 1997 est très générale: «assurer la protection des personnes âgées». Les questions qui se posent dans la situation exposée sont de savoir si «des plaintes médicales», et lesquelles, justifient légalement que ces médecins inspecteurs «prennent connaissance du dossier médical», suivant quelles modalités et conditions ils estiment (pouvoir) remplir leur mission envers toutes les personnes concernées, ou sont les seuls à avoir reçu cette compétence légale, le cas échéant par rapport à d'autres instances légales compétentes à divers niveaux.

Le Conseil national émet par conséquent les plus grandes réserves en attendant d'être informé des procédures exactes de l'accès aux dossiers médicaux pour ces médecins inspecteurs.

Médecin coordinateur et conseiller dans les maisons de repos et de soins (25/10/2008)

MOTS-CLÉS:

Maisons de repos et de soins - Médecin coordinateur - Médecin coordinateur et conseiller - Médecins généralistes

REFERENCE:

a123003f

Dans une lettre à son conseil provincial concernant sa désignation, un médecin coordinateur et conseiller demande des précisions concernant deux passages de l'avis du Conseil national du 7 juin 2008 (Bulletin du Conseil national n°121, p.5).

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 25 octobre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 7 juillet 2008.

En réponse à votre première question, comme cela a été mentionné dans l'avis du 7 juin 2008, la citation «Les médecins coordinateurs estiment que le mode de désignation du médecin coordinateur par le gestionnaire doit être revu. Ils souhaitent qu'une discussion ait lieu entre les gestionnaires et les cercles de médecins généralistes locaux de manière à ce que les médecins coordinateurs qui sont désignés soient ceux qui jouissent de la confiance de leurs confrères et du gestionnaire.» est tirée du rapport d'activités 2006-2007 du groupe de travail «Médecin coordinateur» de la commission des «Conventions Maisons de repos - Organismes assureurs».

En ce qui concerne votre demande d'éclaircissements à propos du passage «Le droit de nomination appartient aux établissements mais, dans le contexte défini de représentation légale des médecins généralistes locaux et d'intégration des missions du coordinateur, les cercles de médecins généralistes doivent obtenir et/ou conserver un droit de présentation du (des) candidat(s) coordinateur(s).», le Conseil national renvoie à la motivation justifiant ses avis antérieurs (16 septembre 2000 - 26 juin 2004).

A cet égard une clarification est intervenue par l'agrément des cercles de médecins généralistes en vertu de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées à ces cercles, en particulier la mission décrite à l'article 3: «Le cercle de médecins généralistes agit en tant que représentant de la zone de médecins généralistes et est le point local de contact pour les médecins généralistes et pour la politique locale en vue de la mise en œuvre d'une politique de santé locale.»

Le Conseil national partage le souci d'une désignation du médecin coordinateur dans

des conditions optimales pour une fonction de coordination remplie de manière collégiale avec les médecins généralistes.

C'est dans le même sens qu'est orienté le rapport précité de la commission des «Conventions Maisons de repos - Organismes assureurs» 2006-2007 où un rôle de premier plan est attribué aux cercles locaux de médecins généralistes.

C'est pourquoi le Conseil national estime nécessaire l'élaboration en consensus d'une procédure de désignation transparente des médecins coordinateurs, dans le respect des parties concernées: les maisons de repos d'une part et les médecins généralistes par l'entremise des cercles de médecins généralistes comme point de contact d'autre part, et donc en étant attentif au «droit de présentation» du cercle de médecins généralistes et au «droit de nomination» de l'établissement.

Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (25/10/2008)

MOTS-CLÉS:

Etudes rétrospectives - Expérimentations sur la personne humaine

REFERENCE:

a123004f

Le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé (I) n°149/01, déposé à la Chambre des représentants, le 16 octobre 2008, comporte des propositions de modifications de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (cf. également l'avis du Conseil national du 22 novembre 2008). Le 4 novembre 2008, le Conseil national adresse la lettre suivante, à madame L. Onkelinx, vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 25 octobre 2008, le Conseil national a pris connaissance du projet de loi portant dispositions diverses en matière de santé (I), déposé à la Chambre des représentants le 16 octobre dernier.

Le Conseil national estime que la modification proposée de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, reprise à l'article 88 du projet de loi, nuit aux intérêts des patients et contrevient à la nécessaire relation de confiance entre les médecins et le patient.

L'article 88 proposé tend à apporter deux modifications profondes à la loi du 7 mai

6. 22 août 2002. - Loi relative aux droits du patient. Article 4.

7. 5 juin 1997 - Décret relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge. Art.20.

8. Avis CN - 20.03.1993 - Médecin-inspecteur de l'INAMI - Saisie de données médicales.

2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Dans les travaux préparatoires, on peut lire:

Cet article tend à apporter deux précisions quant au champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

D'une part, ceci concerne l'exclusion des études rétrospectives du champ d'application de cette loi.

D'autre part, ceci concerne essentiellement une simplification de la procédure pour les expérimentations liées à un objectif de qualité de l'activité des personnes qui exercent une profession telle que visée à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé et qui ont lieu à l'initiative d'un service public fédéral, d'un organisme d'intérêt public ou d'un organe créé en leur sein. Ceci concerne par exemple l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, le Centre d'Expertise Fédéral ou les collèges de médecins, tels que visés à l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.

Dans son avis, le Conseil d'Etat a remarqué que par rapport à ce passage, des questions pouvaient surgir à la lumière du principe constitutionnel d'égalité et de non-discrimination. A cette remarque, on peut répondre qu'en vue d'un soutien optimal à la qualité des soins de santé et d'une politique efficace de santé publique, il est absolument indispensable que les initiatives visées ne peuvent être remises en question par des procédures ou des conditions qui sont moins pertinentes pour des études ou expérimentations non interventionnelles. On ne touche cependant pas aux garanties essentielles pour la personne qui participe à l'expérimentation visée, mais les procédures sont bien simplifiées.

Le principe du consentement préalable du participant ou de son représentant, est remplacé par un système «opting-out», ce qui signifie que chacun peut s'opposer à la participation à l'expérimentation.

En cas d'expérimentation multicentrique, le système de l'avis unique reste d'application, mais la compétence des comités d'éthique qui sont attachés aux autres sites sur lesquels se déroulerait l'expérimentation, est supprimée.

Des conditions spécifiques ne sont pas applicables pour les expérimentations par rapport aux personnes qui sont incapables de donner leur consentement ou les cas dans lesquels ceci est impossible pour des raisons d'urgence. Ces conditions ne sont en

l'occurrence pas pertinentes en raison des catégories d'expérimentations visées dans ce paragraphe.

En premier lieu, le Conseil national s'oppose à l'exclusion des études rétrospectives du champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Conseil estime en effet que rien ne justifie un pareil choix: aucun argument pertinent ne démontre que les études rétrospectives nécessitent de moindres garanties pour le patient que les études prospectives. Au contraire, les études rétrospectives méritent une attention particulière par leur seule nature: elles ne permettent en effet pas toujours l'obtention du consentement formel du patient si bien que des garanties spécifiques sont requises, tel l'examen par le comité d'éthique compétent.

L'exclusion du champ d'application de la loi du 7 mai 2004 des études rétrospectives conduirait à exclure l'effectivité des garanties procédurales contenues dans la loi et nuirait par conséquent aux intérêts des patients.

Le Conseil national vous renvoie à ce propos au courrier qu'il vous faisait parvenir le 16 octobre dernier, repris ci-joint.

En second lieu, le Conseil national considère que l'insertion proposée du § 3, à l'article 3 de la loi du 7 mai 2004, porte gravement préjudice aux intérêts des patients.

Cette insertion conduit à les priver de garanties indispensables, notamment eu égard à leur autonomie, dès lors qu'une expérimentation est réalisée par une autorité publique, non davantage définie, telle par exemple l'INAMI ou le KCE.

En vertu du second paragraphe en effet, l'ensemble des études rétrospectives menées par ces autorités sortiraient du champ d'application de la loi du 7 mai 2004. Et en ce qui concerne les études prospectives, les garanties procédurales découlant de cette loi se réduiraient à une peau de chagrin dès lors que la loi exclurait l'application des articles 6, § 1^{er}, 8, 2^o, 9, 1^o, 11, § 3, 7^o, § 7 et § 8.

Le Conseil national prend acte de la mise en place d'un système d'«opting-out», signifiant certes que chacun peut s'opposer à l'expérimentation mais surtout qu'il ne doit pas y donner son consentement formel.

A propos de ce système, nous constatons en premier lieu qu'il ne s'appliquerait pas aux études rétrospectives dès lors que celles-ci sortiraient du champ de la loi du 7 mai 2004. On peut dès lors se demander dans

quelle mesure un patient serait informé de la tenue d'une étude de ce type.

En ce qui concerne les études prospectives, le Conseil national estime que l'acceptabilité d'un système d'«opting-out» dépend nécessairement des garanties qui l'accompagnent du point de vue de l'autonomie de la volonté des patients. En l'espèce, ces garanties feraient cruellement défaut.

Le principe de l'«opting out» nécessite d'abord une réflexion quant à l'information à laquelle le patient a droit et quant aux modalités de transmission de celle-ci. Le troisième alinéa de l'article 3 proposé pose ainsi question: le médecin peut-il éthiquement, dans tous les cas d'expérimentations à l'initiative d'instances publiques telles l'INAMI ou le KCE, se contenter de communiquer au patient une information 'de manière générale'¹⁰?

Le Conseil national est par conséquent d'avis que la teneur de l'information et ses modalités doivent nécessairement, pour chaque étude, être évaluées par le comité d'éthique de l'hôpital où l'expérimentation a lieu. Il s'agit là d'une garantie procédurale au profit des patients.

Dans cette mesure, il est absolument nécessaire que les paragraphes 7 et 8 de l'article 11 de la loi du 7 mai 2004 restent pleinement d'application aux expérimentations menées par les autorités visées au paragraphe 3 de l'article 3 de la loi du 7 mai 2004, tel que proposé.

En outre, il est éthiquement requis que le comité d'éthique puisse effectivement évaluer l'efficacité et l'exhaustivité des informations écrites à fournir au sens de l'article 11, § 4, 7^o. Une dispense d'application de cet article aux instances publiques n'est pas raisonnablement justifiée.

Le Conseil national est dès lors d'avis que l'article 88 doit être retiré du projet de loi.

cc: Chefs de groupes politiques de la Chambre des Représentants et du Sénat.
Clinical Trial Task Force
Comité consultatif de bioéthique.
Vlaams Patiëntenplatform

10. Entend-on par-là que les documents d'admission en hôpital doivent mentionner que des études y sont menées par des instances publiques, sans davantage de précisions?

9. L'article 11, §3, 7^o, n'existe pas. Le gouvernement vise ici manifestement l'article 11, §4, 7^o.

Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (22/11/2008)

MOTS-CLES:

Etudes rétrospectives - Expérimentations sur la personne humaine

REFERENCE:

a123008f

Suite à l'adoption, le 20 novembre 2008, en séance plénière de la Chambre des représentants, du projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé (I) n° 149/01, le Conseil national adresse à tous les sénateurs la lettre suivante, où il exprime à nouveau sa préoccupation au sujet des modifications de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine envisagées dans ce projet de loi.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

Le 16 octobre dernier, le gouvernement a déposé à la Chambre des représentants le projet de loi (I) n° 149/001, portant diverses dispositions relatives à la santé.

Vous trouverez ci-joint une lettre que le Conseil national de l'Ordre des médecins a adressée à ce sujet le 4 novembre 2008, avec lettre jointe du 16 octobre 2008, à madame Onkelinx, vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé. Une copie de cette lettre a été envoyée aux présidents des groupes politiques de la Chambre et du Sénat.

Depuis lors, ledit projet de loi a été approuvé par la (les) commission(s) compétente(s) de la Chambre et adopté le 20 novembre dernier en séance plénière de celle-ci. Dans sa version légèrement modifiée, l'article 84 (anciennement article 88) du projet ne prend pratiquement pas en compte les remarques et propositions pourtant fondamentales aux yeux du Conseil national, formulées par celui-ci dans la lettre précitée.

Le projet de loi en question réglant une matière telle que visée à l'article 78 (procédure bicamérale optionnelle) de la Constitution, le texte adopté par la Chambre le 21 novembre 2008 (expiration du délai d'évocation le 8 décembre 2008) a été envoyé au Sénat pour examen éventuel.

Vu l'importance de la matière concernée, le Conseil national estime de son devoir d'attirer (pour autant que nécessaire) à nouveau, votre particulière attention sur les arguments et points de vue développés dans la lettre précitée concernant les études rétrospectives et les études effectuées à l'initiative d'un service public fédéral, d'un organisme d'intérêt public ou d'un organe qui a été créé au sein de celui-ci par une loi ou un arrêté royal.

Il espère que le Sénat, en application des pouvoirs qui lui ont été conférés par l'article 78 de la Constitution, examinera le texte adopté par la Chambre et amendera celui-ci en tenant compte des éléments et des prises de position développés par le Conseil national.

Annexe:

Lettre de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - 6 janvier 2009 -

Concerne: études rétrospectives dans le cadre de la loi sur les expérimentations

Monsieur le Président,

Votre lettre du 16/10/2008 concernant les circulaires 455 et 472 ainsi que votre lettre du 4/11/2008 concernant la modification proposée de la loi du 7/05/2004 ont retenu toute mon attention.

La discussion concernant l'applicabilité ou non, aux expérimentations rétrospectives, des dispositions de la loi du 07/05/2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, n'est certainement pas neuve.

La nuance entre une étude non interventionnelle et une étude interventionnelle est certainement connue au sein de mon administration. Le législateur considère qu'un essai n'est pas interventionnel quand la recherche ne comporte aucune procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance (article 2, 8°, de la loi du 07/05/2004). Comme vous l'écrivez, la différence entre une étude rétrospective et une étude prospective est une question liée à une situation dans le temps: une étude rétrospective traite de données déjà disponibles tandis qu'une étude prospective vise une recherche future.

La modification de loi proposée confirme cette précision déjà donnée dans les circulaires 455 et 472: les expérimentations rétrospectives sortent du champ de la loi sur les expérimentations. Du fait que les dispositions d'autres textes législatifs concernant la protection du patient et de l'individu continuent de s'appliquer (notamment la législation relative à la vie privée et le secret médical et/ou professionnel), une assurance no-fault ne paraît pas nécessaire. En effet, des procédures spéciales ne sont pas appliquées au patient et le patient a été traité suivant les pratiques médicales courantes. Si toutefois des procédures supplémentaires s'avèrent nécessaires pour la récolte des données, l'expérimentation devient prospective, et les dispositions de la loi s'appliquent.

En ce qui concerne le deuxième aspect de la modification législative, il doit être clair que seules sont visées certaines expérimentations prospectives, non interventionnelles,

à savoir celles qui sont réalisées par certaines autorités dans le cadre d'une politique de santé et qui visent exclusivement la qualité de l'exercice des professions des soins de santé. Comme précisé dans l'exposé des motifs et dans les débats au sein des commissions parlementaires compétentes, cet aspect de la modification législative est nécessaire pour que ces expérimentations nécessaires soient rendues possibles. J'ai donné mandat à mes services pour qu'il soit fait une application attentive et restrictive des exceptions contenues dans ces dispositions.

Je ne manquerai pas de faire évaluer en temps utile par mes services la loi du 7 mai 2004 et en particulier les modifications précitées.

(...)

Laurette ONKELINX, Vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Certificat pour les unités de mammographie (22/11/2008)

MOTS-CLES:

Cancer - Mammographie - Publicité et réclame

REFERENCE:

a123005f

Des unités de mammographie sont agréées dans le cadre du dépistage de masse du cancer du sein en Flandre. Il s'agit de services de radiologie ayant démontré leur adéquation à la qualité requise pour le dépistage de masse.

Il existe pour l'instant 174 unités de mammographie agréées.

La question est posée de savoir si cet agrément - pour lequel un certificat est octroyé - peut être porté à la connaissance de la patientèle.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En ses séances des 4 octobre et 22 novembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le dossier «Dépistage flamand du cancer du sein: certificat pour les unités de mammographie».

Le Conseil national considère qu'il n'y a pas d'objection déontologique à l'octroi d'un certificat, pouvant être affiché dans la salle d'attente, à un service de radiologie répondant aux critères de l'arrêté du Gouvernement flamand du 2 février 2001 concernant l'agrément d'unités de mammographie et de centres de dépistage régionaux pour le dépistage du cancer du sein.

Les dimensions de ce certificat ne doivent pas dépasser le format A4.

Procédure de dépistage dans les unités de mammographie

(22/11/2008)

MOTS-CLES:

Cancer - Mammographie - Médecine préventive

REFERENCE:

a123006f

Des unités de mammographie sont agréées dans le cadre du dépistage de masse du cancer du sein en Flandre. Il s'agit de services de radiologie ayant démontré leur adéquation à la qualité requise pour le dépistage de masse.

Il existe pour l'instant 174 unités de mammographie agréées.

Lorsque le radiologue de l'unité de mammographie constate sur la mammographie de dépistage une anomalie qui, selon lui, est clairement suspecte ou maligne, la procédure de dépistage doit-elle se poursuivre?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En ses séances des 4 octobre 2008 et 22 novembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné vos questions du 4 janvier 2008: «Existe-t-il un point d'appui déontologique permettant de déterminer la marche à suivre obligatoire ou la plus indiquée lorsqu'une anomalie est considérée comme suspecte ou maligne lors de la radiographie dans l'unité de mammographie? Pour suivre la procédure de dépistage ou effectuer immédiatement un diagnostic complémentaire ou une combinaison des deux?».

Le radiologue a le devoir déontologique de suivre le *modus operandi* convenu au préalable dans la procédure de dépistage. La patiente en est d'ailleurs informée par la lettre d'invitation qui lui a été envoyée. Il n'est pas justifiable de sortir l'information relative à la femme concernée du programme de dépistage. Cela porte atteinte à la fiabilité des résultats de celui-ci. De plus, les centres de dépistage n'obtiendront pas les résultats escomptés. Cela peut même conduire en fin de compte à l'arrêt du programme. Un médecin collaborant à un programme de dépistage doit savoir qu'il y a lieu de penser aussi en termes de bénéfice social.

Le fait d'envoyer un rapport de l'examen au médecin généraliste dès la première lecture peut induire en erreur si la deuxième lecture - et peut-être la troisième - aboutit à une autre constatation. La communication d'une première lecture faussement négative rend le radiologue «co»-responsable si, de ce fait, le rapport définitif de l'examen de dépistage n'est pas lu.

Dans le cas d'une première lecture pathologique ou suspecte, il convient que le radio-

logue isole cet examen de la série des examens du dépistage et qu'il demande au centre de deuxième lecture de traiter ces constatations par priorité.

Mammographie - Continuité des soins

(22/11/2008)

MOTS-CLES:

Cancer - Continuité des soins - Mammographie - Médecine préventive - Qualité des soins

REFERENCE:

a123007f

Des unités de mammographie sont agréées dans le cadre du dépistage de masse du cancer du sein en Flandre. Il s'agit de services de radiologie ayant démontré leur adéquation à la qualité requise pour le dépistage de masse.

Il existe pour l'instant 174 unités de mammographie agréées.

Il est établi qu'une comparaison avec des clichés antérieurs est essentielle lors de l'interprétation de mammographies. Quelles sont les mammographies antérieures devant être fournies au centre de dépistage du cancer du sein?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En ses séances des 4 octobre et 22 novembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné vos questions du 14 août 2008, libellées comme suit:

«Y a-t-il un quelconque point d'appui déontologique permettant de déterminer si d'anciens clichés sont la propriété de la patiente, et s'ils ne peuvent en tant que tels être joints à l'envoi en vue de la comparaison avec les clichés récents pour la deuxième lecture en aveugle (clichés récents qui apparemment ne sont plus la propriété de la patiente, mais qu'elle peut réclamer pour une deuxième opinion)? Ou peut-on, dans le cadre d'un dépistage de population de grande qualité, déroger à une éventuelle législation existante en la matière?».

Le Conseil national renvoie en l'occurrence à l'article 41 du Code de déontologie médicale: «Le médecin est tenu, à la demande ou avec l'accord du patient, de communiquer, dans un délai rapide, à un autre praticien traitant, toutes les informations utiles et nécessaires pour compléter le diagnostic ou pour poursuivre le traitement».

Dans l'intérêt de la patiente, toutes les mammographies précédentes disponibles doivent être remises au centre de dépistage du cancer du sein.

Médecins inspecteurs de l'Agence autonomisée interne de l'Inspection de l'Aide sociale, Santé publique et Famille

(22/11/2008)

MOTS-CLES:

Consultation de dossiers médicaux - Dossier médical - Hôpitaux

REFERENCE:

a123009f

Une nouvelle organisation des services administratifs de l'autorité flamande est devenue opérationnelle le 1^{er} avril 2006. Ces services ont été répartis en 13 domaines politiques, dont chacun comporte un département et un certain nombre d'agences autonomisées. L'Agence autonomisée Inspection de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille fait partie du domaine politique «Aide sociale, Santé publique et Famille».

Un médecin inspecteur de cette Agence soumet au Conseil national quelques questions concernant le droit de consultation des dossiers médicaux lors de ses missions d'inspection dans les hôpitaux et d'autres institutions comme les maisons de repos et de soins (MRS) et les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Il soulève la question de savoir si l'article 58 du Code de déontologie médicale ne devrait pas être adapté.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 22 novembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné cette lettre du 26 mai 2008 dans laquelle plusieurs questions déontologiques sont posées par un médecin inspecteur de l'Agence autonomisée interne de l'Inspection de l'Aide sociale, Santé publique et Famille.

En ce qui concerne la question au sujet du droit de consultation des dossiers médicaux dans un hôpital par le médecin inspecteur compétent de l'Agence autonomisée, le Conseil national estime que les médecins inspecteurs doivent pouvoir obtenir toutes les informations utiles pour leur permettre d'accomplir leur mission légale, et qu'ils ont donc aussi le droit de consulter les dossiers médicaux, moyennant le respect d'un certain nombre de conditions. Ainsi, ce droit de consultation ne peut être exercé que par un médecin inspecteur, étant donné qu'il est lui aussi lié par le secret professionnel, pour autant que les mentions personnelles et médicales ne soient pas nominatives dans le rapport et que l'accord du médecin traitant et du patient ait été obtenu.

Cette situation constitue une exception de même nature que celles mentionnées à l'article 58 du Code de déontologie médicale.

Le Conseil national estime en outre que, stricto sensu, l'article 58, § a, du Code de déontologie médicale ne doit pas être adapté, puisque, par analogie avec les médecins contrôleurs du service du contrôle médical de l'Inami, les médecins inspecteurs ayant cette fonction doivent exécuter leur mission légale dans le cadre de la garantie de la qualité des soins et doivent à cette fin recueillir toutes les informations utiles et nécessaires, à condition que ces informations soient strictement nécessaires à leur mission d'inspection.

En ce qui concerne la troisième question, à savoir si des dossiers médicaux peuvent être consultés également en dehors du milieu hospitalier dans le cadre de la surveillance devant être exercée par les médecins inspecteurs de l'Agence autonomisée interne, le Conseil national estime que l'inspection en dehors des hôpitaux peut aussi justifier la consultation de dossiers médicaux dans la mesure où elle est nécessaire à l'accomplissement de la mission légale à remplir dans le cadre de la qualité des soins à proposer, où les règles du secret professionnel sont respectées et où les conditions de consentement s'appliquant à votre question précédente sont réunies.

Anesthésies simultanées (06/12/2008)

MOTS-CLÉS:

Anesthésie - Infirmier spécialisé en anesthésie - Responsabilité du médecin

REFERENCE:

a123010f

L'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, mentionne en son article 1er le titre professionnel particulier «infirmier spécialisé en anesthésie». Il n'y a à ce jour pas encore d'arrêtés d'exécution pour ce titre professionnel.

Se référant, entre autres, à ce titre professionnel particulier, un infirmier travaillant dans le service «anesthésie» d'un hôpital interroge le Conseil national sur l'admissibilité de deux anesthésies simultanées.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En ses séances des 22 novembre 2008 et 6 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est penché sur vos courriels des 26 mai et 15 août 2008 concernant la possibilité pour un anesthésiste de mener deux anesthésies simultanées, sous certaines conditions.

Après avoir analysé attentivement l'ensemble de vos arguments et la législation actuellement en vigueur en cette matière, le Con-

seil national maintient le point de vue qu'il a développé concernant cette problématique dans ses avis antérieurs.

Il vous renvoie plus particulièrement à ses avis des 8 mai 1982 (BCN n°30, p. 34) et 14 novembre 1998 (BCN n°83, p. 13).

Le Conseil national accordera toute son attention à l'évolution de cette matière eu égard à ses éventuelles implications déontologiques.

Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance (06/12/2008)

MOTS-CLÉS:

Médecin généraliste - Service de garde - Service 100

REFERENCE:

a123011f

Dans le cadre des règlements d'ordre intérieurs des services de garde de médecins généralistes, devant être soumis à l'approbation du conseil provincial, le problème est soulevé de l'accompagnement d'un patient dans une ambulance par le médecin généraliste de garde, hors du secteur de garde.

A cette question, posée par un sénateur, madame L. Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a répondu qu'il n'y a aucune objection légale au fait que le médecin quitte le territoire de sa garde. Le cas échéant, le patient qui nécessite des soins urgents peut s'adresser au service 100. Sur le plan déontologique, la ministre estime que «Dans tous les cas, l'urgence avérée prime sur l'urgence potentielle».

Un conseil provincial considère qu'un médecin généraliste n'a toutefois pas reçu la formation adéquate et n'a pas acquis la routine pour aider le «Paramedical Intervention Team» (PIT) à stabiliser le patient, et que la présence du médecin généraliste de garde ne sert dans ce cas qu'à couvrir la responsabilité du personnel infirmier du PIT. En ce qui concerne l'argument déontologique de la ministre, ce conseil provincial estime que c'est au médecin généraliste de garde qu'il appartient de juger si sa présence dans l'ambulance est nécessaire.

Le conseil provincial soumet le problème au Conseil national.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 6 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question.

D'une manière générale, tout médecin est légalement et déontologiquement tenu d'apporter une aide médicale - s'il est sol-

licité par un patient ou des proches ou requis par les autorités - à tout patient qui a besoin de soins médicaux urgents.

En ce qui concerne spécifiquement l'aide médicale urgente par le système d'appel unifié («100»), il existe un cadre légal précis¹¹ offrant la réelle possibilité de requérir chaque médecin, et en particulier aussi le médecin généraliste de garde¹².

En effet, un certain nombre de régions ne sont pas couvertes par un service mobile d'urgence (SMUR¹³) avec un médecin spécialisé en médecine d'urgence, mais uniquement par un Paramedic Intervention Team (PIT), avec un infirmier spécialisé à bord.

Dans le cas présent, le généraliste de garde n'est pas seulement requis - par le service 100 et le PIT - pour apporter les (premiers) soins médicaux, mais l'est apparemment également pour accompagner le patient dans l'ambulance jusqu'à un hôpital disposant d'un service de soins urgents spécialisés¹⁴ (SUS). De ce fait, le médecin généraliste de garde peut parfois devoir se déplacer loin de son secteur de garde et n'être ainsi plus du tout disponible pour le service de garde.

L'appel au médecin généraliste de garde pour l'aide médicale urgente fait partie - sous conditions - des possibilités légales, déontologiques et pratiques.

Il est important que ces modalités spécifiques soient prévues dans le règlement d'ordre intérieur du service de garde organisé par le cercle de médecins généralistes (ROI). Ce règlement doit être contrôlé et approuvé au préalable par le conseil provincial de l'Ordre (CPO) et par la commission médicale provinciale (CMP).

Ceci implique que, comme le prévoit la loi, le cercle de médecins généralistes organisateur¹⁵ ait préalablement conclu des accords précis à propos de ces modalités pratiques (ou ait pu le faire), formalisés dans un protocole¹⁶ avec toutes les parties concernées:

- les hôpitaux disposant d'un service de soins urgents spécialisés (SUS) et d'un SMUR/PIT;
- le service «100»;
- la COAMU (commission d'aide médicale urgente - provinciale).

11. Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, art. 4.

12. Arrêté royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié, art. 6quinquies.

13. Arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction " service mobile d'urgence " (SMUR) pour être agréée.

14. Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction «soins urgents spécialisés» doit répondre pour être agréée.

15. Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.

16. Arrêté royal du 10 août 1998 instituant les commissions d'aide médicale urgente, art. 4.

Il faut en cette matière prêter une attention particulière aux *points de litige suivants*:

- la *territorialité* du «secteur d'intervention» de la COAMU par le SMUR/PIT, d'une part, et celle de la «zone de médecins généralistes» du service de garde des médecins généralistes, d'autre part, sont différentes et ne se chevauchent pas toujours; pourtant c'est cette territorialité qui détermine le rayon d'action exclusif de chacun d'entre eux,

- la *disponibilité* 24/24 heures et 7/7 jours n'est pas encore garantie pour le service de garde des médecins généralistes, ni instaurée d'une manière générale; ceci crée de réelles limites à la possibilité de faire appel au médecin généraliste de garde dans un système d'aide médicale urgente (entre autres le PIT);

- le *médecin généraliste de garde* doit être «disponible en permanence» pour sa mission spécifique, «à l'intérieur de la zone de médecins généralistes du service de garde» et «pendant toute la durée de la période» du fonctionnement du service de garde; la plupart des ROI stipulent d'ailleurs expressément que le médecin généraliste de garde ne peut pas quitter ce territoire, précisément à cause du risque d'indisponibilité dans sa propre zone de médecins généralistes lors d'un nouvel appel dont la gravité/l'urgence ne peut a priori pas être présumée ni déniée;

- le *fonctionnement normal* d'un service de garde auquel il est ainsi fait appel est, dans le contexte décrit, tellement compromis que la CMP devra sérieusement vérifier si les «besoins» en matière de service de garde ne se heurtent pas à une «carence» et à une «insuffisance» (arrêté royal n° 78, art. 9, § 2), et ce en concertation et en collaboration avec le cercle de médecins généralistes organisateur concerné;

- le *médecin généraliste de garde* a une *mission spécifique*: la «dispensation normale et régulière de soins à domicile»; même s'ils sont plutôt exceptionnels, des appels urgents font également partie de cette prestation de services. Il n'est par conséquent pas si évident de faire systématiquement appel au médecin de garde pour l'aide urgente puisqu'une situation conflictuelle peut apparaître ou apparaîtra par rapport à la mission légale de fait en ce qui concerne l'emploi du temps et la charge de travail. Ceci a une influence déterminante sur la composition quantitative du rôle de garde et donc sur le nombre effectif de médecins généralistes devant y participer pour pouvoir (continuer à) assurer qualitativement (tous) ces soins;

- la *compétence scientifique/médicale* du *médecin généraliste* dans le domaine de l'aide médicale urgente est limitée et n'est cer-

tainement pas comparable à celle du médecin spécialiste en médecine d'urgence¹⁷; le médecin généraliste ne peut donc pas être un ersatz (dans le projet PIT) du médecin spécialiste (dans le SMUR¹⁸) en cette matière;

- l'*aide médicale urgente* par le SMUR (mais également par le PIT) a toutefois comme but principal de dispenser les premiers soins médicaux urgents sur place et de stabiliser ainsi le patient. C'est seulement lorsqu'un résultat suffisant aura été obtenu que le transport en ambulance vers l'hôpital pourra être envisagé. Dans l'autre cas, la pathologie est à ce point grave qu'une aide plus spécialisée sur place s'impose, si bien qu'un médecin spécialiste en médecine d'urgence vient quand même sur les lieux. Ceci doit être possible à la demande du médecin généraliste de garde qui n'arrive pas à maîtriser la situation médicale et qui donc sollicite cette aide spécialisée (comme cela se passe également dans la pratique journalière courante lorsqu'il est fait appel au SMUR);

- l'*accompagnement d'un patient dans une ambulance* par le médecin généraliste agréé est possible et prévu dans la nomenclature Inami. Mais normalement, il le fait «volontairement» uniquement pour ses propres patients et en dehors du service de garde. Seul le médecin généraliste est à même de juger si un accompagnement médical du patient est nécessaire. On ne peut donc pas si facilement l'imposer: ni le service «100», ni l'infirmier (spécialisé) ou l'ambulancier, qui n'ont aucune autorité médicale/hierarchique sur le médecin généraliste puisque ce dernier est précisément appelé à l'aide pour sa propre compétence médicale – autonome en tant que médecin;

- la *population doit être informée de façon correcte* sur les possibilités et les limites de l'aide médicale urgente. Cela fait partie des missions du cercle de médecins généraliste organisateur en ce qui concerne le fonctionnement du service de garde.

Le Conseil national est en conséquence d'avis qu'en règle, le médecin généraliste ne peut s'écarter du territoire du service de garde de la zone des médecins généralistes et qu'il ne peut accompagner le patient dans l'ambulance, à moins de satisfaire aux conditions précitées.

17. Arrêté royal du 27 avril fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée

18. Arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée.

Participation au service de garde - Incapacité pour raisons médicales (06/12/2008)

MOTS-CLES:

Attestations de maladie - Certificat - Médecin généraliste - Service de garde

REFERENCE:

a123012f

Dans le cadre des règlements d'ordre intérieur des services de garde de médecins généralistes devant lui être soumis pour approbation, un conseil provincial a analysé les différentes raisons pour lesquelles certains médecins généralistes estiment ne pas ou ne plus être en mesure de participer au service de garde. Le cas est soumis au Conseil national d'un médecin qui, après avoir essuyé plusieurs refus à sa demande d'exemption pour raisons personnelles, a remis au responsable de l'organisation de la garde un certificat médical d'incapacité pour raisons médicales.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

Le règlement d'ordre intérieur (ROI) du service de garde est le document essentiel. Il a la valeur d'un accord contractuel entre parties - le cercle de médecins généralistes organisateur et le médecin généraliste exécutant - dont les droits et les devoirs doivent être exactement définis.

Le ROI doit décrire la procédure pour établir le rôle de garde. D'abord la liste des médecins généralistes participants. Cela comporte également les modalités de dispense légitime avec la description des critères admissibles et admis, fixés annuellement par l'assemblée générale du cercle de médecins généralistes en tenant compte des besoins du service de garde et du quorum nécessaire pour pouvoir accomplir cette mission.

Lorsqu'il souhaite une dispense, le médecin généraliste concerné doit en adresser la demande motivée au conseil d'administration du cercle de médecins généralistes.

La forme et le contenu de cette motivation - en l'occurrence la maladie ou des raisons médicales - ne sont généralement pas précisés dans le ROI.

Un certificat médical de maladie établi par un autre médecin traitant est-il absolument nécessaire - et dans quelle mesure ne s'agit-il pas parfois de certificats de complaisance - ou dans certains cas, une déclaration personnelle du médecin concerné peut-elle suffire?

. S'il s'agit de maladies aiguës, la problématique des dispenses n'entre pas en jeu. On peut admettre qu'il suffit que le médecin généraliste concerné le signale à temps au

responsable du service de garde, qui s'occupe alors de son remplacement dans le rôle de garde. Le cercle de médecins généralistes peut dans ce cas décider que le collègue concerné devra, après sa guérison, rattraper ses tours de garde prévus.

. Pour des maladies chroniques, la «dispense» joue effectivement un rôle lors de la composition du rôle de garde.

Des pathologies prolongées ou mortelles rendant complètement impossible l'exercice de la médecine au jour le jour, semblent, - par extension au service de garde - une cause de justification évidente. On pourrait ici demander au médecin de remettre un certificat médical, en particulier avec mention de la durée de la maladie, afin de pouvoir en tenir compte pour le rôle de garde. Certains médecins disent que, pour cause de maladie ou pour raisons de santé, ils ont une incapacité partielle et ne peuvent plus participer spécifiquement aux services de garde, mais qu'ils peuvent néanmoins encore exercer normalement au jour le jour. Une position discutable parce que, d'une part, on invoque une impossibilité sélective d'exercer la médecine, uniquement pour les weekends et les jours fériés, et, d'autre part, parce que la participation au service de garde de population fait partie intégrante des conditions d'agrément comme médecin généraliste, et du maintien de cet agrément (arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, art. 10, 4°).

Reste la question fondamentale de la valeur juridique d'un tel «certificat de maladie» dans la relation «contractuelle» décrite (cf. le ROI) entre le médecin généraliste de garde et le cercle de médecins généralistes organisateur. Ce certificat médical est utilisé dans ce contexte spécifiquement comme raison de ne pas devoir travailler - en l'occurrence, l'impossibilité complète/partielle d'exercer la médecine - pendant ce service de garde.

Il est clair que cette problématique est très délicate, et non le moins pour des raisons de secret professionnel ou de vie privée: que doit/peut présenter le médecin concerné au cercle de médecins généralistes comme preuve de cette motivation «maladie et/ou raisons médicales» et quelles sont les possibilités de contrôle a posteriori, qui peut faire ce contrôle, entre autres dans le cadre des compétences de la CMP et du Conseil provincial?

Accomplir le service de garde est une obligation légale passible d'une sanction pénale aux termes de l'arrêté royal n° 78, art. 38, § 1, 3°, et une obligation déontologique, pour lesquelles interviennent respectivement la CMP et le Conseil provincial.

En particulier, la procédure pour l'arbitrage des contestations/différends doit être prévue

dans le ROI: les compétences des instances de contrôle - Conseil provincial et CMP - doivent être définies de manière à ce que les parties litigantes, médecin généraliste et cercle de médecins généralistes, puissent recourir à une procédure cohérente et légitime, tenant compte des compétences respectives de toutes les parties concernées.

La délimitation des compétences du Conseil provincial et de la CMP relève d'une concertation bilatérale qui aboutira aux accords nécessaires à propos de la répartition des fonctions.

Il faut en particulier accorder de l'importance à la possibilité d'arbitrage, où les parties se rallient volontairement au règlement définitif d'une contestation ou d'un différend par cette procédure.

Dans le cadre de la problématique de la dispense controversée de participation pour raisons médicales, cette procédure d'arbitrage peut offrir une solution au caractère délicat de la possibilité de contrôle de ces raisons médicales, tout en respectant le secret professionnel. En effet, par cet arbitrage, les arbitres ont la possibilité de désigner des experts, en l'occurrence des médecins, qui peuvent émettre un avis en toute sérénité.

Garde de médecine générale: participation obligatoire - Déplacement du médecin de garde - Triage téléphonique (06/12/2008)

MOTS-CLÉS:

Appel téléphonique - Médecin généraliste - Service de garde

REFERENCE:

a123013f

Le «Syndicaat van Vlaamse Huisartsen» (SVH) soumet quelques questions au Conseil national relatives au service de garde des médecins généralistes, notamment à propos du point 7 de l'avis du Conseil national du 21 avril 2007 (Bulletin du Conseil national, n°116, p.9).

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 6 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a discuté des questions que vous lui avez soumise.

Question 1: Participation obligatoire au service de garde: cadre légal et déontologique.

Le service de garde de population est organisé suivant l'article 9, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Cet article fait référence à «la dispensation régulière et normale des soins de santé» et expressément aussi «à domicile»: le service de garde de population a donc pour objectif principal les soins médicaux normaux tels que dispensés couramment par les médecins généralistes, en ce y compris les visites à domicile.

Cela n'est pas étonnant puisque, conformément à l'article 8 de l'arrêté royal n° 78, la continuité des soins pour les médecins généralistes est généralement assurée par d'autres médecins généralistes ayant la qualification requise de «médecin généraliste agréé» (cf. aussi les critères d'agrément) dans le cadre des services de garde organisés¹⁹.

Le patient a droit - durant le service de garde et dans le cadre de la continuité - à des soins analogues/équivalents, comme si les soins étaient dispensés par son propre médecin généraliste.

Les groupements de médecins généralistes constitués à cet effet sont les cercles de médecins généralistes, dont le statut légal est fixé par l'arrêté royal du 8 juillet 2008 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes. Il appartient au groupe professionnel d'organiser ces services de garde, en toute autonomie mais aussi en toute responsabilité.

Dans le cas de carences dans le service de garde de population, la CMP (commission médicale provinciale, arrêté royal n° 78 précité, article 9, § 3) prendra les mesures nécessaires et, le cas échéant, fera appel au cercle de médecins généralistes local pour compléter le service de garde. Si l'insuffisance persiste, le CPM peut même obliger des médecins à participer à la garde et cette obligation est sanctionnée (arrêté royal n° 78 précité, article 38, § 1, 3°).

L'arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes définit clairement les conditions pour conserver cet agrément (article 10, 1°, 4° et 5°), parmi lesquelles figure la participation au service de garde.

Les règles déontologiques concernant la participation au service de garde figurent au chapitre III du Code de déontologie médicale «Continuité des soins, services de garde et aide médicale urgente», en particulier à l'article 117.

D'une manière générale, les dispositions déontologiques correspondent aux obligations légales en vigueur de participation au service de garde.

19. Arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.

Question 2. Déplacement du médecin généraliste de garde

Comme indiqué à l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 précité, le service de garde de population a pour finalité la dispensation régulière et normale des soins de santé, également à domicile. Cette dispensation n'a pas vraiment trait aux soins de santé urgents mais à des soins courants, journaliers de la pratique de médecin généraliste.

Le groupe professionnel est conscient du fait qu'un certain nombre de patients pourraient sans doute (aussi) venir à la consultation au lieu que le médecin généraliste ne se rende sur place, pour une visite à domicile, dans des conditions parfois difficiles. La visibilité publique des postes fixes de médecine générale - dans les agglomérations urbaines - y a déjà contribué, ainsi que la sensibilisation de la population (dans la pratique journalière de la médecine générale aussi) afin de se rendre toujours de préférence à la consultation, et de réserver la visite à domicile pour des circonstances exceptionnelles.

Cette position correspond à l'avis du Conseil national du 21 avril 2007 «Garde de médecine générale» (point 7) (BCN 116, p.9) mettant l'accent sur la qualité de la consultation par rapport à la visite à domicile, cette dernière étant de préférence réservée au patient «qui ne peut se déplacer».

Le point épineux est le fait pour le patient de «ne pas pouvoir se déplacer»: il n'y a pas de transport médical organisé pour le service de garde de population des médecins généralistes, contrairement à la médecine intramurale et aux hospitalisations d'urgence pour lesquelles le concept de services ambulanciers agréés a été développé.

En attendant une éventuelle réglementation ambulancière analogue, même dans ce cas encore sous extrême réserve, le médecin généraliste doit donc se déplacer «à domicile», toujours à la demande expresse du patient ou de son entourage.

Le phénomène de «l'opportunité médicale» ou de la pertinence de la demande d'une visite à domicile ne concerne pas exclusivement le service de garde. Chaque médecin généraliste y est confronté aussi quasi quotidiennement dans l'exercice normal de sa pratique durant la semaine. La différence majeure est toujours que le médecin généraliste peut évaluer et juger, mieux et plus correctement, la demande pour ses propres patients.

Le demande de soins médicaux provient du patient - ou de son entourage proche - et le médecin généraliste doit toujours y donner une «suite utile», en particulier durant le service de garde pour des patients qu'il ne connaît pas: non par téléphone ou à dis-

tance, sans voir le patient, mais au contraire en procédant à un examen approfondi, personnel et physique afin d'éviter des plaintes du chef d'abstention coupable pour avoir ignoré une éventuelle pathologie grave.

Il ne fait aucun doute que la «visite à domicile» constitue - outre la «consultation» - un élément essentiel et à part entière de l'activité médicale normale du médecin généraliste, qui se différencie en cela de la médecine spécialisée.

La nomenclature des soins de santé (Inami) est par conséquent claire: on entend par visite au domicile du bénéficiaire, la dispensation demandée par le bénéficiaire à son lieu de résidence habituelle ou temporaire (...).

On ne peut donc contester qu'il s'agit d'un droit fondamental de chaque patient de demander, dans notre système de soins de santé, la visite à domicile d'un médecin généraliste, quel que soit le motif sous-jacent ou la pertinence médicale de cette demande.

Cette appréciation médicale qualifiée ne peut d'ailleurs être donnée qu'après l'examen médical du patient concerné, et encore, par le médecin généraliste lui-même.

Le fait de ne pas donner suite à cette demande de soins, et certainement pendant le service de garde, expose le médecin généraliste à des retombées juridiques et déontologiques graves. Refuser la dispensation de soins - telle que définie par la loi (arrêté royal n° 78 précité, article 9) - porte gravement préjudice à l'image de la profession de médecin généraliste et ne satisfait pas à la mission des services de garde de population organisés par les cercles de médecins généralistes.

Question 3. Triage au téléphone

Le triage au téléphone, même par un personnel non médical bien formé, n'est une solution ni légale ni déontologique au «rejet au sens strict» par un tiers de la demande de soins d'un patient réclamant expressément une visite à domicile pendant le service de garde, au motif que le patient serait censé pouvoir se déplacer lui-même.

Comme le dit le Syndicaat van Vlaamse Huisartsen lui-même, un triage au téléphone, de surcroît par un non médecin, reste une «évaluation» de la situation du patient, mais sous la responsabilité finale «d'un médecin», en l'occurrence le médecin généraliste de garde.

En conclusion, le Conseil national estime que tous ses avis en matière de service de garde restent pertinents.

En particulier, l'obligation déontologique de participer au service de garde et l'obligation

d'effectuer pendant le service de garde toutes les visites à domicile demandées, c'est-à-dire à la demande expresse du patient ou de son entourage proche, restent entières.

Le triage au téléphone, comme la proposition de faire purement et simplement rejeter des demandes, en l'occurrence la visite à domicile, par un tiers non médecin, est peu pertinent et compromet la responsabilité finale du médecin généraliste de garde.

Information par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments (06/12/2008)

MOTS-CLES:

Industrie pharmaceutique - Médicaments - Publicité et réclame

REFERENCE:

a123014f

Le doyen d'une Faculté de médecine et des sciences de la santé souhaite connaître la position du Conseil national concernant une proposition de directive européenne modifiant la directive 2001/83/CE qui permettrait l'information du public par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 6 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 20 octobre 2008.

La Commission européenne a déposé une proposition de "Directive of the European Parliament and of the Council amending, as regards information to the general public on medicinal products subject to medical prescription, Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use" (cf. annexe). La proposition de loi sera maintenant débattue au Parlement européen et en Conseil des ministres.

Cette proposition a pour but de donner à l'industrie pharmaceutique la possibilité d'"informer" directement le public à propos des médicaments soumis à prescription. Ceci réduit à néant l'interdiction de faire de la publicité pour de tels médicaments.

Aux termes de l'article 9 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments sont interdites toute publicité relative à un médicament qui n'est pas enregistré et toute publicité destinée au public quand elle se rapporte à un médicament qui ne peut être délivré que sur présentation d'une ordonnance médicale.

Le Roi peut, dans l'intérêt de la santé publique, réglementer la publicité destinée au public ou la soumettre à des interdictions.

Il y a été donné suite par la promulgation de l'arrêté royal du 7 avril 1995 relatif à l'information et à la publicité concernant les médicaments à usage humain. Cet arrêté royal dispose que la publicité pour des médicaments doit être vérifiable et doit favoriser l'usage rationnel du médicament en le présentant de façon objective et sans en exagérer les propriétés. Il précise que cette publicité ne peut être trompeuse.

Parce que l'industrie pharmaceutique informe le public en termes généraux à propos des médicaments et que cette information peut être source d'imprécision et de confusion pour le patient, le Conseil national estime que seuls les médecins et les pharmaciens sont les personnes indiquées pour apporter objectivement au patient une information personnalisée pendant la prescription.

Un avis qualifié est souhaitable en raison notamment des effets secondaires ou des interactions qui peuvent apparaître lors de la prise de médicaments différents.

Le Conseil national est dès lors partisan du maintien de l'interdiction de faire de la publicité pour des médicaments soumis à prescription.

Le Conseil national saisit cette occasion pour souligner la nécessité de réguler la publicité des produits délivrés sans prescription.

Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008 (06/12/2008)

MOTS-CLES:

Garde médicale - Médecin généraliste - Qualité des soins

REFERENCE:

a123015f

A la demande de deux médecins, le Conseil national a décidé d'adapter l'avis qu'il a émis le 4 octobre 2008 concernant les gardes de médecine générale.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

Modification de l'avis du 4 octobre 2008 concernant les gardes en médecine générale:

(le paragraphe modifié au point 2. est imprimé en caractères gras)

En sa séance du 4 octobre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 23 novembre 2007 concernant les conclusions de travail d'une Commission d'information concernant les gardes en médecine générale.

Le Conseil national émet les commentaires suivants.

1. Définition de la continuité des soins et du service de garde en médecine générale.

Apparemment, il y a une confusion d'interprétation entre la «participation» effective au service de garde et les moyens de «communication» (point 3).

Le médecin généraliste de garde ne doit pas seulement être à tout moment «joignable» (quel que soit le moyen de communication), il doit surtout donner une suite adéquate à la demande de soins pendant le service de garde: une distinction nette doit être opérée entre la «consultation téléphonique» citée et «l'exécution concrète de la mission de garde» lors de chaque demande de soins.

On ne peut qu'émettre des réserves sérieuses – légales et déontologiques - quant à la «consultation téléphonique» telle que présentée, comme alternative à part entière à une visite effective, surtout dans le cadre du service de garde où le généraliste de garde ne connaît (généralement) pas le «patient».

2. Notion de compétences en médecine générale.

Les qualifications des «médecins de médecine générale» et des «médecins généralistes agréés» sont régies par les prescriptions de l'INAMI en la matière (nouvelles dispositions 1^{er} juillet 2006) pour les numéros (000>009):

<http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/infofox/pdf/part2.pdf>.

Les médecins «de médecine générale» qui sont inscrits à l'Ordre après le 31 décembre 1994 et avant le 1^{er} janvier 2005 ont un numéro INAMI se terminant en 009: ils ne peuvent compter que des «consultations».

La participation au service de garde constitue un critère d'agrément des médecins généralistes (arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes). La participation au service de garde de médecine générale requiert que le médecin généraliste soit agréé ou qu'il soit candidat généraliste en formation suivant les conditions de l'article 8 de l'arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.

3. Utilisation des techniques de communication

Les moyens de communication proposés sont pertinents. Il faut toutefois émettre des réserves en ce qui concerne la «consultation téléphonique» par l'intermédiaire

d'une tierce personne non-médecin généraliste.

4. Gestion de l'appel

Le traitement personnel de la demande de soins par le généraliste de garde a certainement la préférence. Il est essentiel de fixer des accords clairs avec le patient à propos de l'exécution pratique de la demande de soins: le patient vient-il en consultation ou est-ce le médecin qui fait une visite?

Conclusion:

Les modalités de fonctionnement pratiques doivent être reprises dans le règlement d'ordre intérieur du service de garde, accompagnées des prémisses déontologiques nécessaires.

Présence du médecin radiologue lors de la réalisation de radiographies (06/12/2008)

MOTS-CLES:

Injections intraveineuses - Radiographies - Responsabilité du médecin

REFERENCE:

a123016f

Une infirmière soumet au Conseil national la lettre d'une équipe de techniciens en radiologie, dont certains sont infirmiers et d'autres pas. Ils se demandent sur qui repose la responsabilité des injections de produit de contraste qu'ils effectuent durant un examen radiologique sans la présence d'un radiologue.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 6 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a discuté de votre demande d'avis, par courrier du 2 mai 2008, concernant la présence physique du médecin radiologue lors de la réalisation de radiographies qui requièrent l'injection intraveineuse de produits de contraste.

L'article 1^{er}, § 4bis, de l'arrêté royal du 25 juillet 1994, qui est une annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dispose que, lors de la réalisation d'une radiographie:

- l'infirmier(ère) agréé(e) pour la radiologie ou le(la) radiotechnicien(ne) effectue ses examens sous la surveillance et la responsabilité du médecin radiologue;

- la présence physique du médecin radiologue est requise, pour les actes thérapeutiques, pendant toute la durée du travail

de ses auxiliaires qualifiés, et pour les actes diagnostiques, pendant la durée du travail de la plupart de ses auxiliaires, ce qui veut dire pendant les heures d'ouverture normales du service de radiologie (tant en privé qu'en radiologie hospitalière);

- en dehors des heures d'ouverture normales du service RX de l'hôpital, la présence physique du radiologue n'est pas requise, pour autant que le remboursement forfaitaire maximal type 3 ne soit pas réclamé.

Mais la continuité des soins doit être assurée en permanence par un médecin radiologue de garde joignable ou appelable pour un avis urgent au sujet des prestations techniques effectuées;

- en tout cas, toutes les prestations techniques effectuées doivent être protocolées dans les 24 heures.

L'injection intraveineuse de produits de contraste contenant de l'iode doit être effectuée sous surveillance médicale. C'est au médecin radiologue seul qu'il incombe de décider si l'examen demandé doit ou ne doit pas être effectué avec une injection de contraste. Lui seul juge de la technique d'examen la plus efficace.

Les principales complications sont l'extravasation de produit de contraste à hauteur de la ponction veineuse, mais surtout des problèmes d'allergie qui, dans des cas rares, peuvent même conduire à un choc anaphylactique léthal. L'identification de ces complications est un diagnostic médical et ne peut dès lors être déléguée à un collaborateur non-médecin. Ceci requiert que le médecin appelé soit sur place. Mais il peut être fait appel à un confrère compétent non radiologue pour la surveillance du patient. Cela suppose toutefois des accords préalables clairs entre confrères.

Annexe: art. 17 et 17bis de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (20/12/2008)

MOTS-CLES:

Détenus - Libre choix du médecin

REFERENCE:

a123017f

La loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi

que le statut juridique des détenus nécessite des arrêtés d'exécution.

Le conseiller général auprès du service de Santé pénitentiaire, SPF Justice, soumet au Conseil national deux projets d'arrêté royal concernant cette loi de principes ainsi que les deux avis du Conseil pénitentiaire de la santé à ce sujet.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 20 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 25 août 2008.

Dans cette lettre, vous demandez l'avis du Conseil national concernant deux avant-projets d'arrêté d'exécution: l'un a trait à l'article 91, § 3, de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, l'autre à l'article 93, § 4, de cette loi.

Le Conseil national émet l'avis suivant.

1. L'avant-projet concernant l'article 91, § 3, de la loi de principes:

Cet avant-projet précise les règles relatives à la visite au détenu par un médecin de son choix.

1) L'article 91 de la loi de principes contient deux possibilités:

Situation a) un médecin librement choisi intervient comme consultant, auquel cas le médecin de la prison reste le médecin traitant (article 91, § 1^{er}).

Situation b) un médecin librement choisi intervient comme médecin traitant au lieu du médecin de la prison (article 91, § 2). Cette dernière possibilité est certes citée à l'article 7 de l'avant-projet.

Le Conseil national suggère néanmoins que l'attention soit expressément attirée dans les établissements pénitentiaires sur la différence fondamentale entre la fonction et la responsabilité du médecin de la prison et celles du médecin librement choisi, selon qu'il s'agit de la situation a) ou de la situation b).

2) L'article 7 de cet avant-projet dispose que les frais relatifs à l'intervention d'un médecin librement choisi sont en principe à charge du détenu.

Le Conseil national estime que le régime financier ne peut engendrer une discrimination au détriment de détenus non nantis.

Le Conseil national estime en outre que l'exclusion de tous les détenus (également en détention préventive) de l'assurance maladie (et de toutes les autres formes de sécurité sociale) à partir du moment où ils entrent en prison, même s'ils sont en ordre

de cotisation à la sécurité sociale, est une cause d'un accès encore incomplet et pourtant imposé par la loi (article 88 de la loi de principes) à des soins équivalents à ceux dispensés dans la société libre.

2. L'avant-projet concernant l'article 93, § 4, de la loi de principes

Le Conseil national partage les remarques formulées par le Conseil pénitentiaire de la santé dans son avis 2008/1 du 10 avril 2008.

Incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital (20/12/2008)

MOTS-CLES:

Hôpitaux - Médecin-chef

REFERENCE:

a123018f

La commission «Médecine hospitalière» du Conseil national de l'Ordre des médecins a élaboré en avril 2008 des recommandations «Missions du médecin-chef - Aspects juridiques et déontologiques».

Ces recommandations sont basées sur la législation en vigueur; le Code de déontologie médicale et des avis antérieurs.

Plusieurs questions ont été soulevées lors de la rédaction de ces recommandations.

L'une de ces questions était de savoir s'il y a une incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

La loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, traite notamment du gestionnaire et du directeur (cf. annexe).

L'article 8, 1^o, de cette loi dispose que le gestionnaire est l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé de la gestion de l'exploitation de l'hôpital.

Suivant l'article 8, 2^o, il faut entendre par «directeur» la ou les personnes chargée(s) par le gestionnaire de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital.

La responsabilité générale et finale de l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, incombe au gestionnaire (article 16, de la loi sur les hôpitaux).

Dans chaque hôpital, il y a un directeur qui est directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire. Le directeur collabore étroitement avec le médecin-chef, le chef du département infirmier, des services paramédicaux, des services administratifs et financiers et des services

techniques et avec le pharmacien hospitalier (article 17 de la loi sur les hôpitaux).

L'arrêté royal du 15 décembre 1987 (M.B. du 25 décembre 1987) portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, traite notamment des fonctions et missions du médecin-chef:

«Art. 2., § 1^{er}. Par médecin-chef on entend le praticien de l'art de guérir responsable du bon fonctionnement du département médical de l'hôpital. Il est responsable de l'organisation et de la coordination générale de l'activité médicale à l'hôpital, en collaboration avec les médecins-chefs de service et le staff médical, telles qu'elle est élaborée par l'hôpital dans le règlement médical.»

La fonction de médecin-chef est légalement incompatible avec:

- la présidence du conseil médical (article 18 de la loi sur les hôpitaux);
- la qualité de membre du comité d'éthique médicale (article 1^{er} de l'arrêté royal du 12 août 1994 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre);
- la fonction de médiateur (article 3 de l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre).

Le Conseil national constate, d'une part, qu'il n'y a légalement pas d'incompatibilité entre la fonction de médecin-chef et celle de directeur de l'hôpital et, d'autre part, que les fonctions et les missions du directeur et du médecin-chef sont différentes.

La nature de la mission du médecin-chef requiert qu'il joue un rôle de liaison entre les médecins hospitaliers, le gestionnaire et la direction de l'hôpital.

«Dans l'exercice de sa fonction, le médecin-chef devra toujours avoir à l'esprit la réalisation d'un délicat équilibre entre la satisfaction des exigences d'organisation médicale qui sont posées à l'hôpital, et le respect de l'autonomie diagnostique et thérapeutique du médecin.»²⁰

D'un point de vue déontologique, le Conseil national estime dès lors, qu'en raison du risque d'un conflit d'intérêts, il n'est pas indiqué que la fonction de médecin-chef soit combinée avec celle de directeur.

Annexe:

10 JUILLET 2008. - Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

20. Une nouvelle loi sur les hôpitaux pour un nouveau concept hospitalier. Considérations sur l'AR 407 de Jean-Luc DEHAENE, ministre des Affaires sociales, juin 1986, pp.15, 16.

Art. 8. (8) Pour l'application de la présente loi coordonnée:

1° il faut entendre par gestionnaire: l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé de la gestion de l'exploitation de l'hôpital;

2° il faut entendre par directeur: la ou les personnes chargées par le gestionnaire de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital;

Art. 16. (16) La responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, incombe au gestionnaire.

Le gestionnaire définit la politique générale de l'hôpital; il prend les décisions de gestion en respectant les dispositions et procédures spécifiques prévues au Titre IV.

Art. 17. (17) Dans chaque hôpital, il y a un directeur qui est directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire.

Le directeur collabore étroitement avec le médecin en chef, le chef du département infirmier, des services paramédicaux, des services administratifs et financiers et des services techniques et avec le pharmacien hospitalier.

Réalisation d'anesthésies par un infirmier (20/12/2008)

MOTS-CLES:

Anesthésie - Infirmier spécialisé en anesthésie - Prestations infirmières

REFERENCE:

a123019f

La police fédérale souhaite connaître la position d'un conseil provincial concernant la réalisation d'anesthésies par des médecins anesthésistes, ou non, lors d'interventions chirurgicales effectuées dans un centre de traitements esthétiques.

Il est demandé au Conseil national de formuler un avis.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

Concernant la réalisation d'anesthésies par un infirmier, le Conseil national souhaite émettre les remarques suivantes.

En application de l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, nul ne peut, en règle, exercer l'art médical s'il n'est porteur du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements.

En son article 5, § 1^{er}, le même arrêté royal précise que le Roi peut fixer les conditions dans lesquelles certains actes médicaux peu-

vent être confiés à des personnes habilitées à exercer l'art infirmier.

La liste des prestations techniques de soins infirmiers et celle des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier ont été fixées par l'arrêté royal du 18 juin 1990. Ce dernier détermine aussi les conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

De l'analyse de ces textes, il apparaît au Conseil national que, dans l'hypothèse visée, l'infirmier n'était pas dans les conditions légales pour réaliser ou surveiller une anesthésie et que, ce faisant, il a été contrevenu à l'article 2 de l'arrêté royal n° 78.

Par ailleurs, tout infirmier porteur d'un diplôme délivré par un Etat membre doit, après avoir obtenu la reconnaissance de ses qualifications professionnelles, obtenir le visa de la commission médicale provinciale²¹.

Concernant le titre professionnel d'infirmier spécialisé en anesthésie dont disposerait aux Pays-Bas l'infirmier en question, il faut remarquer que si ce titre est reconnu en Belgique par l'arrêté royal du 27 septembre 2006, cet arrêté n'a pas encore fait l'objet d'un arrêté d'exécution fixant les critères d'agrément.

Concernant la réalisation d'anesthésies par un médecin non-anesthésiste, l'article 35, point b, du Code de déontologie médicale énonce que le médecin ne peut outrepasser sa compétence.

L'Association professionnelle belge des spécialistes en anesthésiologie et réanimation considère que l'anesthésie est une spécialisation médicale exclusivement réservée aux anesthésistes²².

En outre, l'anesthésiologie est une discipline officiellement agréée par le SPF Santé publique.

Quant aux conditions dans lesquelles une anesthésie doit être pratiquée, le Conseil national rappelle dans son avis du 14 novembre 1998 que toutes les conditions de sécurité doivent être réunies, tant au point de vue de la préparation du malade que de la présence de l'équipement technique et des aides nécessaires. Ces conditions paraissent d'autant plus importantes lorsque ces actes sont réalisés en dehors du milieu hospitalier.

A cet égard, la Société belge d'anesthésie et de réanimation et l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésiologie et réanimation a entrepris

21. Article 37 §1^{er}, 2° a) de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales.

22. Acta Anesthesiologica Belgica, 2008, 59, n°3

de définir les normes pour la sécurité des malades soumis, par un anesthésiologiste, à une anesthésie générale, une anesthésie régionale majeure ou à une sédation, en vue d'actes thérapeutiques ou de diagnostic. Ces normes sont accessibles sur le site de la Société belge d'anesthésie et de réanimation et l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésiologie et réanimation: http://www.sarb.be/fr/activites/apsar/act_safety.htm.

Etudes cliniques - Approbation préalable du contrat (20/12/2008)

MOTS-CLES:

Comité d'éthique – Contrats - Expérimentations sur la personne humaine

REFERENCE:

a123020f

Concernant des médecins investigateurs participant à la réalisation d'essais cliniques en Belgique, le conseiller juridique d'une firme pharmaceutique demande si le promoteur de l'essai doit signer un contrat avec le médecin investigateur.

Dans l'affirmative, il souhaite aussi savoir si ce contrat requiert l'approbation préalable de l'Ordre des médecins et si l'investigateur peut recevoir une rémunération pour ces services.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 20 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 17 juillet dernier.

Les obligations du promoteur de l'essai clinique sont fixées par la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et ses arrêtés d'exécution.

Aux termes de l'article 11, § 4, 10°, de cette loi, le comité d'éthique, compétent pour émettre l'avis, formule son avis en tenant compte des éléments suivants: les montants et les modalités éventuelles de rétribution/d'indemnisation et de compensations des investigateurs et des participants ainsi que les éléments pertinents de chaque contrat conclu entre le promoteur et le site.

Lors de l'introduction d'une demande d'avis pour un essai clinique auprès d'un comité d'éthique, il y a donc lieu de joindre au dossier une copie du projet de contrat financier à signer par toutes les parties.

La loi n'impose pas d'approbation préalable du contrat par l'Ordre des médecins.

L'investigateur peut donc recevoir une rémunération pour ses services.

Dans son avis du 16 février 2008 (<http://www.ordomedic.be/News>, BCN n° 120, p.

3), le Conseil national estime que le défraiement éventuel du participant ne peut excéder les frais exposés ni la perte de revenus. Il ne peut être lié au succès ou à l'échec de l'étude. Un avantage financier ne peut constituer une incitation à participer à des essais cliniques. Toutes ces conditions ainsi que le mode de recrutement et l'éventuelle convention à conclure avec le participant sur le plan financier, doivent figurer dans le protocole de l'étude biomédicale destiné au comité d'éthique.

Etudes non interventionnelles prospectives concernant des médicaments (20/12/2008)

MOTS-CLES:

Comité d'éthique - Médicaments

REFERENCE:

a123021f

L'avis du Conseil national est demandé par une personne qui souhaite réaliser des études non interventionnelles prospectives concernant des médicaments auprès de médecins belges: une éventuelle rémunération de ces médecins doit-elle être déclarée, et auprès de quelle autorité?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 20 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 4 août dernier.

Les obligations du promoteur de l'essai clinique sont fixées par la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et ses arrêtés d'exécution.

Cette loi n'impose pas de déclaration à l'Ordre des médecins des études non-interventionnelles prospectives concernant des médicaments. L'intervention d'un comité d'éthique est toutefois requise (art. 11 de ladite loi).

L'investigateur peut recevoir une rémunération pour ses services. En vertu de l'article 11, § 4, 10°, de la loi précitée, la compensation du médecin investigateur constitue un des éléments sur lequel le comité d'éthique est amené à émettre son avis. Dans son avis du 16 février 2008 (<http://www.ordomedic.be/News>, TNR nr. 120, p. 3), le Conseil national estime que le défraiement éventuel du participant ne peut excéder les frais exposés ni la perte de revenus. Il ne peut être lié au succès ou à l'échec de l'étude. Un avantage financier ne peut constituer une incitation à participer à des essais cliniques. Toutes ces conditions ainsi que le mode de recrutement et l'éventuelle convention à conclure avec le participant sur le plan financier, doivent figurer dans le pro-

tole de l'étude biomédicale destiné au comité d'éthique.

BULLETIN
DU CONSEIL
NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

N° 125

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL *Pr G. Rorive*
22

AVIS DU CONSEIL NATIONAL
23

AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL
31

Le comité de rédaction du Bulletin et les membres de la commission informatique espèrent que vous avez apprécié le nouveau site du Conseil national et, principalement, cet accès pratiquement en temps réel aux avis rendus. Nous sommes cependant un tant soit peu inquiet en relevant que 2000 médecins seulement ont activé leur accès à la partie du site réservée au corps médical. Nous rappelons que certains avis et des données générales ne figurent que sur cette partie du site, alors que l'autre partie est accessible au public. Nous nous permettons également de faire appel à votre collaboration pour diffuser l'information que, dorénavant, le bulletin paraît uniquement sous forme électronique. Le maintien d'une présentation trimestrielle du Bulletin permet entre autre une recherche sur une base chronologique. Beaucoup d'entre nous, en effet, se souviennent qu'un avis précis a été émis telle ou telle année ou à telle période identifiée parce qu'elle coïncide avec un événement professionnel ou personnel. Cette façon de procéder permet en outre de conserver la numérotation des avis qui, de longue date, repose sur la date à laquelle ils ont été rendus.

La présente édition reprend les avis émis pendant le premier trimestre 2009. Les plaintes concernant les délais de réponse du Conseil national sont nombreuses, mais il faut souligner qu'au cours de ces quatre réunions le Conseil a rendu 16 avis généraux et 5 avis plus spécifiquement réservés aux médecins, sans compter les décisions administratives comme la formation des commissions d'experts demandée par les commissions médicales provinciales pour évaluer les compétences physiques et psychiques de praticiens. Il est peut-être opportun de rappeler que le Conseil national se réunit 13 à 14 fois par an en séance plénière le samedi de 9 à 17 h.

Dans les avis repris dans ce numéro, on relèvera particulièrement des avis de grande actualité relatifs au devoir du médecin de prendre en charge des patients à haut risque de contagion. Les fondements déontologiques de ce devoir sont détaillés dans l'avis du 24 janvier rendu à l'occasion d'une question posée par un médecin à propos du plan national conçu en prévision d'une pandémie de grippe aviaire et appliqué ces dernières semaines à propos de l'épidémie de grippe H1N1 dite mexicaine.

On soulignera également, à nouveau, une série d'avis au sujet de l'application du secret professionnel: dans les attestations demandées par les CPAS à propos des patients en séjour illégal, la médecine de contrôle et l'information du partenaire de patient por-

teur du VIH. Trois situations où les demandes de la société et l'intérêt du patient paraissent parfois s'opposer. Le Conseil, une fois de plus, rappelle avec force que la loi et la déontologie privilégient les devoirs du médecin vis-à-vis de son patient. Ce n'est que dans des situations exceptionnelles justifiant de faire appel à l'état de nécessité que le médecin pourra y déroger sans perdre de vue que c'est le juge qui, en dernier ressort, décidera du bien fondé de ce recours. Cette règle du secret professionnel existe dans l'article 458 du code pénal depuis plus de 150 ans et aucune autorité législative ne l'a jamais remis en question. La règle déontologique est plus ancienne encore, comme rappelé dans l'éditorial du Bulletin 123, et constitue une base essentielle de la relation médecin - patient.

Plus inhabituel, la lettre adressée à Madame Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé, à propos de l'agrément des comités d'éthique médicale. Le Conseil national a joué un rôle de pionnier en ce domaine avec la mise en place, dès 1986, des premiers comités d'éthique. Il a continué à assurer leur agrément jusqu'à ces dernières semaines. Les dispositions légales se sont cependant modifiées. L'arrêté royal du 12 août 1994 a inséré, dans les normes d'agrément des hôpitaux, l'obligation de posséder un comité d'éthique hospitalier. Cette obligation a été insérée dans l'article 70ter de la loi sur les Hôpitaux par la loi programme du 25 janvier 1999. Par ailleurs, l'accord de coopération portant sur la création du Comité consultatif de Bioéthique lui donne une mission en ce domaine. Il est chargé ces dernières années d'établir un rapport concernant l'activité des comités hospitaliers, rapport qui sert de base pour établir leur financement dans le cadre des avis rendus concernant les essais de médicaments. Enfin, la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine a modifié notablement le rôle des comités d'éthique dont l'avis avant toute expérimentation sur l'homme est dorénavant obligatoire. Depuis plusieurs années, le Conseil national s'interroge sur le rôle qu'il doit encore jouer dans ce concert et si les agréments qu'il rend ont encore une raison d'être. De multiples démarches auprès du Comité consultatif et de l'Agence fédérale du médicament et des produits de santé n'ont pas permis de clarifier cette situation. C'est pourquoi le Conseil, dans son courrier, demande à Madame la ministre de se prononcer à ce propos.

Ce sont là quelques points parmi les divers avis qui devraient retenir l'attention.

*Pr Georges RORIVE,
Rédacteur en chef*

RÉUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 24 JANVIER, 7 FÉVRIER, 21 FÉVRIER ET 21 MARS 2009

L'obligation de traitement (24/01/2009)	23
Hôpital fusionné - Règlement général et médical - Société professionnelle unipersonnelle - Mention du nom du médecin et de la spécialité (24/01/2009)	24
Extraction du pacemaker après le décès (24/01/2009)	24
Personnes en séjour illégal en Belgique – Secret professionnel - CPAS (07/02/2009)	24
Admission forcée – Refus du service psychiatrique pour manque de place (07/02/2009)	25
Psychiatrie – Admission forcée – Rédaction d'un rapport médical circonstancié ou d'un avis (07/02/2009)	25
La réalisation d'un test de paternité (21/02/2009)	26
Biologie clinique – Copie des résultats (21/02/2009)	27
Médecine de contrôle – La communication de données non médicales (21/02/2009)	27
La délivrance d'une attestation médicale pour l'obtention d'une autorisation de détention d'arme ou d'un permis de port d'arme (21/02/2009)	28
Agrément des comités d'éthique médicale (21/03/2009)	28
Refus d'attestation médicale – Demandeurs d'asile (21/03/2009)	29
Mesurages de l'aptitude à l'activité physique (21/03/2009)	29
Traitement d'un patient présentant une tuberculose multirésistante (21/03/2009)	29
Parents non-cohabitants – Choix du médecin (21/03/2009)	30
Secret professionnel et sida – Information du partenaire (21/03/2009)	30

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

L'obligation de traitement (24/01/2009)

MOTS-CLES:

Devoirs généraux des médecins - Maladies transmissibles

REFERENCE:

a125001f

La question a été soumise au Conseil national de savoir si les médecins confrontés à de nouvelles pandémies doivent continuer à s'investir en dépit de risques pour leur propre sécurité et leur santé?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

Cet apparent dilemme refait surface régulièrement lorsque des épidémies menacent comme, durant les dernières décennies, le SIDA, EBOLA ou SARS ou récemment encore la grippe aviaire.

Le Conseil national estime que chaque médecin a une obligation déontologique de traitement et de soins. Ceci non seulement pour ne pas s'exposer comme tout citoyen aux conséquences que la loi attache à l'abstention coupable, à la rupture d'un contrat ou d'un engagement, mais surtout aussi en raison du rôle social chargé d'espoir qu'il assume. Ainsi, le choix conscient de deve-

nir et d'être médecin est indissociable de l'acceptation d'un devoir de traitement et de soins. Ce devoir n'est pas une condition connexe facultative. Il est au cœur même de ce qui permet de définir la profession de médecin. A cet égard, l'article 7 du Code de déontologie médicale s'énonce comme suit: «En cas de danger public, le médecin ne peut abandonner ses malades, à moins qu'il n'y soit contraint par les autorités qualifiées».

Les obligations déontologiques plus difficiles à cerner qui déterminent l'essence d'une profession peuvent évidemment faire l'objet d'un débat social. Mais laisser s'éroder l'obligation de traitement entraînerait des

préjudices inacceptables pour les patients, pour la sécurité sociale et pour les médecins.

L'acceptation par le médecin de l'obligation de traitement ne signifie pas qu'il doit faire totalement abstraction de sa propre sécurité ni d'autres devoirs conflictuels, pour la plupart d'ordre familial. Ainsi, lors de la récente menace du SARS, les dispensateurs de soins concernés redoutaient de contaminer les membres de leur famille. Les problèmes pratiques dans l'éducation et les soins au quotidien de leurs enfants, ainsi que les questions existentielles concernant l'assistance à leurs proches s'ils venaient à disparaître, les préoccupaient sérieusement.

La pratique ne peut en l'occurrence se cantonner à juger du devoir dont l'appel prédomine et doit aller de pair avec une approche offrant un espace où faire coexister des valeurs antagonistes. Entre autres, l'obligation de traitement du médecin entraîne aussi des devoirs contraignants pour la société et les institutions de soins. En sus du soutien social sous forme d'assurances adéquates maladie, invalidité et décès, de soins à l'enfance, etc., elles doivent maximaliser la sécurité des divers dispensateurs œuvrant aux avant-postes. Outre la formation, le développement d'une infrastructure adaptée et l'élaboration de stratégies préventives (la plus grande frustration de spécialistes expérimentés fut de n'avoir finalement pas pu soigner correctement les victimes), une juste répartition des risques transparente, professionnelle et élaborée avec tous les intéressés est une expression minimale, sur le plan de la société et de la profession, de respect, d'équité et de solidarité.

La menace continue de nouvelles épidémies dangereuses, mais aussi d'accidents majeurs, d'attaques terroristes, de catastrophes naturelles et nucléaires ne fait pas que renouveler la confrontation de l'humanité aux risques incessants qui la guettent malgré le formidable essor de la médecine au cours des dernières décennies. Elle rappelle au médecin son importante obligation déontologique de dévouement et de secret professionnel. Elle recentre l'attention avec acuité sur la valeur fondamentale de mesures de précaution dans la pratique quotidienne en matière d'hygiène, de stérilité et de prévention des infections, et valide la recherche fondamentale et clinique, également dans les domaines qui aident à trouver une réponse organisationnelle à ces nouveaux défis.

Hôpital fusionné - Règlement général et médical - Société professionnelle unipersonnelle - Mention du nom du médecin et de la spécialité

(24/01/2009)

MOTS-CLÉS:

Hôpitaux - Ordre des médecins (organisation et fonctionnement) - Publicité et réclame - Société entre médecins et avec des non-médecins

REFERENCE:

a125002f

Le Conseil national est interrogé à propos de la responsabilité finale dans le cadre de l'examen et de l'approbation du règlement général et médical d'un hôpital fusionné quand deux conseils provinciaux sont concernés par cette approbation. Il répond aussi à la question de savoir si, lors de la constitution d'une société unipersonnelle professionnelle, la société doit porter le nom du médecin avec mention de la spécialisation.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

Le Conseil national est d'avis que, lorsque deux conseils provinciaux interviennent dans l'approbation d'un règlement général et médical d'un hôpital fusionné, le conseil de la province où se trouve le siège social de l'institution fusionnée joue le rôle de coordinateur et porte la responsabilité finale. Ceci requiert une concertation entre les deux conseils provinciaux.

Les règles les plus restrictives des deux conseils provinciaux sont appliquées. Le conseil provincial coordinateur informera également le médecin.

En vertu de l'article 163, § 4, du Code de déontologie médicale, la société professionnelle unipersonnelle doit se manifester dans ses relations externes par la mention de la forme juridique et du nom du médecin ainsi que de la spécialité pratiquée. Le Conseil national rappelle que le nom ne peut en aucun cas être monopolisant.

Extraction du pacemaker après le décès

(24/01/2009)

MOTS-CLÉS:

Compétence du médecin - Pacemaker

REFERENCE:

a125003f

Un avis est demandé au Conseil national concernant le certificat de décès modèle III C ainsi que l'attestation par le médecin constatant que le défunt est ou n'est pas porteur d'un pacemaker.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 24 janvier 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre concernant les «Documents décès - attestation médicale et modèle III C».

En application de l'article 28 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 mai 2004 portant organisation, aménagement et gestion des cimetières et établissements crématoires, la pile de l'implant placé chez le défunt doit être retirée avant l'inhumation ou la crémation.

La pile ne doit donc pas être retirée immédiatement après la constatation du décès.

Les médecins ne sont légalement pas obligés de retirer le pacemaker d'un défunt.

La loi dispose que les pacemakers doivent être retirés avant la crémation, mais ne dit pas par qui cela doit être effectué.

Dans son avis du 12 mai 2007 (Extraction post mortem de piles d'implants, BCN 117, p.6), le Conseil national estime qu'une pile doit être enlevée par le médecin qui dispose de la compétence requise. Si le médecin traitant ou le médecin qui a constaté le décès estime ne pas disposer de cette compétence, l'acte doit être confié à un autre médecin qui en dispose. Pour cela, il peut éventuellement être fait appel au médecin assermenté commis par l'officier de l'état civil pour vérifier les causes du décès (cf. article 21, § 1er, alinéa 2, du décret de la Communauté flamande du 16 janvier 2004 sur les funérailles et sépultures).

Le médecin qui a procédé à l'enlèvement de la pile peut le certifier dans une attestation.

Personnes en séjour illégal en Belgique - Secret professionnel - CPAS

(07/02/2009)

MOTS-CLÉS:

CPAS - Secret professionnel

REFERENCE:

a125004f

Des médecins prodiguant des soins de santé de première ligne à des personnes sans-papiers sont confrontés à des questions posées par des collaborateurs non-médecins du CPAS concernant le contenu des soins et parfois même la nature de l'affection. Le CPAS garantit qu'ils respectent ce qu'ils appellent «un secret professionnel partagé».

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 7 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné

vosre courrier concernant les questions du CPAS à propos de l'aide médicale urgente en faveur de personnes en séjour illégal dans le pays.

Le Conseil national marque son accord avec votre projet de réponse. Quel que soit son statut, tout patient jouit des dispositions de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient. Seuls les praticiens impliqués dans les soins à un patient peuvent revendiquer l'application du «secret médical partagé». Le Code de déontologie médicale et la jurisprudence confirment l'importance du secret médical.

Cependant, dans le contexte des patients sans domicile légal et très souvent sans couverture sociale, le CPAS prend en charge les frais médicaux et, dans ce sens, joue le rôle d'une mutualité. On peut des lors comprendre que dans certaines situations, une demande d'information puisse se justifier.

En ce qui concerne le CPAS, qui agit ici en tant qu'organisme de sécurité sociale prenant en charge, entre autres, les frais de diagnostic et de traitement, seules les informations nécessaires à assurer les soins et le bien-être du patient seront communiquées, si possible à un médecin-conseil du CPAS, sinon au patient ou à son représentant.

Admission forcée – Refus du service psychiatrique pour manque de place (07/02/2009)

MOTS-CLES:

Admission forcée - Psychiatrie

REFERENCE:

a125005f

La question concerne l'application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. L'admission forcée d'un patient psychiatrique sur la base de l'ordonnance du juge de paix peut-elle être refusée par un service psychiatrique en raison d'un manque de place? Le psychiatre du service estime que dans ces conditions, il doit pouvoir refuser l'admission parce qu'il ne peut garantir les soins nécessaires et la sécurité du patient. La direction estime que l'admission du patient ne peut être refusée et qu'un refus peut même être cause de poursuites pénales à l'égard de la direction.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 7 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 9 octobre 2008.

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux

est très claire sur les points suivants. Tant le juge de paix, dans la procédure ordinaire, que le procureur du Roi, dans la procédure d'urgence, désignent le service psychiatrique où le malade doit être placé en observation. Le malade n'a pas le choix du service psychiatrique auquel il est adressé. Le juge de paix ou le procureur du Roi notifie au directeur du service psychiatrique qu'il désigne sa décision d'hospitaliser l'intéressé pour observation. Le directeur prend ensuite toutes les dispositions nécessaires pour l'admission forcée du malade. Le respect de ces dispositions ne peut cependant être imposé par des sanctions pénales¹.

Le chef du service de psychiatrie est responsable des soins et de la sécurité du patient placé en vertu de la mesure de protection en question. Le manque de place n'est pas une raison prévue par la loi pour refuser l'admission. Mais le Conseil national peut comprendre que le manque de place soit invoqué dans des cas très exceptionnels en tant que force majeure justifiant d'opposer un refus à l'obligation d'admission forcée. Cela peut être évité par une concertation à propos des modalités pratiques d'exécution de la loi, au niveau régional, avec les partenaires concernés, les services psychiatriques de la région, les directions, la police et la magistrature. Suivant l'esprit et la lettre de cette loi, il s'agit d'une admission obligatoire. Les psychiatres ont dès lors une obligation déontologique de prendre les mesures de précaution nécessaires et de trouver des accords afin d'empêcher l'apparition de situations dans lesquelles cette exigence légale ne peut être remplie.

Psychiatrie – Admission forcée – Rédaction d'un rapport médical circonstancié ou d'un avis (07/02/2009)

MOTS-CLES:

Admission forcée - Psychiatrie - Rapport médical circonstancié

REFERENCE:

a125006f

La question concerne l'application en psychiatrie infanto-juvénile de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Un pédopsychiatre attaché à un département de psychiatrie infanto-juvénile peut-il être le médecin traitant après avoir rédigé un avis ou un rapport médical circonstancié destiné au procureur du Roi ou à un juge (juge de paix ou juge de la jeunesse)? Les questions suivantes

tes sont aussi posées en rapport avec cette problématique:

1. Un psychiatre qui a rédigé l'avis ou le rapport médical circonstancié destiné au procureur du Roi ou au juge doit-il être considéré comme un expert judiciaire?

2. Ce psychiatre peut-il par la suite être le médecin traitant, par exemple, dans la situation où le jeune, encore sous statut d'admission forcée ou pas, ou ses parents demande(nt) son transfert dans le service de ce psychiatre?

3. Si pas, y a-t-il alors un délai raisonnable au terme duquel cela serait possible?

4. Des collègues du psychiatre qui a rédigé l'avis/le rapport médical circonstancié peuvent-ils agir comme médecin traitant, en sachant que ce confrère doit assurer la continuité des soins avec eux pendant les services de garde, lors de remplacements pendant les vacances ou d'autres absences des premiers?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 7 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 22 octobre 2008.

Question 1

La procédure ordinaire, qui conduit à une mise en observation forcée dans un service psychiatrique, requiert un «rapport médical circonstancié» rédigé par un médecin après avoir examiné le patient. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ne prévoit que deux incompatibilités: le médecin ne peut pas être un médecin parent ou allié du malade, ou attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouve. La loi ne contient aucune exigence concernant les compétences ou la spécialisation du médecin qui rédige le rapport. Cela fait apparaître clairement que le médecin qui rédige le rapport n'agit pas comme expert judiciaire.

La procédure d'urgence est de loin la plus fréquente dans la pratique médicale et elle est conduite par le procureur du Roi. Celui-ci agit:

- soit à la demande écrite d'une personne intéressée, accompagnée d'un rapport médical circonstancié comme dans la procédure ordinaire;
- soit d'office, à la suite d'un avis écrit d'un médecin désigné par lui.

Si le procureur du Roi agit d'office, il peut requérir un médecin à qui il demandera de lui remettre un «avis» (il n'est donc plus question d'un rapport médical circonstancié). Dans aucun des deux cas, le médecin n'est un «expert» au sens juridique de ce terme. Dans la pratique, l'avis exigé par la loi est souvent demandé à des services d'urgences des hôpitaux. Bien que la loi

1. Herman NYS, La médecine et le droit, Kluwer Editions juridiques Belgique, 1995, 626, p. 248.

ne précise pas si l'avis doit être donné par un pédopsychiatre, le Conseil national considère, à l'instar des auteurs de la demande d'avis, que dans ce contexte de mesure privative de liberté à l'égard d'un mineur, il convient que l'avis soit donné par un médecin disposant des compétences nécessaires.

Le Conseil national approfondit la question de savoir si le médecin/psychiatre traitant peut rédiger lui-même l'avis ou le rapport médical circonstancié. La loi le permet pour autant que le médecin traitant ne soit pas attaché au service où le patient se trouve.

Il faut cependant tenir compte, sur le plan déontologique, des considérations suivantes.

Dans son avis du 18 août 2001², le Conseil national rappelle que «le médecin doit toujours rester objectif dans la rédaction d'un certificat, c'est-à-dire professionnellement et intellectuellement indépendant, sans implication émotionnelle, a priori ou partialité». En outre, le fait que le rapport soit rédigé par le médecin traitant peut porter atteinte à la relation médecin-patient. Les médecins traitants ont de bonnes raisons de ne pas rédiger eux-mêmes le document et de faire appel à un confrère pour juger en indépendance de la situation et éventuellement rédiger le rapport médical circonstancié. De plus, la pratique apprend que certains juges de paix rejettent la demande d'admission forcée en raison des qualifications du rédacteur du rapport. Il arrive que le patient concerné refuse d'être examiné par un médecin tiers et que, par conséquent, le médecin traitant soit le seul à pouvoir rédiger les documents médicaux nécessaires (avis ou rapport médical circonstancié). Il est parfois impossible de faire appel à un médecin tiers en raison de l'urgence. Dans ces situations, l'intérêt du patient doit être la préoccupation première et à défaut de tout autre traitement adéquat, le médecin traitant prendra ses responsabilités. Mais en dehors de ces situations particulières, la règle sur le plan déontologique est de recourir, pour juger de la situation, dans le cadre de la procédure d'admission forcée, à un médecin tiers et non au médecin traitant.

Questions 2 et 3

Le psychiatre ou le médecin qui délivre le rapport médical circonstancié ou l'avis requis pour la mise en observation ne peut pas intervenir comme médecin traitant tant que la période d'observation forcée est en cours (durée maximale de 40 jours). Le médecin traitant qui aurait rédigé le rapport médical circonstancié ou l'avis, ne pourrait traiter à nouveau le patient qu'après cette période d'observation forcée.

La décision éventuelle du juge de paix de «maintien» du patient, ce qui équivaut à une prolongation de l'admission forcée, est prise suivant une procédure spécifique où les médecins requis pour la mise en observation forcée n'ont plus de rôle à jouer. Il n'y a dès lors plus d'objection déontologique à ce que ces médecins prennent en charge le traitement du patient après la période d'admission forcée. Ceci a pour point de départ déontologique et légal que le médecin ayant rempli les documents médicaux en vue de l'admission forcée d'un patient ne peut avoir une quelconque responsabilité dans le traitement de ce même patient tant que ce patient se trouve sous le statut initié par ce médecin.

Question 4

Les médecins attachés au service psychiatrique du psychiatre qui a rédigé l'avis ou le rapport médical circonstancié ne peuvent agir comme médecins traitants du patient mis en observation. Cette règle est respectée de manière très stricte et sans trop de problèmes en psychiatrie adulte. La même règle s'applique aux pédopsychiatres, mais la situation se complique en raison de leur nombre restreint et du manque de services de psychiatrie infanto-juvénile. Le secteur est en plein développement mais la réalité sur le terrain est que dans la plupart des régions, les patients doivent être adressés pour le traitement à l'unique service de psychiatrie infanto-juvénile de la région concernée. C'est pourquoi il est indiqué que le pédopsychiatre dans ces régions ne rédige pas le rapport et que cette mission soit confiée, sur la base d'accords mutuels, à un confrère, par exemple, un psychiatre des adultes. L'appel à un pédopsychiatre pour rédiger le rapport prévu par la loi est louable mais en cas de pénurie des spécialistes compétents, il doit être fait appel à des confrères. Cela permet de confier rapidement le traitement du patient à un pédopsychiatre. Les auteurs de la demande d'avis mentionnent d'ailleurs que cette mesure de protection à l'égard d'un jeune peut souvent être rapidement levée. Un pédopsychiatre qui aura rédigé le rapport requis pour la mise en observation pourra lui aussi assurer la fonction de médecin traitant dès la levée de la mesure.

La réalisation d'un test de paternité (21/02/2009)

MOTS-CLÉS:

Droits de l'homme – Génétique – Mineurs d'âge – Vie privée

REFERENCE:

a125007f

Habituellement, les tests de paternité sont demandés dans le cadre de procédures judi-

ciaires, mais le nombre croissant de familles recomposées et la possibilité d'acheter librement ces tests font s'estomper les frontières. L'avis du Conseil national est demandé au sujet de la réalisation d'un test de paternité chez des personnes qui ne sont pas des patients du médecin (dont un mineur), dans un contexte probablement non judiciaire.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 21 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a terminé la discussion de votre lettre du 17 avril 2008 concernant la réalisation d'un test de paternité chez des personnes qui ne sont pas des patients du médecin.

Dans le cadre d'une procédure judiciaire de contestation ou de reconnaissance de paternité, la requête doit en tous cas émaner d'une décision du juge compétent.

En l'espèce, le test de paternité concerne un mineur et la filiation est mise en question à titre privé, hors le cadre d'une procédure judiciaire, sans avantage direct ou indirect pour l'enfant.

L'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé prévoit les conditions de l'activité médicale: les actes doivent être accomplis dans un but diagnostique et/ou thérapeutique par une personne compétente, qui veille à la santé du patient et veut lui prodiguer les meilleurs soins, après avoir obtenu un consentement libre et éclairé.

Dans le cadre de son activité professionnelle habituelle, le médecin ne peut prendre des mesures non utiles ou absolument nécessaires à la santé du patient ou ne poursuivant pas un but diagnostique et thérapeutique.

Un test de paternité dont le but n'est pas de veiller à la santé et à la sécurité du patient, n'entre pas dans le cadre légal et déontologique classique d'une activité médicale.

Les parents qui exercent l'autorité parentale ne peuvent valablement consentir, au nom du mineur, à des actes non thérapeutiques, car ce consentement peut être donné au détriment de l'intérêt de l'enfant et est contraire aux droits fondamentaux de l'enfant. Un test de paternité impliquant un enfant peut être lourd de conséquences, pour la vie familiale et l'insertion sociale de l'enfant, et peut même comporter des dangers. Ainsi, il peut engendrer une atteinte à la sécurité juridique de l'état civil, à l'intégrité physique (articles 8 et 14 de la CEDH) et à la vie privée de l'enfant.

Le Conseil national rappelle son avis du 16 juin 2001 («Augmentation incontrôlée des tests de paternité», Bulletin du Conseil national n° 93, p.11).

2. Avis du Conseil national du 18 août 2001, Rapport médical circonstancié en vue de la protection de la personne des malades mentaux, BCN 94, 2001, p. 3.

Le Conseil national estime, dès lors, que le médecin doit toujours disposer d'une décision judiciaire avant de procéder à un test de paternité chez un mineur.

Biologie clinique – Copie des résultats (21/02/2009)

MOTS-CLES:

Biologie clinique – Dossier médical

REFERENCE:

a125008f

Le Conseil national est interrogé concernant la demande du patient au biologiste clinique de recevoir directement copie du résultat de ses examens biologiques.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 21 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question de la communication des résultats d'examens de biologie clinique par le biologiste clinique au patient qui en fait la demande.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient établit le droit du patient à obtenir copie de son dossier médical en tout ou partie (article 9, § 3). Elle requiert également qu'une information claire et compréhensible lui soit donnée à propos de son état de santé (article 7, §§ 1 et 2). Par ailleurs, elle prévoit certaines exceptions au droit d'obtenir copie du dossier médical en tout ou une partie, notamment l'exception thérapeutique (article 9, § 3).

L'application de la loi à l'hypothèse visée appelle les commentaires suivants.

Le biologiste clinique travaille sur la base d'un prélèvement, en exécution d'une prescription d'examen rédigée par un médecin traitant. Il n'a généralement pas ou insuffisamment connaissance du contexte clinique qui justifie la demande d'examen, et l'information dont il dispose est souvent limitée à des données purement administratives. Les résultats obtenus apparaissent dès lors comme une partie du dossier médical du médecin traitant.

La relation entre le biologiste clinique et le patient se caractérise par le fait qu'il n'y a généralement pas de contact direct entre eux; elle est subordonnée à celle qui lie le patient à son médecin traitant. Il doit être donné copie de ses résultats au patient qui le souhaite, dans les délais et aux conditions prescrites par la loi relative aux droits du patient. Le Conseil national juge opportun que la communication des résultats se fasse via le médecin traitant qui a prescrit l'examen. La délivrance des résultats suit de ce fait le même chemin que celui de la

demande de leur réalisation, par l'intermédiaire du médecin prescripteur.

Lorsqu'un patient demande à obtenir copie du résultat de l'analyse, c'est aussi dans le but de recevoir une information sur son état de santé.

Le biologiste clinique procède à une analyse qui aboutit à un résultat. En règle générale, l'interprétation de ce résultat ne peut pas seulement se fonder sur des valeurs de référence, mais doit aussi tenir compte du contexte médical et psycho-social du patient. Tout comme la demande d'analyse est subordonnée au contexte clinique, à l'anamnèse et à l'examen clinique, les résultats doivent être interprétés en tenant compte de ce même contexte sous peine d'aboutir à des conclusions erronées. Pour qu'une information pertinente et utile soit délivrée au patient, il est nécessaire que le médecin traitant lui explique les résultats des examens effectués.

Le recours au médecin traitant pour la communication des résultats est également justifié par la difficulté, pour le biologiste clinique, d'apprécier s'il y a lieu de tenir compte d'une exception légale au droit du patient d'obtenir copie de son dossier médical, par exemple l'exception thérapeutique.

Lorsque le médecin traitant qui demande l'examen mentionne expressément sur le formulaire que les résultats peuvent être communiqués directement au patient, les réserves exprimées ci-dessus ne s'appliquent pas. Il est important qu'avant de remettre les résultats, le biologiste clinique s'assure de l'identité du patient.

Médecine de contrôle – La communication de données non médicales (21/02/2009)

MOTS-CLES:

Contrôle médical – Secret professionnel

REFERENCE:

a125009f

L'avis du Conseil national est demandé à propos de la communication à l'employeur par un médecin de données non médicales recueillies pendant l'exercice de la fonction de médecin contrôleur.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 21 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a poursuivi l'examen de votre lettre du 30 janvier 2008 relative à la communication à l'employeur de données non médicales recueillies pendant l'exercice de la fonction de médecin contrôleur.

L'article 31, § 3, alinéa 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail prévoit: «Le médecin contrôleur examine la réalité de l'incapacité de travail, vérifie la durée probable de l'incapacité de travail et, le cas échéant, les autres données médicales pour autant que celles-ci soient nécessaires à l'application des dispositions de la présente loi; toutes autres constatations demeurent couvertes par le secret professionnel».

Le terme «demeurent» signifie que le médecin contrôleur est tenu au secret professionnel tout comme un médecin dans une mission curative, mais la loi relative à la médecine de contrôle y a apporté quelques exceptions.

La loi limite le rôle du médecin contrôleur aux constatations médicales dans le cadre de la loi relative aux contrats de travail (elle énumère notamment la réalité et la durée de l'incapacité de travail).

Le médecin contrôleur ne peut jamais communiquer le diagnostic à l'employeur. La raison médicale de l'incapacité de travail est couverte par le secret professionnel.

En vertu de l'article 128, § 1er, du Code de déontologie médicale, «il est interdit au médecin désigné soit par un employeur soit par un organisme assureur ou tout autre organisme pour procéder à un examen de contrôle, de révéler tant aux autorités non médicales de son mandant qu'à tout tiers les raisons d'ordre médical qui motivent ses conclusions».

Des données de fait sont des données non médicales qui ainsi constituent, suivant la loi relative aux contrats de travail, «d'autres constatations» et qui dès lors demeurent couvertes par le secret professionnel.

Par conséquent, le Conseil national maintient la position qu'il n'est ni légalement ni déontologiquement acceptable que le médecin contrôleur communique à l'employeur des données de fait, non médicales, et/ou la raison médicale de l'incapacité de travail. Cela n'exclut pas que le médecin contrôleur tienne compte, lorsqu'il juge de l'incapacité de travail, de données de fait, non médicales, qu'il a constatées, et qu'il communique ces données au médecin traitant, avec lequel il doit se concerter avant de prendre sa décision.

La délivrance d'une attestation médicale pour l'obtention d'une autorisation de détention d'arme ou d'un permis de port d'arme (21/02/2009)

MOTS-CLES:

Certificat – Médecin traitant

REFERENCE:

a1250010f

A la suite de la promulgation de l'arrêté ministériel du 16 octobre 2008 portant reconnaissance des médecins compétents pour la délivrance d'une attestation visée à l'article 14 de la loi sur les armes, le Conseil national a modifié son avis du 3 mars 2007 concernant la délivrance d'attestations médicales pour l'obtention d'une autorisation de détention d'une arme ou d'un permis de port d'une arme

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa réunion du 21 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la problématique de la délivrance d'une attestation médicale pour l'obtention d'une autorisation de détention d'arme ou d'un permis de port d'arme.

La loi du 8 juin 2006 réglant des activités économiques et individuelles avec des armes (M.B., 9 juin 2006) fait une distinction entre la détention et le port d'une arme.

La détention d'une arme

La détention d'une arme requiert une autorisation. Cette autorisation n'est accordée qu'aux personnes répondant à des conditions spécifiques. En vertu de l'article 11, § 3, 6°, de la loi, celle-ci est subordonnée à la présentation d'une attestation médicale "confirmant que le demandeur est apte à la manipulation d'une arme sans danger pour lui-même ou pour autrui".

Le Conseil national déplore la formulation de cet article. La qualification de "médecin" n'implique pas la compétence d'attester l'"aptitude à la manipulation d'une arme". La seule chose qu'un médecin puisse éventuellement attester est que le demandeur ne présente pas de contre-indications physiques ou mentales à la détention d'une arme sans danger pour lui-même ou pour autrui. Le Conseil national invite dès lors les médecins à utiliser le modèle d'attestation ci-joint.

Le Conseil national estime, en outre, que l'aptitude médicale à la détention d'une arme sans danger pour soi-même ou pour autrui ne peut être attestée que par le médecin traitant, qui est éventuellement le gestion-

naire du dossier médical global du patient si celui-ci dispose de ce dossier.

En effet, le but de l'attestation médicale dont question à l'article 11 est de certifier l'absence de contre-indications médicales qui feraient clairement obstacle à la détention d'une arme (par exemple, l'alcoolisme, la dépression ou l'épilepsie).

Le port d'une arme à feu

L'article 14 prévoit qu'une attestation médicale est requise pour le port d'une arme à feu.

Cette attestation doit être délivrée par un médecin reconnu à cet effet par le ministre de la Justice. L'arrêté ministériel du 16 octobre 2008 portant reconnaissance des médecins compétents pour la délivrance d'une attestation visée à l'article 14 de la loi sur les armes concrétise la notion de «médecin». Ce médecin doit être le médecin généraliste qui gère le dossier médical global du demandeur ou le médecin qui déclare le suivre depuis au moins un an, et à défaut de ceux-ci, un psychiatre ou un neuropsychiatre.

Si le patient est un employé d'une société de gardiennage, il peut également demander une attestation au médecin du travail pour autant que celui-ci recueille l'avis du médecin mentionné ci-dessus.

Il doit ressortir de l'attestation que le demandeur ne présente pas de contre-indications physiques ou mentales pour le port d'une arme.

Le Conseil national recommande que les médecins spécialistes prennent contact avec le médecin traitant avant d'établir ce type d'attestations.

Le présent avis remplace les avis du Conseil national des 19 février 2002, 19 octobre 2002 et 3 mars 2007 concernant la même problématique.

cc. Monsieur Stefaan De Clerck, ministre de la Justice

Annexe: modèle d'attestation médicale 'détention d'arme'.

ATTESTATION MEDICALE

délivrée en application de l'art. 11, § 3, 6° de la loi du 8 juin 2006 réglant des activités économiques et individuelles avec des armes (M. B., 9 juin 2006).

Le soussigné,

.....
médecin, déclare que

madame / monsieur(1)

.....

né(e) à le

adresse

.....

.....

le :

ne présente pas de contre-indication physique ou mentale à la détention d'une arme au sens de la loi précitée.

Valable du au

DATE

Signature et cachet du médecin

(1) Biffer la mention inutile

Agrément des comités d'éthique médicale (21/03/2009)

MOTS-CLES:

Comité d'éthique médicale

REFERENCE:

a1250011f

En raison de la création du Comité consultatif de bioéthique et des nouvelles modalités concernant les comités d'éthique hospitaliers définies dans la loi du 7 mai 2007 relative aux expérimentations sur la personne humaine, le Conseil national a interrogé la ministre de la santé publique concernant le rôle du Conseil national dans l'agrément des comités d'éthique.

LETRE DU CONSEIL NATIONAL À MADAME L. ONKELINX, VICE-PREMIÈRE MINISTRE ET MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE:

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 3 novembre 2008 en réponse à son courrier du 25 septembre 2008 relatif aux comités d'éthique locaux.

Le Conseil national note votre requête de réorienter toutes les demandes d'agrément pour les comités d'éthique hospitaliers, adressées au Conseil national de l'Ordre des médecins, vers les entités fédérées alors que les demandes d'agrément pour les comités d'éthique appelés à rendre un avis sur un protocole d'expérimentation humaine relèvent de la compétence du ministre fédéral.

Il a également noté qu'en ce qui concerne les comités non hospitaliers qui ne sont pas agréés par le ministre en vue de l'évaluation des protocoles d'expérimentation, aucune demande ne doit être introduite par ceux-ci, que ce soit auprès de l'autorité communautaire ou fédérale ou auprès du Conseil national.

En conclusion, le Conseil national de l'Ordre des médecins ne porte donc plus aucune responsabilité quant au traitement des demandes

d'agrément pour les comités d'éthique. Nous souhaitons par la présente vous confirmer que le Conseil national ne souhaite plus s'en occuper et que toute demande d'agrément sera effectivement réorientée.

Refus d'attestation médicale – Demandeurs d'asile (21/03/2009)

MOTS-CLES:

Certificat – Demandeurs d'asile

REFERENCE:

a1250012f

L'avis du Conseil national est demandé dans la problématique suivante:

Sur la base de l'article 10ter de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès, le séjour et l'éloignement des étrangers, des demandeurs d'asile prient leur médecin (traitant), de leur délivrer une attestation médicale circonstanciée dans le but de solliciter un statut de séjour en raison de leur état de santé, vu l'impossibilité de recevoir des soins (équivalents) dans leur pays d'origine. A condition de disposer d'une attestation médicale et d'un document d'identité, cette procédure est suivie d'un permis de séjour provisoire renouvelable tous les trois mois jusqu'à la décision sur le fond.

Dans certains cas, cette procédure ne conduira jamais à une régularisation définitive. La rédaction de ces attestations médicales n'est pas toujours fondée, car certains parmi les demandeurs n'ont guère ou pas du tout de problèmes de santé.

Les médecins (traitants) peuvent-ils refuser ces attestations médicales lorsqu'elles ne sont pas fondées?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 1er décembre 2008 demandant si des attestations médicales peuvent être refusées lorsqu'elles ne sont pas justifiées.

Le Conseil national rappelle son avis du 28 juillet 2007 concernant les «attestations médicales, attestations dixit et attestations antidatées» (Bulletin du Conseil national, n°117, p.13).

Cet avis énonce qu'«une attestation médicale est un certificat qui constate et confirme un fait d'ordre médical à la suite de l'interrogatoire et de l'examen d'un patient. Elle est délivrée par le médecin qui a constaté lui-même le fait. Il est évident que l'attestation médicale doit être entièrement conforme à la réalité et ne peut contenir que des observations médicales au sujet du patient. [...] Tout certificat médi-

cal doit respecter la vérité et être d'une rigoureuse exactitude, car il engage l'honneur et la responsabilité du médecin qui le signe. Il doit être daté du jour de sa rédaction, signé et authentifié par un cachet.

Dans ces conditions, le certificat médical bénéficie de façon irréfutable de la présomption de crédibilité.»

L'article 67 du Code de déontologie médicale dispose que «le médecin a le droit mais non l'obligation de remettre directement au patient qui le lui demande un certificat concernant son état de santé. Le médecin est fondé à refuser la délivrance d'un certificat. [...]»

Lorsque le certificat est demandé par le patient dans le but de lui permettre d'obtenir des avantages sociaux, le médecin est autorisé à le lui délivrer en faisant preuve de prudence et de discrétion dans sa rédaction ou éventuellement à le transmettre, avec son accord ou celui de ses proches, directement au médecin de l'organisme dont dépend l'obtention des avantages sociaux.»

Le Conseil national estime que le médecin traitant doit avoir une raison légitime de refuser au patient le certificat qu'il demande à propos de son état de santé, et doit la lui communiquer.

Le Conseil national estime qu'en l'espèce, le médecin peut difficilement refuser un certificat médical. Dans la procédure, la décision définitive doit être prise par un médecin désigné à cet effet.

Mesurages de l'aptitude à l'activité physique (21/03/2009)

MOTS-CLES:

Compétence du médecin

REFERENCE:

a1250013f

A la demande de l'Ordre des Pharmaciens, le Conseil National à rendu l'avis suivant.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En ses séances du 21 février et du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 12 janvier 2009.

Vous souhaitez savoir si l'Ordre des médecins considère que certains actes (mesurages et non «auto-mesurages» pour apprécier la condition physique de personnes) doivent être réservés aux médecins. Vous avez annexé à votre correspondance une lettre d'une mutuelle dans laquelle celle-ci présente la «MobilOforme» qui propose un «état des lieux» de la condition physique pour toute personne intéressée: sur la base d'un questionnaire d'aptitude à l'activité phy-

sique, de mesures anthropométriques et de tests dynamiques, un programme de remise en forme adapté à la condition de chacun serait élaboré.

Le Conseil national estime en premier lieu qu'une anamnèse bien conduite par un médecin est la condition pour évaluer la capacité d'une personne à réaliser un test sans risque majeur pour sa santé. Un questionnaire d'aptitude à l'activité physique ne saurait pas totalement la remplacer.

Ensuite, comme les tests physiques peuvent entraîner un risque potentiel pour la santé des personnes qui devraient les effectuer, même si ce risque est faible, le Conseil national estime qu'ils ne devraient être réalisés qu'en présence d'un médecin sous sa supervision et sa responsabilité, d'autant plus que la «MobilOforme» veut sensibiliser un large public.

Traitement d'un patient présentant une tuberculose multirésistante (21/03/2009)

MOTS-CLES:

Maladies transmissibles - Médecin sous statut d'indépendant

REFERENCE:

a1250014f

Un conseil provincial soumet au Conseil national la question suivante: un anesthésiste peut-il refuser des soins à un patient présentant une tuberculose multirésistante au motif qu'en raison de son statut d'indépendant, il ne peut faire appel au Fonds des maladies professionnelles en cas de problèmes.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question de savoir si un anesthésiste peut refuser de placer un cathéter veineux central quand le patient présente une tuberculose multirésistante, parce qu'en qualité d'indépendant, et contrairement aux confrères salariés, il ne peut faire appel au Fonds des maladies professionnelles en cas de problèmes.

Le Conseil national renvoie d'abord à son avis du 24 janvier 2009 concernant l'obligation de traitement. Cet avis souligne que le médecin a une obligation déontologique de traitement et de soins, que ce devoir n'est pas une condition connexe facultative, mais le devoir essentiel de la profession. Accepter cette obligation de traitement ne signifie pas pour autant qu'il faille renoncer à sa propre sécurité ou être imprudent.

Ainsi, l'obligation de traitement entraîne des devoirs de préservation maximale de la

sécurité du médecin, de son avenir et de ceux de ses proches, par des mesures de précaution d'hygiène et sociales adéquates, à charge non seulement du médecin concerné, mais également de l'institution et de la société.

Dans le cas concret du traitement d'une tuberculose multirésistante, le Conseil national estime que, si des mesures d'hygiène correctes sont appliquées, dont vous trouvez un exemple en annexe, le risque de transmission au travailleur de la santé est très faible et ne dépend plus que de la mise en place correcte d'un masque adéquat. Dès lors, il ne considère pas qu'en l'occurrence, le statut social puisse avoir un effet discriminatoire et se prononce en faveur d'une juste répartition du risque entre confrères.

Cela n'exclut pas d'œuvrer, en outre, mais secondairement, à un système d'assurance le meilleur possible.

Parents non-cohabitants – Choix du médecin (21/03/2009)

MOTS-CLÉS:

Libre choix du médecin – Mineurs d'âge

REFERENCE:

a1250015f

Un père (provisoirement encore marié) demande s'il peut interdire à un médecin généraliste de soigner ses enfants.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 25 janvier 2009.

Suivant la loi relative aux droits du patient, le patient mineur «qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts» exerce de manière autonome les droits énumérés dans cette loi. Il peut donc choisir librement son médecin (article 6).

Le mineur qui n'est pas apte à apprécier raisonnablement ses intérêts n'exerce pas ses droits de manière autonome. Ces droits sont exercés par les parents.

En vertu de l'article 373 du Code civil, le père et la mère qui vivent ensemble exercent conjointement leur autorité sur la personne de l'enfant. A défaut d'accord entre les parents vivant ensemble, l'un d'eux peut saisir le tribunal de la jeunesse. Il s'agit tant d'un recours a priori que d'un recours a posteriori.

Lorsque les parents ne vivent pas ensemble, l'exercice de l'autorité parentale reste en principe conjoint. A défaut d'accord sur l'organisation de l'hébergement de l'enfant,

sur les décisions importantes concernant sa santé, son éducation, sa formation, ses loisirs et sur l'orientation religieuse ou philosophique ou si cet accord lui paraît contraire à l'intérêt de l'enfant, le juge compétent peut confier l'exercice exclusif de l'autorité parentale à l'un des parents.

Secret professionnel et sida – Information du partenaire (21/03/2009)

MOTS-CLÉS:

Consentement éclairé – Diagnostic – Relations médecin/patient – Secret professionnel – Sida – Vie privée

REFERENCE:

a1250016f

Un médecin précise son avis du 3 février 2007 (Bulletin du Conseil national n° 116, p. 3) concernant le secret professionnel et le sida à l'occasion des questions suivantes.

1. *Quelle attitude doit adopter un médecin vis-à-vis d'un patient séropositif pour le VIH qui déclare refuser de prendre les mesures nécessaires pour éviter de contaminer son partenaire (rapports sexuels protégés ou abstinence)?*

2. *Ce médecin peut-il, en invoquant l'état de nécessité, informer le ou la partenaire de la séropositivité du patient?*

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

Tout patient bénéficie du secret professionnel médical et la séropositivité pour le VIH ne constitue pas un critère d'exception.

La stratégie actuelle de lutte contre le sida passe par le dépistage des patients séropositifs pour le VIH, leur traitement précoce et la mise en route des mesures de prévention.

Le dépistage de la séropositivité est la pierre angulaire de cette stratégie. Il se réalise en Belgique sur une base volontaire, le patient ayant la garantie du respect du secret médical.

Le secret professionnel du médecin concernant la séropositivité sert tant la santé du patient (via le traitement du patient dépisté séropositif) que la santé publique (grâce aux mesures de prévention que permet le dépistage).

La lutte contre le sida justifie que le médecin informe le patient séropositif des mesures nécessaires pour éviter une contamination du partenaire sexuel occasionnel ou habituel.

Dans le cas où le patient exprime son refus de souscrire à ces mesures, le médecin doit

attirer son attention sur la nécessité d'informer son partenaire de sa séropositivité sous peine que le patient engage sa responsabilité civile et pénale.

C'est le patient dûment informé qui communique le fait de sa séropositivité à son partenaire sexuel. Le médecin lui propose toute aide nécessaire à la concrétisation de cette information, dont sa réalisation en sa présence.

Dans ces circonstances, il est utile que le médecin sollicite l'avis ou l'aide d'un collègue ayant une expérience particulière dans la prise en charge des patients séropositifs pour le HIV.

Le Conseil national est interrogé sur le cas exceptionnel où le patient refuse de prendre les mesures nécessaires ou d'informer son partenaire de sa séropositivité, et de la possibilité pour le médecin, confronté à cette situation, d'invoquer l'état de nécessité.

L'état de nécessité est défini comme étant une situation exceptionnelle dans laquelle la violation de dispositions pénales (en l'espèce l'article 458 du Code pénal) et de valeurs et d'intérêts juridiques pénalement protégés constitue le seul moyen de préserver d'autres valeurs et intérêts juridiques supérieurs.

Face à une telle situation, un dilemme se présente: soit on respecte strictement la loi pénale et on tolère que les valeurs ou intérêts juridiques de quelqu'un soient violés, soit on sacrifie une valeur juridique considérée comme inférieure afin de préserver une valeur ou un intérêt juridique vu comme supérieur.

La notion d'état de nécessité peut s'appliquer en matière de secret professionnel médical dès lors qu'il est admis que celui-ci n'a pas un caractère absolu et peut exceptionnellement entrer en concurrence avec d'autres valeurs.

Il est essentiel que l'état de nécessité invoqué par un médecin puisse être admis avec une quasi certitude par le juge disciplinaire ou pénal et par la société.

Il est tout aussi essentiel que des confrères du médecin traitant estiment également, sur la base de leur expérience et de leur connaissance spécifique du problème en question, que l'état de nécessité invoqué justifie de s'écarter des règles du secret professionnel. Un avis donné par ces confrères après examen du patient aura plus de poids qu'un avis donné sur la base des pièces du dossier médical.

Il est également important de se demander si le fait de rompre le secret professionnel ne sera pas préjudiciable au traitement ultérieur du patient et aux possibilités de traitement de patients atteints de la même

affection ou d'une affection similaire, car la communication à des tiers est susceptible d'ébranler la confiance dans la médecine.

Le médecin veille à colliger au dossier médical du patient à la fois les démarches entreprises et la persistance de son refus de prendre les précautions nécessaires à la protection du partenaire.

En conclusion, les valeurs supérieures qui, dans le cadre de l'état de nécessité, justifient la divulgation du secret médical doivent s'interpréter de manière restrictive et en aucun cas il n'est fait obligation au médecin de parler. Le médecin concerné est seul habilité à décider, en conscience et au cas par cas, s'il y a état de nécessité qui justifie qu'il viole le secret médical. Même avec l'aval de confrères expérimentés, c'est d'abord sa responsabilité personnelle, tant morale que juridique, qu'engage le médecin en prévenant lui-même le partenaire de son patient.

RÉUNION DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL DU 26 MARS 2009

Protocole “The Belgian Living Donor Exchange” (26/03/2009)

MOTS-CLES:

Organes (Don d') - Transplantation

REFERENCE:

a12500017f

32 *Le protocole “The Belgian Living Donor Exchange” a été soumis pour approbation au Conseil national de l’Ordre des médecins.*

L’avis du Bureau du Conseil national de l’Ordre des médecins est le suivant:

«Le Bureau du Conseil national de l’Ordre des médecins a analysé votre demande d’avis concernant «The Belgian Living Donor Exchange Protocol».

Le Bureau n’a pas d’objection déontologique concernant le protocole, mais vous conseille néanmoins d’y insérer le «donors advocate». Il s’agit d’un médecin qui examine le donneur vivant et lui fournit toutes les informations indépendamment de l’équipe de transplantation, de manière à être sûr que le donneur n’est pas influencé.»

BULLETIN
DU CONSEIL
NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

N° 126

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL *Dr. P. Beke*
34

AVIS DU CONSEIL NATIONAL
35

AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL
41

Honorés Confrères,

En ses réunions des mois d'avril à juillet, le Conseil national a de nouveau rendu un certain nombre d'avis intéressants.

Ainsi, le Directeur général du SPF Santé publique a demandé au Conseil national de formuler son point de vue concernant la notion de «médecin actif». Le Conseil national a répondu «qu'il estime qu'un médecin actif peut être défini comme étant un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins. Le Conseil national considère qu'un médecin actif, ainsi qualifié, peut utiliser sa compétence médicale et assumer des activités dans des domaines variés.»

En réponse à une demande d'avis de la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société concernant trois propositions de loi relatives à la réglementation de l'exercice de la psychologie clinique, de la sexologie clinique et de l'orthopédagogie clinique et à l'exercice de la psychothérapie, le Conseil national souligne qu'il existe une gradation voulue des différentes professions de santé et qu'il y a donc une différence fondamentale entre les professions du chapitre 1 de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967, à savoir l'exercice de la médecine, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des sages-femmes et les professions du chapitre 2, à savoir l'exercice des professions paramédicales. Le Conseil national est partisan d'une définition précise et d'une bonne relation de complémentarité entre tous les prestataires de santé. Le Conseil national estime dès lors que, dans le cadre des soins de santé mentale, la profession de psychothérapeute doit être reprise au chapitre 1 et que toutes les autres professions doivent être reprises au chapitre relatif aux professions paramédicales. Par conséquent, le Conseil national estime que les propositions de loi qui lui sont soumises sont inacceptables.

Plusieurs avis ont été émis concernant les tâches qu'un infirmier peut exécuter dans le cadre de l'assistance d'un médecin. Ainsi, il a été demandé dans quelle mesure un infirmier titulaire d'un titre professionnel particulier en «soins d'urgence» est autorisé, dans certains cas, à demander lui-même une radiographie. Le Conseil national estime que cette demande ne fait pas partie des prestations techniques et des actes médicaux confiés aux infirmiers par la loi. Une anamnèse et un examen clinique par un médecin sont d'un intérêt primordial afin de juger quels examens techniques pertinents doivent être demandés.

De même, un service de médecine du travail a posé la question de savoir si, en raison d'une pénurie aiguë et chronique de médecins du travail, un infirmier peut effectuer de manière autonome des examens de prévention de médecine du travail. Ici également, le Conseil national estime que l'infirmier n'est pas autorisé à le faire car cette fonction n'est pas prévue dans la liste des prestations que les infirmiers sont autorisés à effectuer de manière autonome, telle que définie par la loi. En effet, le conseiller en prévention - médecin du travail n'est pas présent lors de l'examen; il ne peut non plus le contrôler puisqu'il ne voit pas lui-même le patient, et il ne peut donc pas être question d'assistance. Faire effectuer ces examens par un infirmier pourrait être interprété comme un exercice illégal de l'art médical.

Un autre avis a été demandé concernant l'implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit

de conduire. Le médecin généraliste peut-il communiquer au médecin expert les informations demandées relatives à son patient, par le biais du volumineux questionnaire médical stéréotypé? Le Conseil national estime que l'anamnèse, donc également ce questionnaire soumis au patient, fait partie intégrante de la mission d'expertise et ne peut être le fait du médecin généraliste traitant. Le médecin généraliste traitant ne peut être sollicité par le médecin expert pour donner un avis concernant l'aptitude à la conduite du patient.

Un avis important concerne la consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital. Le Conseil national estime à ce sujet que, vu que la loi impose au médecin chef «d'ouvrir pour chaque patient un dossier médical, constituant une partie du dossier patient, et de le conserver à l'hôpital», elle lui donne un rôle de coordination du département médical et une responsabilité organisationnelle dans la continuité et la qualité des soins. L'exécution de ces dispositions justifie que le médecin-chef ait accès au dossier médical du patient dans les limites de l'exécution de ses missions. Il doit limiter son droit de consultation aux situations définies par la loi.

Enfin, il y a encore deux avis concernant le droit de consultation de contrôleurs non-médecins de l'autorité publique. D'une part, se pose la question de savoir si un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique est autorisé à prendre connaissance des questionnaires médicaux des centres de transfusion sanguine comportant parfois des données médicales personnelles. D'autre part, se pose la question de savoir si les inspecteurs de la Communauté flamande sont autorisés à consulter tous les documents du patient, y compris ceux contenant des informations confidentielles.

En ce qui concerne le pharmacien inspecteur dans les centres de transfusion sanguine, le Conseil national estime que, pour des contrôles de routine, le pharmacien inspecteur ne peut solliciter la levée de l'anonymat des donneurs et qu'il ne dispose dès lors pas d'un droit de consultation des données personnelles médicales mentionnées dans les questionnaires de la Croix-Rouge dans les centres de transfusion sanguine.

Vis-à-vis des inspecteurs de la Communauté flamande, le Conseil national considère que la consultation des données confidentielles, médicales ou non, n'est pas acceptable puisque ces données ne font pas partie des documents et pièces nécessaires et utiles pour l'agrément et une éventuelle subvention par la Communauté flamande.

*Dr Paul BEKE
Rédacteur en chef*

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 9 MAI, 30 MAI ET 4 JUILLET 2009

Avis du 5 avril 2008 relatif au contrôle médical – Secteur privé (09/05/2009)	35
Radiographie – Demande par un infirmier (09/05/2009)	35
Implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire (30/05/2009)	36
Réalisation d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier (30/05/2009)	37
Médecine préventive – Service "Total Body Scans" proposé par Royal Hospitals (30/05/2009)	37
Consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital (30/05/2009)	38
Collecte de sang – Contrôle par un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique (04/07/2009)	39
Inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande (04/07/2009)	39

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

35

Avis du 5 avril 2008 relatif au contrôle médical – Secteur privé (09/05/2009)

MOTS-CLES:
Contrôle médical
REFERENCE:
a126009f

Un médecin soumet une question au Conseil national concernant l'avis qu'il a émis le 5 avril 2008 relatif au contrôle médical à domicile chez un patient absent

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 9 mai 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question du 22 janvier 2009 concernant l'avis du Conseil national du 5 avril 2008 «*Patient absent lors d'un contrôle médical à domicile - Complément à l'avis du 1er septembre 2007*».

Dans l'avis du 5 avril 2008, le Conseil national confirme sa position, à savoir qu'un médecin contrôleur ne peut imposer à un patient de se déplacer si le médecin traitant a mentionné la sortie non autorisée. Dans ce même avis, le Conseil national constate

que le diagnostic n'est jamais communiqué à l'employeur du fonctionnaire, mais uniquement au service Medex.

Les avis des 1^{er} septembre 2007 et 5 avril 2008 concernent le contrôle médical par Medex des absences des fonctionnaires fédéraux.

Le Conseil national estime que son avis du 5 avril 2008 relatif au patient absent lors d'un contrôle médical à domicile s'applique *mutatis mutandis* à d'autres contrôles médicaux des absences, notamment dans le secteur privé.

Radiographie – Demande par un infirmier (09/05/2009)

MOTS-CLES:
Actes infirmiers – Collaborateurs du médecin - Radiographie - Urgences
REFERENCE:
a126013f

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est interrogé sur la question de savoir dans quelle mesure un infirmier titulaire d'un titre professionnel particulier en «soins

d'urgence» est autorisé dans certains cas à demander lui-même une radiographie.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En ses séances des 18 avril et 9 mai 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 19 février 2009 concernant la question de savoir dans quelle mesure un infirmier disposant du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins d'urgence est autorisé dans certains cas à demander lui-même une radiographie.

En vertu de l'arrêté royal du 21 avril 2007 portant modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 (1), les infirmiers titulaires du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence visé à l'arrêté royal du 27 septembre 2006 (2), peuvent, pour les fonctions de soins intensifs, soins urgents spécialisés, service mobile d'urgence et dans l'aide médicale urgente, appliquer les prestations techniques de soins infirmiers et les actes médicaux confiés mentionnés à l'annexe IV, à condition qu'ils aient été décrits au moyen d'une procédure ou d'un plan de soins de référence, et que ces prestations et actes médicaux confiés aient été communiqués aux médecins concernés.

L'annexe IV de l'arrêté royal du 21 avril 2007 porte, à l'article 5, une liste de prestations techniques de soins infirmiers et d'actes médicaux confiés, réservés aux porteurs d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière. Les prestations sous B1 dans cette annexe comprennent l'accueil, l'évaluation, le triage et l'orientation des patients.

Le Conseil national estime que la demande de radiographies par des infirmiers disposant du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins d'urgence ne fait pas partie de ces prestations parce qu'une anamnèse et un examen clinique par un médecin sont d'un intérêt primordial

<Footnote Text>(1) Arrêté royal du 21 avril 2007 portant modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

(2) Arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier.

Implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire (30/05/2009)

MOTS-CLES:

Expertise - Médecin généraliste - Permis de conduire

REFERENCE:

a126016f

L'avis du Conseil national est demandé concernant un document très détaillé relatif à la procédure de réintégration dans le droit de conduire.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 30 mai 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la problématique de l'implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire.

L'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire détermine en son article 73 que l'examen médical et psychologique auquel peut être subordonnée la réintégration dans le droit de conduire, doit être réalisés par une institution agréée par le SPF Mobilité et Transports. Le con-

tenu et la méthode de ces examens sont définis par l'annexe 14 de cet arrêté royal. L'équipe pluridisciplinaire de cette institution, dont doit faire partie un médecin, les réalise dans ses locaux.

Préalablement à cette procédure d'examen et à tout contact avec le médecin expert, les institutions agréées pour réaliser l'expertise médicale et psychologique imposée aux conducteurs déchus du droit de conduire adressent à ces derniers un volumineux questionnaire médical stéréotypé. Certaines questions sont discutables du point de vue de leur finalité.

Il est devenu d'usage que certaines institutions imposent au candidat de faire remplir ce questionnaire directement par son médecin traitant. L'avis du Conseil national est sollicité à ce propos.

Le Conseil national constate que l'examen médical et psychologique de réintégration dans le droit de conduire constitue une expertise dont le résultat est communiqué à l'intéressé, au greffe du tribunal et au ministère public. Les dispositions du chapitre IV du titre III du Code de déontologie médicale relatives au médecin expert sont d'application. Elles prévoient l'incompatibilité des fonctions d'expert et de médecin traitant à l'égard d'une même personne.

Elles requièrent également que le médecin qui exerce la fonction d'expert de manière habituelle en fasse déterminer les conditions d'exercice dans un contrat qui, préalablement à sa conclusion, doit être soumis à l'approbation du conseil provincial où il est inscrit.

L'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire prévoit que l'aptitude à la conduite est déterminée par le médecin de l'institution agréée, après un examen médical approfondi qui peut faire appel à toutes les ressources de la médecine. Cet examen comprend une anamnèse approfondie, la prise de connaissance des informations médicales pertinentes du candidat, un examen médical approfondi et la référence à des médecins ou des services médicaux spécialisés.

Outre le fait que l'anamnèse fait partie intégrante de la mission d'expertise et ne peut être le fait du médecin généraliste traitant, l'article 129 du Code de déontologie médicale prévoit que le médecin chargé d'effectuer une expertise doit éviter d'amener le médecin traitant à violer le secret médical auquel il est tenu, même à son égard. Il appartient au candidat de répondre lui-même au questionnaire et pour ce faire, il peut demander l'aide de son médecin généraliste traitant. Obliger le médecin traitant à répondre à un tel questionnaire est contraire aux règles relatives au secret professionnel et à l'incompatibilité déontologi-

que entre la fonction d'expert et la mission du médecin traitant.

Les règles déontologiques concernant le secret professionnel imposent que la communication de renseignements médicaux par le médecin généraliste traitant soit strictement limitée aux données médicales objectives en relation directe avec le but précis de l'expertise.

Ces données ne peuvent jamais être communiquées au médecin expert sans l'accord du patient, non seulement en vertu de l'article 458 du Code pénal mais aussi de l'article 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, qui interdit de communiquer des données médicales à caractère personnel sans le consentement préalable et écrit de l'intéressé.

L'évaluation de la présence ou non de causes médicales d'incapacité à la conduite relève expressément de la mission d'expertise, et doit résulter d'un examen personnel du candidat par le médecin chargé de l'expertise comme prévu par le texte légal et le Code de déontologie en son article 124.

Sur la base de l'examen, le médecin doit être capable de juger si le candidat satisfait aux critères légaux de l'aptitude à la conduite. Le texte légal prévoit expressément que le médecin dispose d'une expérience professionnelle, laquelle doit lui permettre de connaître les critères médicaux et mentaux sur base desquels l'on peut juger si une personne est apte ou non à conduire. L'argumentation suivant laquelle l'information du médecin généraliste traitant est nécessaire au médecin expert pour remplir sa mission est non pertinente. Le médecin généraliste traitant ne peut être sollicité par le médecin expert pour donner un avis concernant l'aptitude à la conduite du candidat/patient.

Le Conseil national insiste pour que les questions relatives à l'état de santé du candidat soient proportionnelles et pertinentes par rapport à l'objet de l'expertise et qu'elles soient formulées dans un langage compréhensible pour le candidat, conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. La pratique actuelle consistant à adresser au candidat une liste de questions stéréotypées avant tout entretien ou examen par le médecin expert, ne satisfait pas à ces exigences.

Enfin le Conseil national rappelle qu'en cette matière, l'article 46 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire précise que si le médecin constate que le titulaire d'un permis de conduire ne répond plus aux normes médicales fixées, il est tenu d'informer l'intéressé de l'obligation de présenter le permis de conduire à l'autorité. Il renvoie à ce propos à son avis du 29 mai 1999.

Réalisation d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier (30/05/2009)

MOTS-CLÉS:

Actes infirmiers - Médecine (Exercice illégal de la-) - Médecine du travail - Responsabilité du médecin

REFERENCE:

a126017f

Un conseil provincial soumet au Conseil national une demande d'avis concernant la réalisation autonome d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

La proposition suivante a été soumise à un Conseil provincial par le service de médecine du travail X. Excédant les limites provinciales, elle a été transmise au Conseil national de l'Ordre des médecins.

En tant que service de médecine du travail, X. connaît une pénurie aiguë et chronique de médecins du travail, et souhaite savoir s'il existe une base légale, éthique et déontologique permettant de faire effectuer par un infirmier, à la place du médecin du travail personnellement, des examens de prévention de médecine du travail pour des professions à faibles risques comme les travailleurs sur écran de visualisation.

Si de son côté, le travailleur en faisait la demande ou si le médecin du travail le jugeait utile, le travailleur pourrait toujours être vu par le médecin du travail personnellement.

Les résultats des examens effectués par l'infirmier seraient ensuite soumis au médecin du travail, qui à son tour, procéderait à l'évaluation du travailleur concerné en remplissant et signant le formulaire d'évaluation de santé.

Le Conseil national a examiné cette proposition en sa réunion du 30 mai 2009.

Il faut d'abord mentionner qu'il résulte de la lecture conjointe de la législation actuelle concernant les services de médecine du travail, à savoir la loi Bien-être (loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail), l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif aux services externes pour la prévention et la protection au travail et l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs, qu'il n'est pas interdit au médecin du travail de se faire assister par du personnel infirmier ou du personnel ayant reçu la formation adéquate, pour la réalisation d'un certain nombre d'examens préventifs.

Le conseiller en prévention - médecin du travail est et demeure le responsable final de l'exécution de la surveillance médicale.

D'autres législations plus spécifiques comme la directive 90/270/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation et l'arrêté royal du 27 août 1993 relatif au travail sur des équipements à écran de visualisation, qui est la transposition de cette directive dans le droit belge, indiquent que les examens de prévention ne doivent pas tous être effectués, personnellement, par le conseiller en prévention - médecin du travail

Il convient de se référer aussi à l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, suivant lequel seuls les médecins peuvent exercer l'art médical. Les infirmiers peuvent accomplir les activités qui relèvent de l'art infirmier.

Ces activités sont définies dans l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Ainsi, l'annexe I à cet arrêté royal précise que certaines prestations techniques peuvent être effectuées par les infirmiers eux-mêmes, sur la base ou non d'une prescription d'un médecin, tandis que l'annexe II définit les actes confiés qui peuvent également être posés par des infirmiers, mais uniquement sous la surveillance d'un médecin.

Il ressort de ce qui précède que les infirmiers ont la compétence légale de poser de manière autonome un certain nombre d'actes, soit sur prescription, soit sous le contrôle d'un médecin. Le médecin demeure le responsable final de ces actes prestés par des infirmiers. Sa responsabilité peut être mise en cause et il est le seul compétent pour prendre la décision finale.

Enfin, le Conseil national renvoie au Code de déontologie médicale précisant que, lors de la délégation d'actes à des infirmiers, le médecin doit toujours veiller à éviter toute initiative qui pourrait les amener à exercer illégalement l'art médical, de même que de les charger de fonctions ou d'actes n'entrant pas dans leurs attributions ou compétences.

Le Conseil national conclut, par conséquent, qu'il n'est pas autorisé de faire effectuer par un infirmier de manière indépendante et autonome l'examen, en l'occurrence, de travailleurs sur écran, car cette fonction n'est pas prévue dans la liste des prestations que les infirmiers sont autorisés à effec-

tuer de manière autonome, telle que définie par l'arrêté royal du 18 juin 1990. En effet, le conseiller en prévention - médecin du travail n'est pas présent lors de l'examen; il ne peut non plus le contrôler puisqu'il ne voit pas lui-même le patient, et il ne peut donc pas être question d'assistance; le contrôle par le médecin du travail se limite à remplir et signer le formulaire d'évaluation de santé alors qu'il n'a pas vu et examiné personnellement le patient.

Faire effectuer ces examens par un infirmier, en lieu et place et sans supervision d'un médecin, pourrait conduire, dans le cadre législatif actuel, à un exercice illégal de l'art médical, et est déontologiquement inacceptable.

Médecine préventive – Service "Total Body Scans" proposé par Royal Hospitals (30/05/2009)

MOTS-CLÉS:

Commercialisation de la médecine - Médecine préventive - Radiographie

REFERENCE:

a126018f

On peut lire dans les médias que Royal Hospitals fait la promotion en Belgique de check-up par des «Total Body Scans» systématiques. Le sénateur L. Ide interroge son conseil provincial de l'Ordre des médecins à ce sujet. Le même problème est soulevé par le Consilium Radiologicum Belgicum. La position du Conseil national est demandée.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 30 mai 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 10 février 2009 concernant les «Total Body Scans» préventifs, un service proposé également en Belgique par «Royal Hospitals», qui approche des hôpitaux et des médecins pour qu'ils apportent leur concours à la promotion de ce service.

L'organisation d'une prévention médicale est recommandable. Les pouvoirs publics ne disposant que de moyens financiers limités pour l'organisation de la prévention, cette partie des soins médicaux peut être prise en charge par des organisations non commerciales privées.

Toute forme de médecine préventive, fût-elle proposée par une initiative privée, doit satisfaire à un certain nombre d'exigences scientifiques.

Cela suppose qu'un examen de prévention doit être fondé sur des preuves scientifiques formelles et vérifiables (evidence based). Le résultat positif en termes de morbidité, de mortalité, d'espérance de vie et

de qualité de vie doit être irréfutablement démontré. Un examen de prévention ne peut causer un dommage non proportionnel à l'effet utile visé. Et le patient (en l'occurrence le client) doit pouvoir opter, consciemment et en connaissance de cause, pour un examen de santé préventif qui ne suscite pas des espoirs ou des apaisements fallacieux.

On ne retrouve pas dans la littérature médicale reconnue la preuve scientifique formelle de la prévention au moyen de «Total Body Scans».

- Le résultat de cette forme de dépistage ne peut jamais garantir avec certitude l'absence d'une pathologie et suscite donc de fausses espérances.

- La mise en œuvre d'une imagerie médicale aussi large sans indication déterminée préalable appelle bien des questions. Bon nombre de constatations aléatoires non spécifiques conduiront à des examens supplémentaires et onéreux inutiles, et à l'inquiétude chez le patient.

- L'innocuité de la RMN à grande échelle et sur une base répétitive n'est pas encore entièrement documentée. Les risques liés aux rayons ionisants (cf. CT-scan) sont en revanche clairement établis. On observe une augmentation significative du risque de cancers causés par les CT-scans.

- Le prix de revient d'un examen préventif de ce genre est sans commune mesure avec les tarifs d'assurance courants tels qu'appliqués dans notre pays pour ces examens. «Royal Hospitals» travaille avec ses propres moyens financiers et l'assurance maladie n'intervient pas dans le coût, ce qui conduit à des différences sociales inacceptables.

On peut ainsi considérer que la réalisation d'examens médicaux de prévention qui ne résulte pas d'initiatives des pouvoirs publics peut être utile si elle réunit les critères scientifiques et déontologiques requis.

Cela ne peut en aucun cas devenir une médecine commerciale racolant et trompant les «patients».

Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime que le projet «Total Body Scans» de «Royal Hospitals» ne répond pas à ces exigences et que les médecins ne peuvent pas y participer.

Cc. Docteur Christian Delcour, président du Consilium Radiologicum Belgicum

Consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital (30/05/2009)

MOTS-CLÉS:

Dossier médical - Médecin-chef - Secret professionnel

REFERENCE:

a126021f

La commission «Médecine hospitalière» du Conseil national de l'Ordre des médecins a élaboré en avril 2008 des recommandations «Missions du médecin-chef - Aspects juridiques et déontologiques». Ces recommandations sont basées sur la législation en vigueur, le Code de déontologie médicale et des avis antérieurs.

Plusieurs questions ont été soulevées lors de la rédaction de ces recommandations.

L'une de ces questions était de savoir si la consultation du dossier médical d'un patient par le médecin-chef de l'hôpital est justifiée.

Le Conseil national a émis un avis à ce sujet en sa séance du 30 mai 2009.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

Le dossier médical hospitalier est défini par l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987(*), doit répondre. Combiné au dossier infirmier, ce dossier médical constitue le dossier du patient (art 1^{er}, alinéa 1, de l'arrêté royal du 3 mai 1999).

Le dossier médical du patient est avant tout un outil de travail pour le médecin. Mais c'est également un outil de communication, un outil d'évaluation, un élément de preuve et un élément de gestion.

Le dossier médical est un outil de communication indispensable à la coordination et à la continuité des soins. Dans cette mesure, la confidentialité de son contenu est partagée entre les différents praticiens professionnels de la santé qui administrent des soins au patient.

L'accès par ces praticiens à son dossier médical protège le patient contre les examens répétés inutilement, les interférences médicalementes, les erreurs liées à la méconnaissance, par exemple, d'allergies, et lui assure une prise en charge médicale optimale.

C'est un outil d'évaluation: la démarche qualité doit être basée, entre autres, sur des éléments objectifs figurant dans le dossier médical.

C'est un élément de preuve sur le plan médical tant pour le médecin, l'information don-

née au patient et son consentement faisant utilement l'objet d'une note dans le dossier médical (art. 7 et 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient), que pour le patient, par exemple en cas d'accident transfusionnel (art. 2, alinéa 10, de l'arrêté royal du 3 mai 1999).

C'est aussi un élément de preuve sur le plan administratif en cas de contestation de la classification de la pathologie traitée en ARP/DRG, qui constitue une des bases du financement des hôpitaux (art. 56 quater de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994). A cette fin, il doit être accessible à l'équipe de codification.

Le dossier médical du patient est également un élément de gestion puisqu'il sert à l'enregistrement du Résumé Clinique Minimum (RCM) et à l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum (RIM) dont la combinaison va devenir le Résumé Hospitalier Minimum (RHM)

Enfin, la constitution d'un dossier médical soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr est un droit du patient, qui pourra y avoir accès et en obtenir copie (art. 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient).

Les missions du médecin-chef sont décrites aux articles 5 et 6 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987(*).

Parmi celles-ci, figure celle «d'ouvrir pour chaque patient un dossier médical, constituant une partie du dossier patient».

Le dossier du patient, composé du dossier médical et infirmier, est conservé à l'hôpital sous la responsabilité du médecin-chef (art. 25 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008).

Il ressort de cette législation que le législateur donne clairement au médecin-chef un rôle de coordination du département médical et une responsabilité organisationnelle dans la continuité et la qualité des soins, tant vis-à-vis des malades que de la société.

L'exécution des dispositions précitées, et plus largement le fonctionnement harmonieux de l'institution hospitalière, justifient que le médecin-chef ait accès au dossier médical du patient dans les limites de l'exécution de ses missions.

Le médecin-chef doit exercer sa fonction dans le respect de la déontologie et en particulier limiter son droit de consultation aux situations définies par la loi.

Les dossiers médicaux dans les hôpitaux doivent être rédigés dans cet esprit.

* Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

Collecte de sang – Contrôle par un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique (04/07/2009)

MOTS-CLES:

Inspecteur - Secret professionnel - Transfusion sanguine - Vie privée

REFERENCE:

a126026f

Un pharmacien, inspecteur du SPF Santé publique, se présente à un centre de transfusion sanguine (Croix-Rouge) pour y contrôler la conformité avec toutes les dispositions légales en matière de collecte de sang.

Il demande à consulter les questionnaires médicaux où les donneurs communiquent des données personnelles médicales dans leurs réponses.

Un conseil provincial souhaite savoir si le pharmacien inspecteur a le droit de consulter ces données personnelles médicales.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 4 juillet 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 13 mai dernier posant la question suivante: un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique, chargé du contrôle de la conformité avec les dispositions légales en matière de collecte de sang, est-il autorisé à prendre connaissance de données personnelles médicales que les donneurs fournissent dans les réponses aux questionnaires médicaux?

Le Conseil national estime que les données personnelles médicales visées entrent dans le champ d'application des dispositions légales et déontologiques relatives au secret professionnel et des dispositions légales relatives à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Selon le Conseil national, un droit de consultation des données personnelles médicales précitées par le pharmacien inspecteur ne pourrait se justifier que de deux manières:

- Soit par un droit de consultation dans le cadre du secret professionnel partagé (*). Mais le pharmacien inspecteur ne remplit pas toutes les conditions pour pouvoir invoquer le secret professionnel partagé.

Le fait qu'il soit lui-même lié par le secret professionnel, l'une des conditions, n'est en soi pas suffisant.

- Soit par un droit de consultation en vertu de la loi.

La loi de référence en la matière est la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine.

L'article 21 de cette loi charge le pharmacien inspecteur du contrôle de la conformité avec les dispositions légales en matière de collecte de sang.

L'article 5 de cette loi dispose: «[...] Sauf cas d'extrême nécessité médicale, l'identité du donneur et du receveur ne peut être communiquée, étant entendu que la traçabilité des produits doit être garantie et que l'identité du donneur et/ou du receveur peut être communiquée sous le couvert du secret médical lorsque les circonstances rendent nécessaire cette communication [...]».

Le Conseil national estime pouvoir conclure que, pour des contrôles de routine, le pharmacien inspecteur ne peut solliciter la levée de l'anonymat des donneurs si des circonstances indiquant une extrême nécessité médicale font défaut, et qu'il ne dispose dès lors pas, dans ce cas, d'un droit de consultation des données personnelles médicales mentionnées dans les questionnaires précités.

Enfin, le Conseil national estime que ces contrôles de routine peuvent parfaitement être réalisés sur la base de données rendues anonymes, ce qui concorde aussi avec la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande (04/07/2009)

MOTS-CLES:

Dossier médical – Inspecteur - Secret professionnel

REFERENCE:

a126027f

Lettre du Conseil national à un médecin, président d'une asbl active dans le domaine de la coordination et du soutien des soins de santé de première ligne à domicile, souhaitant savoir si les modalités de l'inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande sont conformes à la déontologie médicale.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 4 juillet 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a terminé la discussion de votre lettre du 9 juin 2008 au Conseil provincial du Limbourg demandant si les

modalités de l'inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande sont conformes à la déontologie médicale.

Il doit être précisé d'emblée que ces inspecteurs ne sont pas des médecins. Ils sont des fonctionnaires inspecteurs de la Communauté flamande.

D'une part, il y a la demande ou le souhait des inspecteurs que les plans de soins et les carnets de communication des patients, documents pouvant contenir des informations confidentielles, médicales ou non, et se trouvant normalement au domicile du patient, soient retirés à l'avance pour être soumis à l'inspection.

Il y a, d'autre part, la question de savoir s'il est déontologiquement permis d'autoriser la consultation, et de la manière décrite ci-avant, de tous ces documents d'un patient, également ceux contenant des informations confidentielles.

Le Conseil national se réfère à la mission légale des fonctionnaires de la Communauté flamande d'inspecter les plans de soins, définie à l'article 18, §§ 1^{er} et 2, du décret de la Communauté flamande du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins (MB, 20 avril 2004). Selon cette disposition, la Communauté flamande organise la surveillance et le contrôle du respect du présent décret et les fonctionnaires de la Communauté flamande chargés de la surveillance ont le droit de visiter les partenariats au niveau de la pratique, les initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires et les organisations partenaires visés au § 1^{er}, et de consulter sur place tous les documents et pièces nécessaires ou utiles à l'exercice de leurs fonctions.

En ce qui concerne les documents se trouvant au domicile du patient, il convient de remarquer qu'une distinction doit être faite entre les documents administratifs proprement dits et les données individuelles spécifiques du dossier, médicales ou non, qui peuvent parfois comprendre des informations très confidentielles, et qui ne sont pas utiles pour l'inspection.

Concernant la première question, le Conseil national estime déontologiquement non acceptable que les plans de soins et les carnets de communication visés soient retirés du domicile du patient et centralisés pour les besoins de l'inspection, de plusieurs jours à une semaine, alors qu'ils sont nécessaires en permanence chez le patient afin que tous les prestataires de soins puissent assurer une continuité optimale de ceux-ci. Dès lors, comme la loi le prescrit, l'inspection des plans de soins doit se dérouler «sur place», au domicile du patient.

(*) Voir à ce propos Isabelle VAN DER STRAETE et Johan PUT, Beroepsgeheim en hulpverlening, Die Keure, 2005, n°s. 110; 154; 158; 186-188; 319; 405-469.

En ce qui concerne la deuxième question, de savoir si l'inspecteur non-médecin a ou non un droit de consultation de tous les documents, y compris les données personnelles et médicales de l'intéressé, la loi dispose que les fonctionnaires inspecteurs de la Communauté flamande ont le droit de consulter eux-mêmes tous les documents et pièces qui sont nécessaires et utiles à l'exercice de leurs fonctions.

Il en découle que ces fonctionnaires inspecteurs non-médecins doivent vérifier, tout comme les inspecteurs médecins qui effectuent des contrôles dans les MR et les MRS, si tous les documents et pièces *nécessaires et utiles* pour l'agrément et l'éventuel subventionnement en question par la Communauté flamande, sont disponibles.

Les données administratives du dossier du patient en font partie.

Le Conseil national estime que la consultation des données confidentielles, médicales ou non, figurant aussi au dossier n'est pas acceptable puisque ces données ne font pas partie des documents et pièces nécessaires et utiles.

En raison de son statut de fonctionnaire, un inspecteur non-médecin est tenu à un devoir de discrétion au sujet des données individuelles confidentielles portées à sa connaissance à l'occasion de sa mission d'inspection.

Le Conseil national recommande vivement au régulateur, en l'occurrence la Communauté flamande, de définir (plus) clairement, par secteur et séparément, les missions de l'inspection, et d'indiquer dans quelle mesure la réalisation de ces missions requiert la consultation des données individuelles du patient. Une adaptation de la composition du dossier apparaît par conséquent nécessaire afin de pouvoir départager clairement les diverses données d'un dossier.

REUNION DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL DU 16 JUILLET 2009

Dénomination de sociétés de médecins - Mention du nom et de la spécialité de chaque associé (16/07/2009)

MOTS-CLES:

Voir N. : à traduire

REFERENCE:

a126028

Un conseil provincial soumet une question relative à la mention du nom et de la spécialité de chaque associé dans la dénomination d'une société de médecins.

AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL:

L'article 160, § 5, du Code de déontologie médicale dispose que l'association se mani-

festes dans ses relations externes sous le nom de ses membres avec mention de leurs spécialités pratiquées mais peut aussi opter pour une dénomination propre. Cette dénomination doit être acceptée par le conseil provincial compétent.

L'article 163, § 4, du Code de déontologie médicale dispose que la société professionnelle unipersonnelle se manifeste dans ses relations externes par la mention de la forme juridique et du nom du médecin ainsi que de la spécialité pratiquée.

L'article 162, § 6, du Code de déontologie médicale dispose que la société professionnelle pluripersonnelle peut opter pour une dénomination propre qui doit être objective, discrète et acceptée par le conseil provincial.

La forme juridique et les noms des associés ainsi que leurs spécialités pratiquées doivent être mentionnés.

Aussi bien l'association que la société pluripersonnelle professionnelle avec personnalité juridique peuvent choisir une dénomination propre, qui doit être objective et discrète, et être acceptée par le conseil provincial compétent. Le nom de chaque associé et la spécialité reconnue par l'INAMI qu'il exerce, doivent toujours figurer sous la dénomination de l'association ou de la société.

Lorsqu'il n'est pas opté pour une dénomination propre, les noms de tous les médecins et leur spécialité reconnue par l'INAMI doivent être mentionnés.

BULLETIN
DU CONSEIL
NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

N° 127

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL *Pr G. Rorive*
44

AVIS DU CONSEIL NATIONAL
45

AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL
50

Les avis rendus par le Conseil national en ses séances du 5 septembre et du 24 octobre 2009 portent sur des sujets très variés. Deux points paraissent cependant devoir être soulignés.

Le premier, la définition d'un acte médical, le domaine d'activité réservé aux seuls médecins, tend à devenir moins nette.

Par exercice de l'art médical, l'arrêté royal 78 sur l'art de guérir entend «l'accomplissement habituel d'un acte ayant pour objet, ou présenté comme ayant pour objet à l'égard de l'être humain, soit l'examen de santé, soit le dépistage de maladies ou de déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration et la surveillance du traitement d'un état pathologique physique ou psychique réel ou supposé, soit la vaccination» (AR n° 78 du 10 novembre 1967, art. 2 al. 1).

La pénurie relative de médecins, et tout particulièrement de médecins généralistes, ainsi que la surcharge de travail des médecins en activité entraînent progressivement un glissement des actes ainsi définis, et réservés aux médecins, vers leurs collaborateurs et d'autres professions non reprises à l'arrêté royal 78. A plusieurs reprises ces derniers mois, le Conseil national a été amené à se prononcer à propos de cette redistribution d'activité et des répercussions éventuelles pour la santé de la population et l'exercice de la profession médicale. Dans ce numéro du bulletin, l'avis concernant le dosage de l'acide lactique plasmatique, par des entraîneurs chez des sportifs au cours d'exercices physiques importants, en est un exemple. Un avis du 30 mai 2009 à propos de la réalisation des examens ophtalmologiques par un collaborateur dans le cadre des examens de médecine du travail et celui du 9 mai 2009 à propos de la possibilité pour un infirmier dans un service d'urgence de demander d'initiative une radiographie relèvent de la même problématique. On notera également à ce propos les récents débats concernant le rôle respectif des médecins, des pharmaciens et des autorités à propos de la campagne de vaccination contre la grippe Influenza A H1N1. Le corps médical, en particulier à travers les organisations professionnelles, doit s'associer aux réflexions du Conseil national à propos de cette évolution avant que les autorités politiques ne soient amenées à la régler. Lors de sa récente réunion du 14 octobre à New Delhi, l'Association Médicale Mondiale a abordé cette problématique du transfert des tâches et formulé une série de recommandations et de conditions, en insistant sur la situa-

tion particulière des pays confrontés à une pénurie de médecins.

Le second point attire l'attention sur le caractère extrêmement large de l'application de la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. Dans cette loi, le patient est défini comme une personne physique à qui des soins de santé sont dispensés à sa demande ou non. Les soins de santé sont eux-mêmes définis comme les 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. Le praticien professionnel désigne le praticien visé à l'arrêté royal 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle telle que visée dans la loi du 24 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. Dans un avis du 24 octobre 2009, le Conseil national rappelle que la loi précitée s'applique à tous les rapports juridiques de droit privé ou de droit public dans les domaines des soins de santé dispensés par un praticien professionnel (Art. 3, al. 1 de la loi). Dès lors, il conclut que le rapport entre un patient et un médecin contrôleur, ou un médecin du travail, entre dans le champ d'application de la loi du 22 août 2002. Ces praticiens doivent en respecter toutes les dispositions et en particulier celles qui concernent la consultation du dossier, la désignation d'une personne de confiance et la présence éventuelle de celle-ci lors de l'examen médical. Dans un avis du 16 février 2002 sur l'avant projet de la loi relative aux droits du patient, le Conseil national avait déjà souligné les implications de ces définitions larges des notions de patient et de soins de santé.

Nous souhaitons également attirer l'attention des médecins sur l'existence d'avis du Conseil national et du Bureau du Conseil concernant l'application d'avis antérieurs dont l'accès est réservé au corps médical et qui sont disponibles dans la partie du site réservée aux médecins et que nous vous invitons à consulter.

*Pr Georges RORIVE,
Rédacteur en chef*

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DU 5 SEPTEMBRE ET 24 OCTOBRE 2009

Garde d'urgences pédiatriques (05/09/2009)	45
Dosage du lactate par des non-médecins (05/09/2009)	45
Cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre (05/09/2009)	46
Indication thérapeutique ajoutée sur l'ordonnance par le médecin (05/09/2009)	46
Pandémie grippale A/H1N1 - Point de contact local «soins de santé» (05/09/2009)	47
Site internet <i>www.despecialistenwijzer.be</i> déontologiquement inadmissible (05/09/2009)	47
Avertissement: Annuaire professionnel PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE (05/09/2009)	47
Influenza A/H1N1 – Vaccination. Communiqué de presse (24/10/2009)	48
Maladies sexuellement transmissibles (MST) – Traitement du/des partenaire(s) (24/10/2009)	48
Examen par le médecin contrôleur – Présence de la personne de confiance (24/10/2009)	48
Médecine du travail – Médecine de contrôle – Loi relative aux droits du patient (24/10/2009)	49

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

Garde d'urgences pédiatriques (05/09/2009)

MOTS-CLES:

Garde médicale – Pédiatrie - Urgences

REFERENCE:

a127004f

En sa séance du 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le courrier émanant d'un médecin anesthésiste réanimateur responsable d'une unité de soins intensifs prenant en charge essentiellement des patients adultes. L'institution se propose de développer une unité de pédiatrie. Des lors, l'unité de soins intensifs précitée deviendrait le premier chaînon de la procédure d'appel en cas d'urgence vitale en néonatalogie et en pédiatrie.

Le médecin souligne que, même si durant sa formation l'anesthésiste réanimateur est en contact avec des enfants, et plus rarement des nouveau-nés, cela ne garantit pas

une formation à part entière en médecine d'urgence intensive en pédiatrie et moins encore en néonatalogie.

Le médecin pose la question de sa responsabilité et de l'attitude à avoir vis-à-vis de la direction de l'institution.

Le Conseil national rappelle et renvoie à un avis qu'il a émis le 18 novembre 2000 en réponse à une question analogue posée par un chirurgien orthopédiste (BCN 91, p. 7).

Le Conseil national est d'avis que le praticien qui accepte d'assurer une fonction doit disposer d'une compétence actualisée vis-à-vis des patients et des pathologies qu'il sera amené à rencontrer. Toute prestation de sa part engage sa responsabilité.

Si un médecin invité à prester pareille fonction estime n'être pas dans les conditions de compétence optimale, il doit pouvoir solliciter une dérogation auprès du médecin-chef, des médecins chefs de service con-

cernés et du conseil médical. En cas de litige, le conseil provincial peut intervenir et proposer une conciliation.

Le Conseil national considère par ailleurs que si une institution souhaite développer une nouvelle fonction, il lui incombe de recruter le personnel médical et paramédical compétent nécessaire pour garantir les différents aspects de la fonction pédiatrique dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité, et de créer l'infrastructure nécessaire.

Dosage du lactate par des non-médecins (05/09/2009)

MOTS-CLES:

Médecine sportive

REFERENCE:

a127005f

Une collaboratrice du Département Culture, Jeunesse, Sport et Médias de l'autorité

flamande, et plus précisément du «Team Verantwoord Sporten», compétent pour la politique du contrôle médical dans le cadre du sport, soumet la lettre d'un sportif/entraîneur souhaitant savoir s'il peut, sans formation (para)médicale, effectuer des tests de lactate chez des participants à des entraînements. Ces dosages de lactate sont effectués durant un test d'effort inframaximal ou maximal afin de donner un avis personnalisé pour un entraînement.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

Votre courriel du 3 mars 2009 et celui de M. ..., vous adressé le 1^{er} mars 2009 et joint au vôtre, ont retenu toute l'attention du Conseil national de l'Ordre des médecins les 4 juillet et 5 septembre 2009. Ils concernent le fait d'autoriser ou non des prélèvements pour le dosage du lactate par des non-médecins durant un test d'effort inframaximal ou maximal afin de donner un avis personnalisé pour un entraînement. Ils appellent les remarques suivantes.

Tout d'abord, le Conseil national constate que le prélèvement pour le dosage du lactate est effectué, soit durant un test d'effort réalisé en salle (vélo d'effort, tapis roulant ...), soit à l'extérieur (piste d'athlétisme, bassin de natation), l'effort pouvant être inframaximal ou maximal. Ces tests d'effort étant susceptibles d'entraîner un risque potentiel pour la santé des sportifs, même si ce risque est faible, le Conseil national estime qu'ils ne doivent être autorisés qu'à la suite d'un examen médical d'aptitude et sous supervision médicale.

Ensuite, si chacun est libre de se contrôler personnellement en dosant le lactate avec un appareillage dit adéquat, le Conseil national, se référant à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé, ne peut admettre que des prélèvements chez des sportifs soient réalisés par des entraîneurs (ou des soigneurs) à leur initiative et sous leur responsabilité personnelle.

Enfin, compte tenu des importantes variations du taux de lactate en fonction des conditions physiologiques et pathologiques, le Conseil national considère qu'il est inadéquat de confier l'interprétation du résultat du dosage du lactate chez un sportif à des non-médecins pour lui donner un avis personnalisé pour un entraînement. Cela ne peut se faire qu'en concertation et sous la supervision d'un médecin qui, tenant éventuellement compte d'autres paramètres, en assurera la responsabilité finale.

Cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre

(05/09/2009)

MOTS-CLÉS:

Contrôle médical – Médecin généraliste

REFERENCE:

a127006f

En ses séances des 25 juillet et 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la lettre du docteur ... concernant le cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre.

Moyennant le respect de certaines conditions (voir en particulier la loi du 13 juin 1999 relative à la médecine de contrôle), ce cumul n'est légalement pas interdit.

Sur le plan déontologique, ce cumul - dont l'espace géographique est à définir par le conseil provincial d'inscription du médecin concerné - n'est pas souhaitable dans la région où exerce le médecin généraliste. Tant l'indépendance de sa fonction que l'intérêt du patient concerné pourraient de ce fait être compromis. L'opportunité du cumul des fonctions de médecin contrôleur et de médecin arbitre dans une autre région doit être appréciée en fonction des circonstances par le conseil provincial. Il va sans dire que le cumul des fonctions de médecin contrôleur et de médecin arbitre dans une même affaire est exclu. Il n'est nul besoin non plus de démontrer qu'un médecin généraliste ne peut assumer la mission de médecin contrôleur ou de médecin arbitre dans une affaire concernant son patient et donc le concernant lui-même.

En tout cas, comme cela a déjà été affirmé et confirmé dans des avis précédents du Conseil national¹, le cumul en question n'est possible qu'avec l'avis favorable du conseil provincial d'inscription du médecin concerné.

1. Avis 22/1/2000 – BCN 88, p. 15: Cumul médecin généraliste et médecin fonctionnaire
Avis 13/6/1999 – BCN 69, p. 13: Cumul médecin fonctionnaire à plein temps et médecine générale
Avis 20/8/1994 – BCN 66, p. 17: Cumul médecin fonctionnaire à plein temps et médecine générale

Indication thérapeutique ajoutée sur l'ordonnance par le médecin et retranscrite par le pharmacien sur l'emballage du médicament

(05/09/2009)

MOTS-CLÉS:

Médicaments – Prescriptions – Secret professionnel – Soins à domicile

REFERENCE:

a127007f

Le Conseil national est interrogé sur la possibilité pour le médecin traitant d'ajouter sur l'ordonnance médicale une indication thérapeutique afin que celle-ci soit retranscrite par le pharmacien sur la boîte du médicament, dans le but d'optimiser la gestion de la médication dans les soins à domicile.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question portant sur l'ajout d'une indication thérapeutique sur l'ordonnance médicale par le médecin, afin que celle-ci soit retranscrite par le pharmacien sur l'emballage du médicament. Le but de cet ajout serait d'optimiser la gestion de la médication dans les soins à domicile et d'améliorer l'information du patient.

Le Conseil national rappelle l'article 178 du Code de déontologie médicale qui énonce que «dans leurs rapports professionnels avec les pharmaciens, les médecins veilleront à respecter les dispositions légales relatives aux modalités des prescriptions».

La forme et les mentions obligatoires de la prescription de médicaments en ambulatoire sont fixées par l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés et l'arrêté royal du 10 août 2005 fixant les modalités de la prescription à usage humain.

Ces textes ne requièrent pas la mention de l'indication thérapeutique ou du diagnostic sur la prescription. Lorsque le médecin prescrit des spécialités pharmaceutiques dites remboursables, hors des conditions de remboursement, il doit faire mention sur la prescription de médicaments, non pas du diagnostic, mais de la non-remboursabilité du médicament (art. 93, § 2, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques).

Pour rappel, la prescription médicale n'est pas uniquement destinée au pharmacien, elle

est également soumise à l'office de tarification et contrôlée par l'INAMI. Le pharmacien n'est donc pas la seule personne à prendre connaissance de son contenu.

L'échange d'informations entre le médecin et le pharmacien implique que cet échange soit nécessaire à l'accomplissement de leurs missions respectives.

Il incombe au médecin de fournir au patient toutes les explications nécessaires, oralement et/ou par écrit, dans un langage compréhensible, concernant l'indication thérapeutique justifiant la prescription médicamenteuse, conformément à l'article 7, § 2, loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients.

La qualité des soins à domicile, et plus précisément l'administration adéquate des médicaments par les prestataires de soins à domicile, est plus utilement soutenue par un plan de soins et un carnet de communication permettant d'assurer la liaison entre eux et le médecin traitant que par une mention sur l'emballage d'un médicament. Un schéma de la médication est également bénéfique.

Enfin, une communication directe entre le médecin et le prestataire de soins est toujours à privilégier.

En conclusion, l'échange d'informations entre le médecin et le pharmacien doit toujours être justifié par le critère de la nécessité, et il ne peut dès lors se concevoir que l'information au sujet de l'indication soit donnée au pharmacien non pas pour lui permettre de remplir sa mission, mais à la seule fin qu'il la retranscrive sur un emballage afin de permettre à d'autres personnes d'en avoir connaissance.

De plus, le Conseil national estime que les avantages escomptés d'une mention systématique de l'indication thérapeutique ne sont pas en proportion avec les dangers d'un éventuel abus de cette information par des personnes non liées par le secret professionnel.

Pandémie grippale A/H1N1 - Point de contact local «soins de santé» (05/09/2009)

MOTS-CLES:

Devoirs généraux du médecin – Médecin généraliste

REFERENCE:

a127008f

Le plan national relatif à la pandémie grippale A/H1N1 était initialement prévu un point de contact local «soins de santé» dans chaque commune. Ces points de con-

tact assureraient les consultations et les visites à domicile pour les patients atteints de la grippe, et ce en accord avec les cercles de médecins généralistes et sur une base solidaire entre les médecins généralistes de la région. Un inspecteur fédéral de l'hygiène demande si le refus de certains médecins généralistes de participer à cette fonction de consultation est déontologiquement acceptable.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel par lequel vous demandez d'être informé de la position de l'Ordre des médecins à l'égard de médecins refusant de participer sur une base solidaire à la fonction de consultation (tant les consultations que les visites à domicile) du point de contact local «soins de santé» lors d'une pandémie grippale A/H1N1.

Le Conseil national estime que dans ces circonstances particulières, si un accord a été trouvé entre les cercles de médecins généralistes et les administrations communales à propos du point de contact local et de son fonctionnement, les médecins ont le devoir déontologique d'y participer, à moins d'un motif valable accepté par le cercle de médecins généralistes.

Site internet www.despecialistenwijzer.be déontologiquement inadmissible (05/09/2009)

MOTS-CLES:

Internet – Publicité et réclame

REFERENCE:

a127009f

En sa séance du 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le site internet www.despecialistenwijzer.be.

Ce site, créé comme site frère du site www.despecialistenwijzer.nl, a un but commercial: la location d'espaces internet à des médecins spécialistes. Par le biais de cet espace, ces médecins ont la possibilité d'adresser toutes sortes de communications au public, telles que leur expérience professionnelle, le nombre d'opérations effectuées et les temps d'attente.

Une fonction de recherche donne, après avoir introduit un code postal, les coordonnées du médecin «affilié» le plus proche.

En outre, des informations générales sont fournies concernant différentes pathologies, illustrées par des croquis ou des photos avant et après l'intervention.

Le Conseil national estime que cette présentation équivaut au rabattage de patients.

La dénomination «despecialistenwijzer» est de nature à faire croire indûment au patient que tous les médecins spécialistes y sont référencés, alors que tel n'est pas du tout le cas. Le principe du libre choix du médecin par le patient est de ce fait entravé.

La publicité faite par un médecin doit respecter les principes déontologiques énoncés aux articles 12 à 17 du chapitre III du Code de déontologie médicale, consacré à la publicité. Le contenu du site www.despecialistenwijzer.be n'est pas conforme à ces principes.

Par conséquent, en s'inscrivant sur ce site, un médecin ne respecte pas ses obligations déontologiques.

Avertissement: Annuaire professionnel PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE (05/09/2009)

MOTS-CLES:

Internet

REFERENCE:

a127011f

L'Ordre des médecins met en garde contre une arnaque à l'annuaire professionnel. Il s'agit plus précisément du PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE, publié online.

Le site Internet se vante d'être une banque internationale d'informations médicales, mais il s'avère qu'il est le résultat d'une entreprise frauduleuse. Les médecins belges reçoivent ces jours-ci une lettre où il leur est demandé de contrôler leurs données d'adresse et si nécessaire de les rectifier. Le médecin peut aussi ajouter des photos et d'autres données concernant sa pratique. Les informations sont destinées à être publiées dans le PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE sur www.med1web.com.

Il s'agit d'une escroquerie. Si vous répondez à l'offre et renvoyez le formulaire signé à une adresse postale portugaise, il pourra rapidement vous en coûter € 3.000. L'organisation United LDA facture € 957 par an pour sa prestation de services. Si vous signez, vous êtes également lié par un contrat de 3 ans. Ceci est écrit en petites lettres. Le service public fédéral Economie met aussi en garde pour l'instant contre cette arnaque à l'annuaire.

Influenza A/H1N1 – Vaccination (24/10/2009)

MOTS-CLÉS:

Maladies transmissibles - Secret professionnel - Vaccination

REFERENCE:

a127015f

Communiqué de presse suite à des commentaires dans la presse médicale concernant la vaccination contre le virus de la grippe A/H1N1. Au sujet de l'enregistrement systématique des vaccinations contre le virus de la grippe A/H1N1, le Conseil national s'est penché sur la question de savoir s'il est réalisable et s'il n'implique pas une violation du secret professionnel

En sa séance du 24 octobre 2009, le Conseil national a pris connaissance de la loi du 16 octobre 2009 accordant des pouvoirs au Roi en cas d'épidémie ou de pandémie de grippe et d'un projet d'arrêté royal relatif à la création d'une banque de données fédérale relative aux vaccinations contre le virus de la grippe A/H1N1.

Le Conseil national estime que le médecin ne viole pas le secret professionnel en fournissant, à des fins d'enregistrement, à la base de données fédérale les données personnelles demandées dans le projet d'arrêté royal et que cette communication ne porte pas atteinte à la protection de la vie privée.

Outre la voix consultative au sein du Comité de gestion de la plateforme eHealth, il est fait référence au Conseil national (article 6 du projet d'arrêté royal concernant la révélation des données codées) en guise de garantie supplémentaire du secret professionnel.

Le Conseil national estime, à l'instar de médecins et associations de médecins, que la proposition de création d'une base de données fédérale et les modalités d'enregistrement soulèvent diverses questions de fond et objections pratiques.

Pour ce qui est de l'enregistrement par le biais de la plateforme eHealth, le Conseil national renvoie au site internet de la plateforme eHealth (www.ehealth.fgov.be) où il est indiqué que "l'adhésion à la plateforme eHealth n'est pas obligatoire et se fait sur une base volontaire".

Il est malvenu de rendre obligatoire l'usage de la plateforme eHealth à des fins d'enregistrement à un moment où l'incidence de la nouvelle variante de la grippe A/H1N1 prend des allures exponentielles et où la charge de travail supplémentaire qui en découle pour le médecin ne permet pas un usage idéal des fonctionnalités de la plate-

forme, sans mettre en péril la qualité des soins.

Le Conseil national estime que, dans les circonstances spécifiques d'une pandémie grip-pale, un enregistrement est justifiable.

Dans les circonstances actuelles, le Conseil national conseille à tous les médecins procédant à la vaccination, indépendamment de l'usage de la plateforme eHealth, d'enregistrer toutes les données nécessaires dans leurs propres dossiers médicaux, dans le présent cas le DMG, et de suivre avec soin la pharmacovigilance par le biais des canaux usuels comme prévu par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (FAGG-AFMPS).

Maladies sexuellement transmissibles (MST) – Traitement du/des partenaire(s) (24/10/2009)

MOTS-CLÉS:

Maladies transmissibles - Prescriptions

REFERENCE:

a127016f

Un conseil provincial soumet la lettre d'un médecin s'informant de la procédure en Belgique pour soigner efficacement des patients atteints d'une maladie sexuellement transmissible (MST) et leur(s) partenaire(s) sans avoir eu de contact direct avec ces derniers.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 24 octobre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a terminé l'examen d'un courrier du 23 juin 2008, qui lui a été transmis par un conseil provincial.

Par ce courrier, un médecin interroge l'Ordre des médecins concernant la pratique consistant à remettre à une patiente porteuse d'une infection sexuellement transmissible une prescription médicamenteuse destinée à son partenaire, sans avoir eu de contact direct avec celui-ci.

Le Conseil national formule les remarques suivantes.

Dans son avis du 19 août 2000 (BCN n° 90, p.13), le Conseil national a rappelé que la prescription médicamenteuse fait partie de la consultation médicale et ne peut concerner que des patients consultant ou ayant consulté le médecin, qui en porte la responsabilité.

La prescription doit être prudente et le médecin doit tenir compte des antécédents du patient. Il doit aussi s'assurer que le patient comprend la nécessité du traitement et que le suivi requis est donné au traitement.

Une prescription anonyme, sans contact avec le destinataire de celle-ci et par l'intermédiaire d'un tiers, ne répond pas aux critères susmentionnés.

S'il y a eu risque de contamination, le médecin doit informer le patient de la nécessité pour le partenaire sexuel de consulter également afin de recevoir si nécessaire les soins adaptés.

Enfin, il convient de souligner l'obligation de faire figurer sur la prescription les nom et prénom du patient auquel la prescription est destinée, conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 août 2005 fixant les modalités de la prescription à usage humain.

Le Conseil national est conscient que des alternatives à la médecine «face-to-face» sont étudiées, et il reste attentif à leurs implications déontologiques.

Examen par le médecin contrôleur – Présence de la personne de confiance (24/10/2009)

MOTS-CLÉS:

Contrôle médical – Droits du patient – Relation médecin-patient

REFERENCE:

a1270218f

Invokant l'avis du Conseil national du 16 juin 1984 (BCN n°33 p.25), confirmé par l'avis du 20 mars 1993 (BCN n° 60 p. 34), un médecin contrôleur refuse la présence du mari d'une patiente lors d'un examen dans le cadre d'un dossier relatif à un accident de travail.

Ce monsieur demande au Conseil national si le médecin contrôleur concerné a le droit de refuser systématiquement et sans explication sa présence.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 24 octobre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 21 janvier 2009 concernant la présence d'une personne de confiance lors d'un examen de contrôle médical.

A la demande du patient, la présence d'une personne de confiance, apparentée ou non, doit en principe être admise.

Si la présence de cette personne gêne la relation médecin contrôleur - patient, le médecin est libre de ne pas donner suite à cette demande.

Le patient est informé du motif du refus. Il est recommandé que le refus et le motif de celui-ci figurent au dossier médical.

Médecine du travail – Médecine de contrôle – Loi relative aux droits du patient (24/10/2009)

MOTS-CLES:

Contrôle médical – Droits du patient – Médecine du travail

REFERENCE:

a127019f

Un médecin demande au Conseil national si la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique à la médecine de contrôle et à la médecine du travail. Dans sa lettre, il éclaire certains aspects concrets du problème: le droit à la consultation du dossier médical, la présence d'une personne de confiance lors d'un examen médical et l'identité de la personne de confiance.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 24 octobre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les questions posées dans votre lettre du 6 juillet 2009 où vous demandez si la médecine de contrôle et la médecine du travail entrent dans le champ d'application de la loi relative aux droits du patient.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique à tous les rapports juridiques de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient (article 3, § 1^{er}). Le rapport juridique doit concerner les soins de santé. Il s'agit des 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 (article 2).

Le rapport juridique entre un patient et un médecin contrôleur ou un médecin du travail entre dans le champ d'application de la loi décrit ci-dessus. Cette définition reçoit une interprétation large. Il peut s'agir de soins demandés par le patient, son représentant ou un tiers (par exemple, en cas de contrôle médical) ou même non demandés, dans les cas d'urgence. L'exposé des motifs (doc 50, 1642/001, p.15) indique que les termes «déterminer l'état de santé du patient» visent aussi l'examen de l'état de santé à la demande d'un tiers, par exemple, l'examen médical effectué dans le cadre de la médecine d'assurances ou l'examen par le médecin contrôleur d'une mutualité ou par un médecin du travail.

En vertu de l'article 4 de la loi, le médecin doit en respecter les dispositions.

1/ Consultation du dossier

Le patient a droit à la consultation de son dossier de patient (article 9, § 2). A sa demande,

le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci.

Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation (article 9, § 2, alinéa 3). Si la personne de confiance désignée est un praticien professionnel, celui-ci consulte également les annotations personnelles (article 9, § 2, alinéa 4).

2/ Présence de la personne de confiance lors de l'examen médical

A la demande du patient, la présence d'une personne de confiance, apparentée ou non, doit en principe être admise.

Si la présence de cette personne gêne la relation médecin - patient, le médecin est libre de ne pas donner suite à cette demande.

Le patient est informé du motif du refus. Il est recommandé que le refus et le motif de celui-ci figurent au dossier médical.

3/ Personne de confiance

La loi relative aux droits du patient ne définit pas la notion de «personne de confiance».

Une personne de confiance est une personne qui assiste le patient dans l'exercice de ses droits de patient, tel celui d'obtenir des informations ou de consulter le dossier.

La personne de confiance est désignée par le patient. Un contrat tacite naît entre le patient et la personne de confiance. Il ne se crée pas de rapport juridique entre le praticien professionnel et la personne de confiance.

L'identité de la personne de confiance est mentionnée dans le dossier du patient.

REUNION DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL DU 22 SEPTEMBRE 2009

Service des urgences – Pan- démie grippale – Refus d'admission (22/09/2009)

MOTS-CLES:

Maladies transmissibles – Médecin généraliste
– Point de contact local «soins de santé» - Urgen-
ces

REFERENCE:

a127014f

*Le Bureau du Conseil national de l'Ordre
des médecins a examiné une question qui a
été soumise par un conseil provincial.*

AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL:

[...]

La question alors posée était la suivante:
*En cas de pandémie grippale, le service des
urgences d'un hôpital peut-il refuser
l'hospitalisation d'un patient peut-être
atteint de la grippe parce que ce patient
n'a pas de lettre d'envoi d'un médecin?*

La question étant soulevée dans le cadre
d'une éventuelle pandémie grippale, le Bureau
a invité le professeur M. VAN RANST, com-
missaire du Commissariat Interministériel
Influenza, pour une concertation le 10 sep-
tembre 2009.

Sur la base de cette concertation, le Bureau
du Conseil national estime que:

- dans des circonstances normales, où le per-
sonnel n'est pas débordé et où l'hôpital
n'est pas saturé, le patient doit être accueilli
au service des urgences et la procédure nor-
male doit être suivie;
- dans des circonstances où l'hôpital est
ou risque d'être saturé, un triage sera effec-
tué par les médecins au service des urgen-
ces sur la base des constatations de leur exa-
men médical.

BULLETIN
DU CONSEIL
NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

N° 128

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL *Dr. P. Beke*
52

AVIS DU CONSEIL NATIONAL
53

Honoré Confrère,

Une nouvelle fois, nous pouvons vous présenter quelques avis intéressants. Ils sont le fruit des travaux du Conseil national durant les mois froids et neigeux de cet hiver.

Nous nous arrêterons tout d'abord à la réponse du Conseil national à une réaction de la mutualité Partenamut concernant leur initiative «MobilOforme», une caravane itinérante organisée dans le but d'évaluer la condition physique de personnes par une série de tests et leur interprétation, sous la responsabilité exclusive de ces personnes. L'absence de médecin conduit le Conseil national à maintenir son avis précédent du 21 mars 2009 où il estime que cette manière de procéder ne peut être acceptée. Ces tests présentent toujours un risque potentiel pour la santé des personnes participantes, fût-il restreint pour la santé des personnes participantes.

52

Un autre avis traite la question de savoir si, en raison de la pénurie de médecins des prisons, la direction d'une prison peut faire appel à la collaboration du service de garde régulier des médecins généralistes. Le Conseil national estime que, moyennant approbation conformément au règlement d'ordre intérieur du cercle, les cercles de garde locaux peuvent passer des accords avec la direction de la prison. A défaut d'accord collectif, les médecins peuvent conclure un accord avec la direction d'une prison, sur une base individuelle, à condition que la dispensation régulière des soins de santé dans le cadre du service de garde de population ne soit pas compromise.

La question est soulevée de la compatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage dans un hôpital. Le Conseil national estime que ces deux fonctions sont incompatibles. Les missions et obligations du médecin-chef, récemment passées en revue dans des recommandations du Conseil national, requièrent, d'une part, beaucoup de temps et d'engagement tandis que, d'autre part, un maître de stage doit assurer en continu et à plein temps l'accompagnement et la formation du médecin spécialiste en formation.

Viennent ensuite les réponses à des questions formulées lors d'une réunion d'information d'un conseil provincial et de représentants des cercles de médecins généralistes et de services de garde.

L'Ordre peut-il, en accord avec la commission médicale provinciale, imposer ou proposer une limite d'âge dispensant de la participation au service de garde? Le Conseil national estime qu'il est de la responsabilité du cercle de médecins généralistes local de prendre ces décisions en concertation collégiale avec les confrères effectuant les gardes. Les cercles connaissent les conditions géographiques, les modalités de fonctionnement et le quota de médecins généralistes participants nécessaire pour garantir une dispensation normale et régulière des soins de santé pendant le service de garde.

Autre question: quel est le conseil provincial compétent si un médecin, inscrit au Tableau d'un conseil provincial, effectue des gardes dans des communes (limitrophes) situées dans une autre province? Le Conseil national estime que le conseil provincial compétent déontologiquement est celui où le médecin est inscrit, même pour les activités médicales exercées hors du cadre de la province.

Un avis concerne aussi la mention de la spécialité sur le site Internet du Conseil national. Sur son site Internet «ordomedic.be», le Conseil national suit la terminologie utilisée par l'Inami pour la classification des dispensateurs de soins. Il se fait que, jusqu'à nouvel ordre, les termes «médecin de médecine générale» («algemeen geneeskundige») désignent les médecins généralistes agréés 003-004 tandis que les termes «médecin de médecine générale en formation professionnelle» («huisarts in beroepsopleiding») correspondent au médecin généraliste en formation 005-006.

Enfin, le Conseil national rappelle que le premier «Recueil annuel» des avis, en l'occurrence de 2009, sera envoyé prochainement à tous les médecins. Je profite de l'occasion pour insister afin que chaque médecin active sans délai son compte personnel Intranet. Un code individuel a été communiqué à chaque médecin dans la Bulletin du Conseil national n° 124 d'avril 2009. Ceci est extrêmement important pour pouvoir suivre de manière optimale la circulation de l'information entre le Conseil national, les conseils provinciaux et les médecins inscrits. Ce système permet une réception sécurisée des bulletins d'information et des avis. Il est aussi un premier pas vers le vote électronique, que nous prévoyons de mettre en application au printemps 2012.

Dr Paul BEKE
Rédacteur en chef

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 21 NOVEMBRE ET 19 DECEMBRE 2009

Mesurages de l'aptitude à l'activité physique (21/11/2009)	53
Service de garde des prisons (21/11/2009)	53
Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage (19/12/2009)	54
Cercles de médecins généralistes – Service de garde (19/12/2009)	54

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

Mesurages de l'aptitude à l'activité physique (21/11/2009)

MOTS-CLES:

Compétence du médecin

REFERENCE:

a128001f

Le 21 mars 2009, le Conseil national a émis un avis concernant la "MobilOforme". Cette caravane itinérante, qui offre à toute personne intéressée «un état des lieux» de sa condition physique et un programme de remise en forme adapté, est une initiative de Partenamut. Cette mutualité déplore que le Conseil national ait émis son avis sans réclamer davantage d'informations et communiquer une description détaillée de l'initiative.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 21 novembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 15 juillet 2009 relatif à l'activité «MobilOforme».

C'est à la suite d'une question du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens que l'avis du 21 mars 2009 a été rendu. Ce dernier souhaitait savoir si notre Conseil considère que certains actes (mesurages et non «automesurages» pour apprécier la condition physique de personnes) doivent être réservés aux médecins et il avait annexé à sa correspondance vos documents présentant la «MobilOforme». C'est dans le respect des compétences lui attribuées par l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins que le Conseil a émis son avis.

Vous nous avez fait parvenir un dossier reprenant la description détaillée des activités de la «MobilOforme».

On constate d'abord dans le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q.AAP) qu'après l'avoir complété, le candidat doit signer cette formule préimprimée: «Je soussigné(e) ... en signant ce document, je reconnais que tout test et/ou activité physique comporte un risque. Je confirme effectuer le test proposé sous ma seule et entière responsabilité et exonère Partenamut-santé asbl et Partena-Mutualité Libre de toute responsabilité pour tout dommage quelconque qui pourrait survenir à l'occasion ou en raison de celui-ci. Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions en matière de vie privée».

De plus, dans l'encadrement de la «MobilOforme», on observe la présence d'un matériel de réanimation avec défibrillateur, kit trachéo et kit oxygène.

Le Conseil national maintient sa position prise le 21 mars 2009 dès lors que des tests physiques peuvent entraîner un risque potentiel pour la santé des personnes qui devraient les effectuer, même si le risque est faible. A la lecture de votre documentation, il est conforté dans son opinion.

Service de garde des prisons (21/11/2009)

MOTS-CLES:

Continuité des soins

REFERENCE:

a128002f

Le président d'un cercle de médecins généralistes souhaite savoir si, en raison d'une pénurie de médecins des prisons, la direction d'une prison peut faire appel au service de garde régulier pour prêter main-forte au service de garde des prisons.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En ses séances des 25 juillet et 21 novembre 2009, le Conseil national a examiné votre lettre du 14 avril 2009 demandant si, pour leur service de garde des week-ends et jours fériés, les prisons peuvent faire appel au service de garde régulier de votre région, et ce en raison de la pénurie de médecins des prisons.

Le Conseil national voit une similitude avec la situation relative à l'organisation de la garde dans les centres de rapatriement pour étrangers.

Dans son avis du 4 octobre 2008 à ce sujet (cf. annexe), le Conseil national a rappelé l'obligation légale des pouvoirs publics de mettre à disposition tous les moyens nécessaires pour assurer une continuité des soins de qualité.

En ce qui concerne l'administration pénitentiaire, une même obligation s'impose aux pouvoirs publics, en l'occurrence au SPF Justice, en vertu des articles 87 à 98 de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (cf. annexe).

Dans l'attente d'une optimisation la plus rapide possible des soins de santé dans le cadre du SPF Justice, le Conseil national peut provisoirement admettre, dans l'intérêt légitime des patients détenus, que des médecins externes assurent aussi des services de garde qui, en principe, doivent être assurés par des médecins des prisons.

A cette fin, les cercles locaux de garde peuvent, moyennant approbation suivant les règles de procédure de leur règlement interne, passer des accords avec la direction d'une prison.

A défaut d'un tel accord collectif, les médecins peuvent, à titre individuel, conclure un accord avec la direction d'une prison.

Ces accords doivent clairement préciser les modalités de la prestation de services et, en tout cas, garantir que la dispensation régulière des soins de santé dans le cadre du service de garde de population ne pourra être compromise par des circonstances propres à la prestation de services dans les prisons.

Ces projets d'accords doivent être soumis à l'approbation du conseil provincial compétent.

Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage (19/12/2009)

MOTS-CLES:

Médecin-chef - Stage

REFERENCE:

a128004f

La commission «Médecine hospitalière» du Conseil national de l'Ordre des médecins a élaboré en avril 2008 des recommandations «Missions du médecin-chef - Aspects juridiques et déontologiques».

Ces recommandations sont basées sur la législation en vigueur; le Code de déontologie médicale et des avis antérieurs.

Plusieurs questions ont été soulevées lors de la rédaction de ces recommandations.

L'une de ces questions était de savoir s'il y a une incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En sa séance du 19 décembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage.

Le Conseil national estime que suffisamment d'arguments sur le plan légal et déontologique conduisent à la conclusion de l'incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage.

Une série de dispositions légales s'appliquent au maître de stage.

Le texte pertinent est l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, dont les articles 5.3 et 5.6 s'énoncent comme suit:

Article 5.3:

«[...] le maître de stage est tenu de poursuivre son activité clinique pendant toute

la durée de son agrément, à temps plein et exclusivement dans son service de stage. Par temps plein, il faut entendre 40 heures par semaines, prestées pendant les heures de travail normal. Le maître de stage ne peut pas hospitaliser des patients sous son nom dans un autre service que son service de stage agréé; [...]».

Article 5. 6:

«[...] le maître de stage s'engage à consacrer suffisamment de temps à la formation du médecin candidat spécialiste. Par des contacts personnels fréquents, il apprend au candidat à raisonner et à juger d'une façon critique. Il lui indique le comportement opportun envers les patients, leur famille, les confrères médecins, les autres collaborateurs, le personnel soignant et administratif, les pouvoirs publics et le public; [...]»

Dans des avis précédents, le Conseil national a déjà défini les directives déontologiques en matière de formation médicale.

Dans l'avis du 22 août 1998, le Conseil national précise:

«[...] Dans le contexte large de la formation médicale clinique, la transmission des connaissances tout autant que celle des aptitudes implique qu'elle se fasse dans son ensemble avec engagement et enthousiasme. Ceci est vrai pour tous les aspects de la formation, pour toute sa durée et dans un esprit de participation croissante.

C'est pourquoi les stages cliniques doivent être organisés et se dérouler suivant les critères scientifiques habituels de la formation, tant théoriques que pratiques, et qui restent d'un niveau adapté à la finalité de formation en question.

Le maître de stage, à titre personnel, veillera à ceci et il en portera la responsabilité. [...]»

Dans l'avis du 21 janvier 1995, le Conseil national souligne:

«[...] Leur responsabilité [celle des maîtres de stage] est engagée non seulement dans la supervision et l'enseignement mais aussi dans les conditions de travail imposées aux candidats spécialistes. [...]»

Dans des recommandations «Missions du médecin-chef - Aspects déontologiques et juridiques», auxquelles le Conseil national a adhéré, la commission «Médecine hospitalière» du Conseil national a dressé un inventaire des missions et obligations des médecins-chefs. Il en ressort que la fonction de médecin-chef requiert le temps et l'engagement nécessaires pour pouvoir l'exercer.

En outre, le rôle d'un maître de stage ne se limite pas à une mission strictement didactique, mais comprend aussi en continu un accompagnement et une formation de type

général entraînant des exigences en matière de temps, de présence, de suivi permanent et de supervision.

Tenant compte de ces données et des exigences spécifiques de chaque fonction, le Conseil national estime que la fonction de médecin-chef est incompatible avec celle de maître de stage.

Cercles de médecins généralistes – Service de garde (19/12/2009)

MOTS-CLES:

Médecin généraliste - Prestations infirmières - Service de garde

REFERENCE:

a128005f

Un conseil provincial a rencontré des représentants de cercles de médecins généralistes et de services de garde de médecins généralistes de sa région lors d'une réunion d'information organisée à son initiative le 31 janvier 2009. Ce conseil provincial demande l'avis du Conseil national à propos de quelques points de discussion.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL:

En séance du 19 décembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les points de discussion suivants.

1° L'Ordre peut-il, en accord avec la commission médicale provinciale, imposer/proposer une limite d'âge en rapport avec la dispense de participation au service de garde, et cet avis peut-il être ensuite soumis par le Conseil national au ministre compétent et à l'INAMI?

Ou est-il préférable que le Conseil national adhère au principe que, aussi longtemps qu'un médecin généraliste est à même d'exercer, il est censé être aussi à même de participer au service de garde, le cas échéant en rapport avec ses possibilités?

Le Conseil national doute que ce soit bien une mission déontologique d'imposer des critères d'âge déterminés, en particulier une limite d'âge obligatoire et d'application générale pour une dispense de participation au service de garde.

L'organisation de la garde de population est confiée par la loi aux cercles de médecins généralistes (arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes).

Le Code de déontologie médicale dispose à l'article 117 qu'«il est du devoir de chaque médecin inscrit au Tableau de l'Ordre de participer à ces services de garde, compte tenu de sa compétence, et le cas échéant,

d'intervenir dans les frais de fonctionnement de ceux-ci. Des exceptions peuvent être admises pour des raisons d'âge, de santé ou d'autres motifs justifiés. L'appréciation des manquements aux règles déontologiques relatives aux services de garde relève de la compétence des conseils provinciaux».

La définition de critères/limites d'âge pour être dispensé de participer au service de garde relève de la responsabilité locale de chaque cercle organisateur. Celui-ci peut prendre des décisions en ayant connaissance de l'aire géographique, des modalités de fonctionnement (par exemple, des postes de garde de médecine générale) et surtout en tenant compte du quota de participants nécessaire pour garantir une dispensation normale et régulière des soins de santé pendant le service de garde.

Le Conseil national a également discuté de cette problématique avec le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, sous l'angle des implications possibles, de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, dans le cadre d'une dispense de service de garde pour les médecins généralistes ayant atteint une limite d'âge.

Au sujet de l'accomplissement des services de garde, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme renvoie à l'article 12, § 1^{er}, de la loi anti-discrimination permettant à titre exceptionnel de prévoir des conditions et circonstances de travail spéciales pour les travailleurs jeunes ou plus âgés si elles sont objectivement et raisonnablement justifiées.

Cependant, dans le contexte de la profession de médecin généraliste et de la charge de travail des services de garde, le Centre déconseille d'accorder des dispenses uniquement parce qu'une limite d'âge déterminée est atteinte. Une approche généralisée et stéréotypée ne fournit en principe pas une justification légitime d'une différence de traitement et cela a été confirmé à maintes reprises par la jurisprudence.

Le Conseil national estime qu'il est de la responsabilité du cercle de médecins généralistes de prendre ces décisions lors de son assemblée générale, en concertation collégiale avec les confrères qui effectuent les gardes, et moyennant motivation des critères de dispense et des dispenses individuelles elles-mêmes.

Le Conseil national renvoie aussi à son avis du 21 avril 2007 «Garde de médecine générale», BCN n° 116, p. 9 (en annexe).

Le Conseil national souligne la nécessité de prévoir, le cas échéant, une majorité qualifiée pour la prise de décision en assemblée générale, en fonction de classes d'âge parmi les membres du cercle de médecins

généralistes ayant voix délibérative, et ce afin de ne pas miner l'équilibre démocratique dans la prise de décision, en particulier lors de la définition de critères et dispenses de participation au service de garde sur la base de l'âge.

Lors de manquements dans l'organisation, les conseils provinciaux jouent un rôle dans le règlement des problèmes déontologiques entre les parties (cercle de médecins généralistes organisateur et médecins généralistes effectuant les gardes) et les commissions médicales provinciales.

2. La discussion a mis en évidence que les médecins sont peu associés, ne le sont pas ou trop tard, aux discussions avec les autorités lors de la préparation de réglementations futures en matière de services de garde. Le Conseil national peut-il prendre des initiatives vis-à-vis des autorités pour remédier à cela?

Les cercles de médecins généralistes sont associés aux discussions avec les autorités par l'entremise du Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes (arrêté royal du 16 février 2006 instituant un Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes), lequel donne des avis au ministre concerné.

Les cercles de médecins généralistes peuvent s'adresser en premier lieu à ce Conseil fédéral pour tout problème, en particulier relativement au service de garde.

En outre, le Conseil national peut prendre lui-même des initiatives, et répondre aux questions émanant du groupe professionnel ou des autorités (cf. avis du 21 avril 2007, BCN n° 116, p. 9).

3. La problématique du médecin, inscrit au Tableau de Flandre orientale, qui effectue des services de garde dans une commune limitrophe du Brabant flamand et la responsabilité de la commission médicale provinciale.

Sur le plan déontologique, le médecin généraliste relève du conseil provincial où il est inscrit, également pour les activités médicales à l'extérieur du cadre provincial.

La prémisse qu'un «médecin n'ayant pas de pratique dans le secteur de la garde» peut sans plus participer au service de garde (s'il dispose d'un cabinet bien équipé et paie la cotisation) est une affirmation inexacte. C'est par le cercle organisateur que seront définis les critères de participation ou non, et ce par la voie du règlement d'ordre intérieur du service de garde.

En outre, chaque médecin généraliste participant doit adhérer à ce règlement interne.

Le terme «médecin» est beaucoup trop sommaire, au regard de la qualification profes-

sionnelle nécessaire de médecin généraliste agréé ou de médecin généraliste en formation, pour être en mesure de ou être autorisé à participer au service de garde des médecins généralistes.

L'arrêté royal précité du 8 juillet 2002 prévoit uniquement une obligation d'acceptation en qualité de membre pour tout médecin généraliste qui exerce au sein de la zone de médecins généralistes du cercle de médecins généralistes. Il n'est en effet pas obligatoire d'appartenir au cercle pour participer au service de garde, mais cela ne veut pas dire inversement que tout médecin généraliste - également le médecin exerçant (loin) hors de cette zone de médecins généralistes - peut sans plus revendiquer une participation à ce service de garde, par exemple, seulement et uniquement sur la base de la cotisation payée.

Une participation à deux ou plusieurs services de garde n'est pas évidente. En ce cas aussi, le règlement d'ordre intérieur du (des) service(s) de garde sera décisif. Les services de garde peuvent en effet appartenir à différentes unités du service de garde d'un ou plusieurs cercles, ce qui déterminera la relation juridique.

La question de la compétence de la commission médicale provinciale dans le cadre d'activités au-delà des limites de la province peut leur être posée.

4. Il semble qu'il sera peut-être proposé dans Impulseo III que l'assistant du médecin dans sa pratique de médecin généraliste puisse être un infirmier (ère). Sur le plan déontologique, il faut examiner si seul peut faire appel à cet(te) infirmier (ère) le médecin dans le cabinet duquel l'infirmier (ère) travaille ou si les autres médecins de l'accord de collaboration peuvent utiliser ses services et, de même, en cas d'extension, pour les autres médecins de la région.

Pour un examen plus approfondi de ce problème, il est préférable d'attendre l'intervention du législateur.

COMPOSITION DU CONSEIL NATIONAL

PLACE DE JAMBLINNE DE MEUX 34 - 35, 1030 BRUXELLES
TÉL.: 02/743.04.00, FAX: 02/735.35.63 - E-MAIL: ORDOMIC@SKYNET.BE

BUREAU

PRÉSIDENT	Mr D. Holsters, Président émérite de la Cour de Cassation
PRÉSIDENT SUPPLÉANT	Mr B. Dejemeppe, Conseiller à la Cour de Cassation
VICE-PRÉSIDENTS	Dr M. Nolleaux Prof. W. Michielsens
GREFFIER	Mr M. Bergen
GREFFIER SUPPLÉANT	Mme S. De Maesschalck

SECTION D'EXPRESSION FRANÇAISE

56

MEMBRES NOMMÉS SUR PROPOSITION DES UNIVERSITÉS:

Prof. J.-J. Rombouts (U.C.L.)	SUPPLÉANT	Prof. L. Michel
Prof. A. Herchuelz (U.L.B.)	SUPPLÉANT	Prof. M. Remmelink
Prof. G. Rorive (U.Lg)	SUPPLÉANT	Prof. P. Boxho

MEMBRES ÉLUS PAR LES CONSEILS PROVINCIAUX:

Dr J. Noterman (CP Brabant/F)	SUPPLÉANT	Dr B. Tissot
Prof. R. Kramp (CP Hainaut)	SUPPLÉANT	Dr J.-M. Bourgeois
Dr R. Kerzmann (CP Liège)	SUPPLÉANT	Dr M. Eisenhuth
Dr J. Coppine (CP Luxembourg)	SUPPLÉANT	Dr J. Dechenne
Dr M. Nolleaux (CP Namur)	SUPPLÉANT	Dr Ph. Damoiseaux

SECTION D'EXPRESSION NEERLANDAISE

MEMBRES NOMMÉS SUR PROPOSITION DES UNIVERSITÉS:

Prof. B. Spitz (K.U.Leuven)	SUPPLÉANT	Prof. A. Schuermans
Prof. W. Michielsens (UGent)	SUPPLÉANT	Prof. R. Rubens
Prof. M. Deneyer (V.U.B.)	SUPPLÉANT	Prof. G. Ebinger

MEMBRES ÉLUS PAR LES CONSEILS PROVINCIAUX:

Dr. J.-L. Desbuquoit (CP Anvers)	SUPPLÉANT	Prof. P. Cosyns
Dr. Y. Coenen (CP Brabant/N)	SUPPLÉANT	Dr. P. Henderickx
Dr. P. Van Mulders (CP Flandre Orientale)	SUPPLÉANT	Dr. P. Desmet
Dr. P. Roelandt (CP Flandre Occidentale)	SUPPLÉANT	Dr. G. Quintelier
Dr P. Beke (CP Limbourg)	SUPPLÉANT	Dr J. Vandekerckhof

COMPOSITION DES CONSEILS PROVINCIAUX

CONSEILS PROVINCIAUX D'EXPRESSION FRANÇAISE

BRABANT

AVENUE DE TERVUEREN, 417, 1150 BRUXELLES
TÉL.: 02/771.24.74 - FAX: 02/772.40.61 - E-MAIL: FBRABANT@ARCADIS.BE

PRÉSIDENT	Dr J.-P. Barroy
VICE-PRÉSIDENT	Dr M. Reynaert
SECRÉTAIRE	Dr M. Stroobant
MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF	Monsieur G. Stevens, juge de complément pour la ressort de la Cour d'appel de Bruxelles
MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT	Madame A. Vanlerberghé, juge au tribunal de première instance de Nivelles
MEMBRES EFFECTIFS <i>district de Bruxelles</i>	Drs Y. de Meeus d'Argenteuil, M. François, B. Hanson, D. Latinne, B. Maldague, J. Rubay, M. Staroukine, D. Toussaint, C. Vanhaelen
MEMBRES EFFECTIFS <i>district de Nivelles</i>	Drs P. Duprez, A. Kivits, J. Machiels, P. Vrins
MEMBRES SUPPLÉANTS <i>district de Bruxelles</i>	Drs S. Baeyens, J.-P. Chaput, M. Courtoy, J. De Koster, M. Dooms, R. Fastrez, A. Kanfaoui, J.-C. Laduron, J. Longueville
MEMBRES SUPPLÉANTS <i>district de Nivelles</i>	Drs V. Col, A. Monoyer, P. Mardulyn
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL EFFECTIF	Dr J. Noterman
SUPPLÉANT	Dr B. Tissot
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL EFFECTIF	Dr J.-L. Michaux
SUPPLÉANT	Dr J. de Toeuf

HAINAUT

RÉSIDENTE "LES ARCHERS", RUE DES ARCHERS 6B, 7000 MONS
TÉL: 065/34.75.78, 31.12.70 - 33.53.92 - FAX: 065/33.58.72 - E-MAIL: INFO@OMH.BE

PRÉSIDENT	Dr P. Louvrier
VICE-PRÉSIDENT	Dr P. Paindeville
SECRÉTAIRE	Dr E. Schils
MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF	Monsieur M. Hecq, Vice-président du tribunal de première instance de Tournai
MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT	Madame D. Devos, Juge au tribunal de première instance de Mons
MEMBRES EFFECTIFS	Drs L. Bissen, J.-P. Fontaine, R. François, Ph. Gilbert, S. Jarjoura, C. Ledoux, D. Lejeune, B. Lentrebecq, A. Pierre, A. Shita, B. Van Drooghenbroeck
MEMBRES SUPPLÉANTS	Drs J.-M. Bourgeois, J. Bruart, J.-P. Brunain, V. Carton, H. Coppez, C. Delcommune, A. De Matteis, J.-P. Gerardy, P. Gourdin, J.-P. Hostelard, G. Jouret, G. Van Cang, G. Vekemans
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL EFFECTIF	Prof. R. Kramp
SUPPLÉANT	Dr J.-M. Bourgeois
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL EFFECTIF	Dr J.-L. Gallez
SUPPLÉANT	Dr X. Marre

LIEGE

RUE FORGEUR 6 BTE 11, 4000 LIÈGE
 TÉL: 04/223.44.36 - FAX: 04/222.39.11 - E-MAIL: OM.PROV.LIEGE@SKYNET.BE

<i>PRÉSIDENT</i>	Dr Y. Dusart
<i>VICE-PRÉSIDENT</i>	Dr D. Leclercq
<i>SECRÉTAIRE</i>	Dr I. Dehottay
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF</i>	Monsieur R. Fontaine, Vice-président honoraire au tribunal de première instance de Liège
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT</i>	Madame M.-C. Despiegeleer, Vice-président au tribunal de première instance de Liège
<i>MEMBRES EFFECTIFS</i>	Drs A. Abati, J. Bosly, C. Bouffioux, D. Bouillon, E. Brakier, C. de Nijs, R. Kerzmann, X. Lhoest, J. Mignon, E. Passelecq, P. Rihon, B. Skrzypek, M. Thirion, P. Thirion, C. Wagner
<i>MEMBRES SUPPLÉANTS</i>	Drs A. Berger, V. Bex, J.-P. Bous, X. Delahaut, C. Hermann, J. Leger, E. Nols, G. Odekerken, C. Olivier, P. Renard, J. Schoffers, A. Van Der Putten, A. Verbeke, P. Westenbohm
DELÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL	
<i>EFFECTIF</i>	Dr R. Kerzmann
<i>SUPPLÉANT</i>	Dr M. Eisenhuth
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL	
<i>EFFECTIF</i>	Dr Y. Galloy
<i>SUPPLÉANT</i>	Dr L. Natowitz

LUXEMBOURG

AVENUE J.-B. NOTHOMB 8, 6700 ARLON
 TÉL: 063/23.56.26 - FAX: 063/23.56.26 - E-MAIL: LUXORDOMEDIC@SKYNET.NET

<i>PRÉSIDENT</i>	Dr P. Valembois
<i>VICE-PRÉSIDENT</i>	Dr F. Van Der Meersch
<i>SECRÉTAIRE</i>	Dr J.-P. Dardenne
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF</i>	Monsieur J. Michaëlis, Président honoraire du tribunal de première instance d'Arlon
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT</i>	Monsieur L. Poncelet, Juge au tribunal de première instance d'Arlon
<i>MEMBRES EFFECTIFS</i>	Drs J. Buchet, J. Coppine, A. Csizmadia, J.-P. Dardenne, J. Dechenne, J.-L. Jacob, L. Pineux, C. Pire, M. Tourbach, P. Valembois, F. Van Der Meersch, P. Vincke
<i>MEMBRES SUPPLÉANTS</i>	Drs M.-N. Bodart, V. Ers, G. Heintz, J.-M. Hogge, J.-M. Legnière, J.-M. Lemaire, C. Marion, J. Servais, A. Tuczynski, F. Vandemput
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL	
<i>EFFECTIF</i>	Dr J. Coppine
<i>SUPPLÉANT</i>	Dr J. Dechenne
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL	
<i>EFFECTIF</i>	Dr M. Stainier
<i>SUPPLÉANT</i>	Dr C. Sépulchre

NAMUR

"RÉSIDENCE CLARTE", REMPART DE LA VIERGE 3 BTE 4, 5000 NAMUR
 TÉL: 081/22.34.19 - FAX: 081/23.03.35 - E-MAIL: OM.NAMUR@BELGACOM.NET

<i>PRÉSIDENT</i>	dr. B. Laloyaux
<i>VICE-PRÉSIDENT</i>	dr. B. Woitrin
<i>SÉCRÉTAIRE</i>	dr. M. Mohymont
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF</i>	Madame M.-C. Matagne, Vice-Présidente du tribunal de première instance de Namur
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT</i>	Madame C. Julien, Juge des saisies au tribunal de première instance de Dinant
<i>MEMBRES EFFECTIFS</i>	Drs E. Bajiot, F. Berger, T. De Ronde, P.-Y. Devresse, P. Goffin, D. Hubert, Y. Mouton, J.-P. Salembier, D. Simon
<i>MEMBRES SUPPLÉANTS</i>	Drs Ph. Damoiseaux, L.-P. Docquier, Ph. Eloy, J. Gabriel, R. Gerard, B. Gillet, Ph. Jongen, P. Leclercq
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL	
<i>EFFECTIF</i>	Dr M. Nolleaux
<i>SUPPLÉANT</i>	Dr P. Damoiseaux
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL	
<i>EFFECTIF</i>	Dr F. Schuster
<i>SUPPLÉANT</i>	Dr C. Blouard

CONSEILS PROVINCIAUX D'EXPRESSION NEERLANDAISE

ANVERS

VAN EYCKLEI 37 BUS 2, 2018 ANTWERPEN
TEL: 03/230.54.29 - FAX: 03/230.28.01 - E-MAIL: ORDE.GEN.ANTW@SKYNET.BE

PRÉSIDENT	dr. I. Leunckens
VICE-PRÉSIDENT	dr. C. De Pooter
SÉCRÉTAIRE	dr. G. Peeters
MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF	Monsieur N. Biesmans, Vice-président du tribunal de première instance de Turnhout
MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT	Monsieur P. Peeters, Vice-président du tribunal de première instance de Turnhout
MEMBRES EFFECTIFS	drs. J. Bockaert, C. Boeren, J. Caers, J. Colin, P. Cosyns, K. Geens, J. Gielen, L. Jonckheer, J. Luytens, A. Rabau, R. Trau
MEMBRES SUPPLÉANTS	drs. G. Albertyn, H. Cottenie, P. Cras, E. Dammeckens, J. Iarchy, M. Nijssens, P. Peeters, W. Schrooyen, L. Simoens, I. Wittevronghel
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL EFFECTIF	Dr. J.-L. Desbuquoit
SUPPLÉANT	Prof. P. Cosyns
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL EFFECTIF	dr. F. Mertens
SUPPLÉANT	dr. J.-P. Tricot

BRABANT

MARIA-LOUIZASQUARE 32, 1000 BRUSSEL
TEL: 02/230.22.54 - FAX: 02/230.96.78 - E-MAIL: ORDE.GEN.BRABANT@ONLINE.BE

PRÉSIDENT	prof. P. Broos
VICE-PRÉSIDENT	dr. W. Van Roost
SÉCRÉTAIRE	dr. P. Verheijen
MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF	Monsieur G. Vanderkelen, Juge au tribunal de première instance de Bruxelles
MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT	Monsieur R. Decoux, juge d'instruction émérite au tribunal de première instance de Louvain
MEMBRES EFFECTIFS	drs. L. Coene, Y. Coenen, E. De Graef, J. Dille, M. Huylebroeck, J. Marchand, F. Peeters, prof. B. Spitz, S. Yoshimi
MEMBRES SUPPLÉANTS	drs. A. Ceulemans, S. Decreton, B. De Man, D. Fonteyn, F. Hujuel, M. Van Pelt, A. Van Steen, F. Wolfs
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL EFFECTIF	dr. Y. Coenen
SUPPLÉANT	dr. P. Henderickx
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL EFFECTIF	dr. W. De Vadder
SUPPLÉANT	dr. L. Kayaert

FLANDRE ORIENTALE

K. LEOPOLD II-LAAN 26 E, 9000 GENT
TEL: 09/220.47.50 - FAX: 09/222.25.76 - E-MAIL: CONTACT@ORDE.GEN.OVL.TELENET.BE

PRÉSIDENT	dr. P. Cassiman
VICE-PRÉSIDENT	dr. M. Bafort
SÉCRÉTAIRE	dr. J. Van Elsen
MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF	Monsieur P. Marcoen, Juge au tribunal de première instance de Termonde
MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT	Madame A. Vermeir, Juge au tribunal de première instance de Gand
MEMBRES EFFECTIFS	drs. V. Baert, E. De Blecker, P. De Maesschalck, P. Desmet, prof. L. de Thibault de Boesinghe, H. Hoet, R. Hombrouckx, E. Pieters, prof. R. Rubens, L. Thienpont, E. Van Renterghem
MEMBRES SUPPLÉANTS	drs. E. Bracke, J. Coessens, F. Douchy, E. Lagasse, W. Lornoy, prof. W. Michielsens, S. Ryckaert, P. Van Mulders, D. Van Nimmen, T. Vermeulen
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL EFFECTIF	dr. P. Van Mulders
SUPPLÉANT	dr. P. Desmet
DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL EFFECTIF	dr. R. Haché
SUPPLÉANT	dr. M. Haenebalcke

FLANDRE OCCIDENTALE

VLAMINGSTRAAT 57, 8000 BRUGGE 8

TEL: 050/33.96.66 - FAX: 050/34.35.68 - E-MAIL: ORDE.GENEES.WVL@ONLINE.BE - SITE: WWW.ORDEDERGENEESHEREN.BE

<i>PRÉSIDENT</i>	dr. M. Toye
<i>VICE-PRÉSIDENT</i>	dr. N. Verleyen
<i>SÉCRÉTAIRE</i>	dr. R.-M. Vergote
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF</i>	Monsieur E. Allossery, juge de la jeunesse au tribunal de première instance de Bruges
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT</i>	Madame K. Messiaen, juge au tribunal de première instance de Furnes
<i>MEMBRES EFFECTIFS</i>	drs. F. Baccarne, C. Clepkens, P. Depuydt, R. Dierickx, H. Feys, P. Kindts, B. Maeyaert, M. Maryssael, P. Roelandt, G. Stellamans, L. Vanvooren, C. Verhoyen, D. Vuylsteke
<i>MEMBRES SUPPLÉANTS</i>	drs. E. Bollen, K. Boucquey, L. Danneels, B. De Gryse, F. Dheere, M. Goetinck, K. Kesteloot, G. Quintelier, F. Schockaert, R. Van Ooteghem, H. Vollon, L. Wostyn
<i>DÉLÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL</i>	
<i>EFFECTIF</i>	dr. P. Roelandt
<i>SUPPLÉANT</i>	dr. G. Quintelier
<i>DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL</i>	
<i>EFFECTIF</i>	dr. E. Roussel
<i>SUPPLÉANT</i>	dr. P. Danneels

LIMBOURG

RESIDENTIE PARK VILLERS, VILLERSPARK 3/2, 3500 HASSELT

TEL: 011/22.84.80 - FAX: 011/24.33.24 - E-MAIL: OGPRL@TISCALI.BE

<i>PRÉSIDENT</i>	dr. R. J. Vandekerkhof
<i>VICE-PRÉSIDENT</i>	dr. C. De Smedt
<i>SÉCRÉTAIRE</i>	dr. J. Canneyt
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR EFFECTIF</i>	Monsieur L. Crijns, Vice-président du tribunal de première instance de Tongres
<i>MAGISTRAT-ASSESEUR SUPPLÉANT</i>	Monsieur L. Cox, Juge au tribunal de première instance d'Hasselt
<i>MEMBRES EFFECTIFS</i>	drs. P. Beke, A. Farine, D. Jamaer, M. Kalaai, P. Martens, J. Mertens, D. Slaets, E. Van Den Bossche, C. Van Kerrebroeck
<i>MEMBRES SUPPLÉANTS</i>	drs. F. Jans, H. Lambrechts, R. Nailis, N. Olaerts, W. Pardon, R. Rega, R. Schurgers, G. Vaes, E. Vanderputte, P. Van Rossum, K. Vastmans, J. Weckx
<i>DÉLÉGUÉS AU CONSEIL NATIONAL</i>	
<i>EFFECTIF</i>	dr. P. Beke
<i>SUPPLÉANT</i>	dr. J. Vandekerkhof
<i>DÉLÉGUÉS AU CONSEIL D'APPEL</i>	
<i>EFFECTIF</i>	dr. J. Kesteman
<i>SUPPLÉANT</i>	dr. W. Ceysens

COMPOSITION DES CONSEILS D'APPEL

CONSEIL D'APPEL D'EXPRESSION FRANÇAISE

PLACE DE JAMBLINNE DE MEUX 35, 1030 BRUXELLES
TÉL.: 02/743.04.11 - FAX: 02/735.35.63

MEMBRES EFFECTIFS

MAGISTRATS

Mr L. Drion, président de chambre honoraire à la Cour d'appel de Liège
Mr M. Heilier, président de chambre émérite à la Cour d'appel de Bruxelles
Mr M. Joachim, premier président de la Cour d'appel de Liège
Mr J.-P. Agneessens, président de chambre honoraire à la Cour d'appel de Mons
Mr J. Nys, président de chambre honoraire à la Cour d'appel de Bruxelles

MEDECINS

Dr J.-L. Michaux
Dr Y. Galloy
Dr F. Schuster
Dr M. Stainier
Dr J.-L. Gallez

DÉLÉGUÉ DU CONSEIL NATIONAL:

Prof. L. Michel

GREFFIER:

Mr Y. De Ruyver

GREFFIER SUPPLÉANT:

Mme Ch. De Roock

MEMBRES SUPPLEANTS

MAGISTRATS

Mr J. Godefroid, président de chambre honoraire à la Cour d'appel de Liège
Mr G. Wezel, président de chambre à la Cour d'appel de Bruxelles
Mr M. Ligoit, président de chambre à la Cour d'appel de Liège
Mr P. De Dobbeleer, conseiller à la Cour d'appel de Bruxelles
Mr J.-F. Jonckheere, président de chambre à la Cour d'appel de Mons

MEDECINS

Dr J. De Toeuf
Dr L. Natowitz
Dr C. Blouard
Dr C. Sepulchre
Dr X. Marre

61

CONSEIL D'APPEL D'EXPRESSION NÉERLANDAISE

PLACE DE JAMBLINNE DE MEUX 35, 1030 BRUXELLES
TÉL.: 02/743.04.11 - FAX: 02/735.35.63

MEMBRES EFFECTIFS

MAGISTRATS

Mr L. Janssens, premier président émérite de la Cour d'appel d'Anvers
Mr L. Gallet, président de chambre émérite à la Cour d'appel de Gand
Mr J. Vanhouche, président de chambre émérite à la Cour d'appel d'Anvers
Mr J. Van Der Eecken, président de chambre à la Cour d'appel de Bruxelles
Mr L. Van Leuven, président de chambre à la Cour d'appel d'Anvers

MEDECINS:

Dr W. De Vadder
Dr R. Hache
Dr J. Kesteman
Dr F. Mertens
Dr E. Roussel

DÉLÉGUÉ DU CONSEIL NATIONAL:

prof. dr. G. Ebinger / prof. dr. R. Rubens

GREFFIER:

Mr J. De Vis

GREFFIER SUPPLÉANT:

Mme Ch. De Roock

MEMBRES SUPPLEANTS

MAGISTRATS

Mr F. Timmermans, conseiller à la Cour d'appel d'Anvers
Mr M. Vercruyse, président de chambre à la Cour d'appel de Gand
Mr L. Thabert, conseiller à la Cour d'appel de Gand
Mr C. Vermynen, président de chambre à la Cour d'appel de Bruxelles
Mr A. Boyen, conseiller à la Cour d'appel de Bruxelles

MEDECINS

Dr M. Haenebalcke
Dr W. Ceysens
Dr P. Danneels
Dr L. Kayaert
Dr J.-P. Tricot

Proposition de réforme de l'Ordre des médecins

Le 1er octobre 2009, les deux vice-présidents du Conseil national de l'Ordre des médecins, le docteur M. Nollevaux et le professeur W. Michielsen, ont transmis une proposition de réforme de l'Ordre des médecins à madame L. Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, avec la lettre suivante:

62

«En tant que vice-présidents du Conseil national de l'Ordre des médecins, nous nous permettons de vous faire parvenir une proposition de réforme de l'Ordre des médecins.

Ces dernières années, diverses propositions de réforme de l'Ordre des médecins ont été formulées dans le monde politique.

Nombreux sont aussi les médecins estimant souhaitable que des adaptations soient apportées à l'Ordre des médecins.

A la fin de l'année 2007, un groupe de travail a été constitué, regroupant des membres du Conseil national et des présidents des conseils provinciaux.

Il en est résulté un texte «Proposition de réforme de l'Ordre des médecins», qui a été discuté par les membres du Conseil national et les présidents des conseils provinciaux, le 9 mai 2009.

La section francophone et la section néerlandophone du Conseil national ont trouvé un consensus lors de cette réunion, sauf en ce qui concerne l'article 6 de la proposition concernant les communes à facilités.

Vous trouvez dans le texte, à l'article 6, une version de la section francophone et une version de la section néerlandophone.

Nous estimons que ce problème doit être résolu dans le cadre de la future évolution politique.

Nous nous tenons bien entendu à votre disposition pour une concertation.»

Cc. les ministres du gouvernement fédéral, les ministres-présidents des entités fédérées, les membres du Sénat, les membres de la Chambre des représentants, les présidents des partis politiques.

Le texte intégral de la proposition de réforme est disponible sur le site web de l'Ordre: www.ordomedic.be.

Actualisation de la Déclaration d'Helsinki, Séoul, octobre 2008

Pr A. Herchuelz

La Déclaration d' Helsinki (DoH) est la déclaration la plus connue et sans doute la plus suivie des déclarations de l'Association Médicale Mondiale (AMM; en anglais World Medical Association: WMA)¹.

Adoptée pour la première fois en 1964, la Déclaration fixe les normes à respecter dans le domaine de l'expérimentation humaine, et ce afin d'assurer la meilleure protection possible des patients et des volontaires sains qui acceptent d'y participer. L'AMM étant formée d'associations médicales de plus de 80 pays différents, la Déclaration fait autorité dans le monde. En Belgique, la Déclaration d'Helsinki est mentionnée dans la loi sur l'expérimentation humaine (7 mai 2004), et il y est même spécifié que c'est la dernière version qui est d'application².

Depuis son adoption en 1964, la Déclaration a été révisée à 6 reprises, la dernière fois en octobre 2008 à Séoul. L'adoption de 2008 a marqué la fin d'une période de 18 mois de consultation de toutes les parties concernées (associations médicales nationales, associations médicales scientifiques et éthiques, autorités compétentes, industrie pharmaceutique, éditeurs des grandes revues scientifiques médicales etc ...).

Fallait-il vraiment réviser la Déclaration d'Helsinki?

Tout d'abord, l'AMM a comme politique générale de réviser régulièrement ses déclarations. Comme la dernière révision de la DoH datait de 2000, il apparaissait opportun de la réviser. Par ailleurs, il est apparu assez rapidement après la publication de la version de 2000 que 2 articles, à savoir l'article 29 concernant le placebo et l'article 30 concernant l'accès au bénéfice de la recherche en fin d'étude étaient l'objet de contestations, notamment par les autorités compétentes américaines (Food and Drug Administration, FDA)³. En 2004, 2 notes clarificatrices concernant les 2 articles litigieux avaient été ajoutées, apparemment sans résoudre la problématique. Une révision pouvait donc permettre d'harmoniser les points de vue et d'incorporer la note clarificatrice dans le texte. Manifestement, la nouvelle version n'a pas eu l'effet escompté puisque le 27 octobre 2008, soit quelques jours après la publication de la Déclaration, la FDA déclarait ne plus accorder sa confiance à la DoH et y substituait la Directive concernant les bonnes pratiques cliniques (Guideline for Good Clinical Practice ou GCP) adoptée par la Conférence Internationale sur l'Harmonisation (Inter-

national Conference on Harmonisation ou ICH), ce qui en soit pose problème⁴.

Une autre raison était de répondre aux changements de l'environnement médical, en particulier suite à différents scandales en matière d'étude, d'enregistrement et de mise sur le marché de médicaments, en augmentant la transparence dans le domaine de la recherche médicale et en augmentant la protection des patients participant aux études.

Une raison supplémentaire de réviser était de voir s'il ne fallait pas compléter la déclaration dans certains domaines non encore couverts comme l'éthique en matière de recherche sur des données médicales et le matériel corporel humain. Enfin, il y avait lieu réviser le texte sur le plan terminologie et aussi d'uniformiser les 3 versions linguistiques officielles (anglais, français et espagnol).

Qu'est-ce qui a changé?

Avant de commencer, il a été décidé de ne pas trop modifier la présentation générale du texte et par exemple de ne pas ajouter un long préambule comme certains le souhaitaient. Deuxièmement, il a été considéré que la déclaration était une déclaration de principes éthiques et qu'il n'était pas souhaitable que soient envisagés tous les cas de figures susceptibles de se présenter, la déclaration n'étant pas un ouvrage de référence sur la façon d'appliquer les principes. C'est sur cette base que diverses propositions faites par la délégation belge ont été réfutées.

Le 1^{er} paragraphe a été reformulé afin de clarifier le but, la portée de la déclaration et ses destinataires. Une phrase est ajoutée au paragraphe spécifiant que «la déclaration est un tout indissociable et qu'aucun paragraphe ne peut être appliqué sans tenir compte de tous les autres paragraphes pertinents», ceci afin d'éviter toute interprétation unilatérale d'un paragraphe, inconsistante avec le reste du document.

Le paragraphe 2 précise ensuite que la «déclaration s'adresse principalement aux médecins mais que l'AMM invite les autres participants à la recherche médicale exemple les infirmiers et les infirmières à adopter ces principes». Au cours des discussions, la possibilité d'une déclaration commune à tout le personnel de santé avait été envisagée, mais l'AMM a préféré une formule suggérant aux autres personnels de santé d'adopter la Déclaration.

Au paragraphe 3 est ajouté que le devoir du médecin s'applique également aux personnes impliquées dans la recherche médicale.

La nouvelle version de la Déclaration renforce son principe fondamental de protection du patient/sujet participant à recherche, protection qui doit prévaloir sur tout autre intérêt. Loin de décourager la recherche, ce principe encourage au contraire l'accès à la recherche des populations sous-représentées

1. <http://www.wma.net/f/index.htm>

2. Arrêté royal du 30 juin 2004 déterminant des mesures d'exécution de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine en ce qui concerne les essais cliniques de médicaments à usage humain. Art. 10. (AR 2006-05-18/31, art. 1, 002; En vigueur: 05-06-2006). Les informations cliniques et non cliniques disponibles sur le médicament expérimental doivent être appropriées à l'appui de l'essai clinique proposé. Les essais cliniques sont menés dans le respect de la **déclaration d'Helsinki** sur les principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains, adoptée par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale, dans sa dernière édition disponible".

3. Voir Helsinki et la Déclaration d'Helsinki, Guy De Roy, Bulletin du Conseil National, 102, 9-11, 2003.

4. Cette problématique sera abordée dans un article ultérieur.

sur le plan de leur participation à la recherche (nouveau paragraphe 5).

Le paragraphe 10 termine l'introduction du document en renforçant l'importance de la Déclaration en ces termes: «les protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche ne peuvent être restreintes ou exclues par aucune disposition éthique, légale ou réglementaire, nationale ou internationale».

Les nouveaux paragraphes 14 et 15 détaillent de façon plus claire en les séparant, les éléments devant figurer dans le protocole d'expérimentation et les éléments devant être soumis pour avis au comité d'éthique.

Au paragraphe 14 est ajouté que «le protocole devrait ... indiquer comment les principes de la présente Déclaration ont été pris en considération», ceci afin d'encourager les chercheurs à étudier soigneusement les aspects éthiques de la recherche.

Au paragraphe 17 est repris une phrase de l'ancien paragraphe 19 concernant les populations défavorisées ou vulnérables précisant que la recherche sur ces populations «se justifie uniquement si la recherche répond aux besoins et priorités sanitaires de cette population ou communauté et si, selon toute vraisemblance, les résultats de la recherche seront bénéfiques à cette population ou communauté».

Un nouveau paragraphe 19 a été ajouté qui précise que «Tout essai clinique doit être enregistré dans une banque de donnée accessible au public avant que ne soit recruté la première personne impliquée dans la recherche.» L'idée est ici d'éviter que les études donnant des résultats négatifs ne soient dissimulées et que dans le cas d'un dossier médicamenteux ne soient soumises à l'enregistrement et à l'autorisation de mise sur le marché que les études positive en faveur du médicament.

Le nouveau paragraphe 22 est ainsi formulé qu'il autorise une participation non volontaire à la recherche de personnes non capables comme traité dans les paragraphes 27-29.

Le nouveau paragraphe 25 aborde la difficile question de la nécessité d'obtenir le consentement du sujet pour le prélèvement, l'analyse, le stockage et /ou la réutilisation des tissus ou des données d'origine humaine. En effet, lors de l'utilisation ultérieure de données et de tissus humains, il n'est pas toujours possible d'obtenir le consentement du sujet, ex. parce que le patient est décédé ou parti sans laisser d'adresse. Peut-on dans ce cas faire des études sur les données ou les tissus résiduels? La Déclaration stipule que le médecin doit normalement solliciter le consentement du sujet. Normalement signifie que dans les cas où le consentement est impossible à obtenir, la recherche peut néanmoins être faite. Cependant la décision n'est pas laissée au chercheur. En effet, c'est au Comité d'éthique de décider si une exemption au consentement est acceptable au vu des justificatifs fournis par le chercheur.

Au paragraphe 27, des éléments de protection supplémentaires sont ajoutés pour les sujets de recherche physiquement ou mentalement incapables de donner leur consentement tout en autorisant des recherches à haut risque qui peuvent être bénéfiques aux sujets de la recherche.

Comme signalé plus haut, les 2 pierres d'achoppement principales de la version précédente de la déclaration étaient les points concernant le placebo et l'accès au bénéfice de la recherche une

fois celle-ci terminée. Après longue discussion, le texte adopté concernant le placebo (paragraphe 32) est le suivant:

«Les bénéfiques, les risques, les inconvénients, ainsi que l'efficacité d'une nouvelle intervention doivent être testés et comparés à ceux de la meilleure intervention courante avérée, sauf dans les circonstances suivantes:

- L'utilisation de placebo, ou le fait de ne pas administrer de traitement, est acceptable lorsqu'il n'existe pas d'intervention courante avérée; ou

- l'utilisation d'un placebo afin de déterminer l'efficacité ou la sécurité d'une intervention est nécessaire pour des raisons de méthodologie incontournables et scientifiquement fondées, et les patients recevant le placebo ou aucun traitement ne courent aucun risque de préjudices graves ou irréversibles. Le plus grand soin doit être apporté afin d'éviter tout abus de cette option.»

Le texte concernant l'accès aux bénéfiques de la recherche est le suivant (paragraphe 33):

«A la fin de l'étude, les patients impliqués ont le droit d'être informés des conclusions de l'étude et de profiter de tout bénéfice en résultant, par exemple, d'un accès aux interventions identifiées comme bénéfiques dans le cadre de l'étude ou à d'autres soins ou bénéfiques appropriés.»

Par rapport aux autres points, l'accueil de ces 2 derniers points par les diverses délégations, s'est avérée moins unanime.

Conclusions

La Déclaration doit être regardée comme un «document vivant» et donc susceptible d'améliorations ultérieures.

Eu égard à la très large consultation des parties intéressées, la Déclaration n'est pas simplement une police interne mais une déclaration universelle concernant l'éthique de la recherche médicale.

Finalement, le mieux étant l'ennemi du bien, il est apparu préférable d'améliorer la Déclaration de façon partielle plutôt que d'essayer d'atteindre en la matière la perfection absolue. La DoH aurait pu être meilleure encore mais il est apparu à l'assemblée générale de l'AMM qu'elle était suffisamment bonne pour le moment et qu'elle était une amélioration par rapport à la version précédente.

Après adoption de la version anglaise, la version française a été révisée par une représentant de la délégation Suisse (Dominique Sprumont, Université de Neuchâtel) et de la délégation Belge (André Herchuelz, Université Libre de Bruxelles) afin de la rendre plus consistante et proche de la version anglaise. Leur version a été adoptée par l'AMM plutôt que celle des traducteurs officiels de l'AMM avalisée par la délégation française.

Assemblée générale de l'Association médicale mondiale Séoul, 15-18 octobre 2008

Pr G. De Roy

Préambule

Pour l'Association médicale mondiale (AMM), l'assemblée générale annuelle des membres est un jour particulier; à cette occasion, elle présente à l'échelle mondiale ses positions en matière d'éthique médicale. L'AMM représente 84 associations médicales nationales (AMN), regroupant 9 millions de médecins.

Elle se considère dès lors comme une autorité en matière d'éthique médicale et ses déclarations s'appliquent universellement à ses membres. L'autorité morale de l'AMM est considérable et est assez généralement acceptée. Ses recommandations sont suivies presque partout dans le monde. C'est pourquoi ce qui est décidé lors de ces réunions est suivi avec intérêt, non seulement par des médecins, mais également par des juristes et des économistes de la santé. La 59^e assemblée générale s'est tenue du 15 au 18 octobre 2008 à Séoul (Corée du sud). L'assemblée était accueillie par l'association médicale coréenne (AMC), qui a fêté cette année son centenaire.

Environ 250 représentants d'une quarantaine d'associations médicales nationales étaient inscrits. Ils ont été rejoints par une trentaine de représentants de différentes organisations internationales, dont le Comité permanent des médecins européens (CPME), le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et quelques délégués d'entreprises pharmaceutiques. Comme de coutume, de nombreux médecins du pays d'accueil étaient inscrits: 142 médecins membres de l'AMC ont ainsi assisté à la réunion.

Pour donner le faste nécessaire à l'événement, la réception de bienvenue fut honorée par la présence du président de la République de Corée du Sud, et le Premier ministre ainsi que le ministre de la Santé publique prirent la parole au nom de l'assemblée scientifique. La presse locale, dont «The Korean Times» était très enthousiaste, parlant de la «plus grande assemblée de médecins jamais réunie», comptant, selon le journal, non moins de 400 délégués de 50 pays: vrai ou faux, il y avait beaucoup de monde dans les salles de réunion.

L'Assemblée scientifique

La tradition veut, qu'à l'occasion de la l'Assemblée générale, il se tienne aussi une réunion scientifique autour d'un sujet d'intérêt général. Le thème choisi pour 2008 portait sur la santé en tant que droit de l'homme. Les organisateurs ont fait appel à de brillants orateurs, comme Kyung-Hwa Kang, haut-commissaire suppléant des Nations Unies pour les droits de l'homme, le docteur Tai Joon Moon, président émérite de l'AMC, le docteur Hernán Reyes, représentant du Comité international de la Croix-Rouge, le docteur Vivienne Nathanson, responsable de la British Medical Association (BMA) pour l'éthique, les sciences et les affaires internationales, et Clarisse Delorme, juriste française, personne de contact de l'AMM vis-à-vis de différentes organisations internationales comme les Nations Unies (NU), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et diverses organisations non gouvernementales (ONG).

La santé, un droit de l'homme

Dès le départ, la santé et les droits de l'homme sont définis clairement. La santé doit être comprise dans le sens le plus large du terme. La santé est plus que l'absence de maladie; elle est un état de complet bien-être physique, mental et social; c'est ainsi qu'elle est définie par la Déclaration de Alma-Ata de l'UNICEF-OMS approuvée par la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires, en 1978.

Les droits de l'homme sont des droits universels de tout homme partout et toujours. Ils sont consignés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, signée en 1948. Ils ont pour fondement l'interdiction de la discrimination, la protection des grou-

pes vulnérables et la condamnation de toute violence injustifiée des autorités.

Le droit à la santé est un droit de l'homme fondamental, consacré par l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme: «Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.» La santé, les soins médicaux et bon nombre de protections sociales sont donc considérés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme comme constituant un droit de l'homme fondamental. Outre la Déclaration universelle des droits de l'homme, bon nombre d'autres déclarations internationales des droits de l'homme garantissent ce droit à la santé. Il s'agit notamment du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 12, et de la Convention internationale des droits de l'enfant, article 24.

La santé menacée des groupes minoritaires vulnérables

La Déclaration universelle des droits de l'homme et les lois qui l'ont suivie ont permis de lutter contre la torture, la discrimination et la faim. Le rôle important du médecin dans la protection des minorités vulnérables comme les demandeurs d'asile et les détenus, a été mis en évidence.

Personnes sans papiers, demandeurs d'asile

Comme tout citoyen, les migrants aux droits à tous les soins médicaux nécessaires. A cet égard, l'AMM a réaffirmé sa Déclaration d'Ottawa (octobre 1998); elle souligne l'obligation éthique du médecin de prodiguer les soins médicaux nécessaires aux personnes, indépendamment du fait qu'elles résident légalement ou non dans un pays. Pour ne pas être expulsés, les illégaux vivent parfois dans la clandestinité; ils ne recherchent pas l'aide médicale, à moins de circonstances mettant la vie en danger, et il peut alors parfois être trop tard. Le pays où ils se cachent ne dispose pas de structures de soins pour les accueillir; en outre, les soins médicaux à des non-assurés ont un coût exorbitant.

Détenus

Les détenus ont également droit à la santé. Mais en purgeant leur peine, ils courent le risque d'une punition supplémentaire. Ils aboutissent dans des prisons surpeuplées où la promiscuité et la mauvaise hygiène des conditions de vie les exposent à des maladies comme le sida et la tuberculose résistante. Conduire les détenus à une mort certaine en raison de telles circonstances est une violation des droits de l'homme. Ceux qui survivent à ces conditions contaminent à leur tour leurs proches après avoir effectué leur peine.

Soumettre de force des détenus à des recherches médicales scientifiques ou prélever leurs organes en vue de transplantations sont des violations de leurs droits d'être humains toujours existantes.

Participation aux tortures

La Déclaration universelle des droits de l'homme a aidé à combattre la torture, la discrimination et la faim. L'article 5 stipule que nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Les médecins sont parfois en bonne place pour porter témoignage d'actes de torture et de peines ou traitements inhumains ou dégradants. Mais on attend plus du médecin que de simplement être un témoin; il doit oser accuser et ne pas fermer les yeux sur les faits accablants; s'il ne le fait pas, les responsables échappent à toute poursuite judiciaire. Il doit défendre les droits des personnes confiées à sa surveillance. A cet effet, il doit savoir comment rassembler des preuves valables pour étayer une plainte ultérieure.

Le médecin a le choix: ou bien servir celui qui le commande ou bien défendre les droits de l'homme d'un individu qui n'est même pas son patient. Il n'y a pas toujours une échappatoire; le mieux est que le médecin se laisse guider par les trois déclarations sœurs de l'AMM relatives aux droits de l'homme: la Déclaration de Malte sur les grévistes de la faim, la Déclaration de Hambourg sur le soutien aux médecins qui refusent toute participation ou caution à l'utilisation de la torture ou autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant et la Déclaration de Tokyo à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture.

Un rôle pour les autorités

Les responsables politiques doivent assurer l'accès à des soins de santé abordables et de qualité. Mais cette mission n'est pas remplie en toutes circonstances. Dans les pays en voie de développement, l'infrastructure nécessaire pour fournir les soins de santé essentiels peut être insuffisante. De plus, les praticiens professionnels de la santé ont parfois quitté le pays par mécontentement. Les gouvernements violent gravement les droits de l'homme quand ils ne sont pas en mesure d'offrir à leur population les soins de santé nécessaires. Les conséquences désastreuses de la politique au Zimbabwe en sont un exemple poignant.

Une distribution adéquate des soins de santé signifie aussi une bonne formation des praticiens professionnels. Les autorités doivent également garantir que les systèmes de santé disposent de suffisamment de professionnels de la santé compétents. Ces derniers doivent pouvoir travailler dans de bonnes conditions permettant de concilier vie professionnelle et vie de famille. La non réalisation de tout cela entraînera le départ de médecins. Comme l'a formulé un ancien président de l'AMM: les médecins sont comme le bétail: ils paissent là où l'herbe est la plus verte et c'est aux autorités de s'arranger pour qu'il y ait assez d'herbe verte. L'OMS propose dans ces circonstances de remplacer les médecins par du personnel moins qualifié et parle de «task shifting». L'AMM ne veut pas en entendre parler puisque cela équivaut au maintien du manque de médecins dans les pays en voie de développement.

Protection de l'environnement

Partout dans le monde, l'environnement subit des dommages à cause de la pollution de l'eau et de l'air. A l'époque de la mondialisation, cette pollution augmente de plus en plus vite et compromet le droit à la santé de la population mondiale. L'utilisation irréflective et le déversement de produits chimiques jouent ici

un rôle important. Une attention particulière a été prêtée à la pollution par le mercure, qui connaît des causes multiples. Cette pollution ne trouve pas son origine seulement dans les pratiques délétères d'exploitation des terrains aurifères d'Indonésie, d'Amérique latine et du nord. Le secteur médical est aussi un important pollueur. D'après les estimations, plusieurs tonnes de mercure pur sont déversées chaque année dans la nature. L'utilisation de ce poison neurotoxique peut pourtant être évitée. Il suffit de remplacer les appareils médicaux contenant du mercure, comme les thermomètres et les tensiomètres, par des appareils électroniques aussi fiables. Le mercure doit disparaître des hôpitaux dans un avenir proche.

Le rejet effréné de gaz à effet de serre est aussi une atteinte au droit à la santé de millions de gens. Pour lutter contre la pollution de l'air, cause de l'accroissement des affections pulmonaires, il existe des conventions internationales comme le protocole de Kyoto; hélas, il n'a pas été signé par tous les pays industrialisés; leurs intérêts économiques passent avant la protection de l'environnement.

Formation des médecins

e l'homme sous l'angle de la santé. La formation médicale se limite essentiellement à développer les connaissances scientifiques et les aptitudes techniques nécessaires pour diagnostiquer et traiter les maladies. L'éthique est reléguée dans les matières à option et l'enseignement des droits de l'homme est absent du cursus. Un médecin doit pourtant pouvoir aussi en agir en gardien des droits de l'homme de ses patients; pour cela, il doit connaître ces droits et savoir comment agir efficacement lorsqu'il est porté atteinte à ces droits. Au 21^{ème} siècle, plus que jamais, la protection de la santé des populations nécessite la connaissance des droits de l'homme. L'éthique, les droits de l'homme et la santé sont étroitement liés. Le sujet devrait être abordé davantage lors de la formation continue des médecins. En 1999 déjà, l'AMM avait lancé un appel, lors de sa 51^{ème} assemblée, pour que l'éthique et les droits de l'homme figurent parmi les matières obligatoires au programme de toutes les Facultés de médecine.

L'assemblée générale de Séoul

Nouvelles déclarations

Lors de l'assemblée générale, les résolutions, les déclarations et les prises de position de l'AMM sont soumises à l'approbation des membres. Il s'agit de directives qui indiquent aux médecins membres des AMN, la conduite à tenir dans des circonstances où l'éthique pourrait être mise en péril. Lors de la rédaction de ses documents politiques, l'AMM fait une distinction entre les résolutions, les déclarations et les prises de position. Les résolutions concernent des problèmes récents, que l'on espère provisoires, et qui nécessitent d'être traités d'urgence; la résolution concernant les retombées de la crise économique sur la santé en est un exemple. Les déclarations et les prises de position donnent des directives générales aux médecins, par exemple, la Déclaration de Genève, par certains encore erronément désignée comme le «Serment» de Genève. Les déclarations ont un caractère plus universel et intemporel; la décision de donner à une directive le statut de déclaration ou de prise de position relève du Conseil de l'AMM.

A Séoul, l'AMM a approuvé nombre de déclarations, prises de position et résolutions. A côté de la Déclaration d'Helsinki, qui

fait l'orgueil de l'AMM, d'autres recommandations encore ont été approuvées, relatives notamment à la crise économique, à l'indépendance des médecins dans l'exercice de leur profession, la pollution par le mercure, l'accès des femmes aux soins de santé et à la profession de médecin, la peine de mort, l'utilisation du pavot à des fins médicales. Il est impossible d'aborder tous les sujets dans le cadre d'un article récapitulatif. En outre, ces textes peuvent être consultés sur le site Internet de l'AMM.

Résolution sur la crise économique: implications sur la santé

La crise économique globale fait craindre des retombées de la récession économique sur les soins de santé; l'autorité sera contrainte de revoir ses budgets et d'envisager des économies, également en matière de soins de santé; cela peut exercer une influence néfaste au niveau de la compression des dépenses et de la qualité des prestations de santé. L'incertitude quant à leur avenir sur le plan financier fait naître des sentiments d'inquiétude chez les malades. Cette situation a conduit l'AMM à approuver une résolution pour limiter les effets de la crise sur la santé. Les AMN sont exhortées à collaborer avec l'autorité afin de soutenir et assister médicalement et psychologiquement les personnes qui souffrent de la crise; il est en outre demandé de prendre les mesures nécessaires au financement des soins de santé, au moins pour le maintenir au niveau actuel.

La Déclaration d'Helsinki

Attendue depuis longtemps, la version remaniée de la Déclaration d'Helsinki a finalement été approuvée au terme d'une année et demie de travaux préparatoires. Etant donné l'importance de cette déclaration sur le plan des exigences éthiques à l'égard de toutes les personnes actives dans le domaine de la recherche scientifique médicale, et le fait qu'elle a force de loi en Belgique, elle sera publiée ultérieurement dans ce bulletin.

La Déclaration de Séoul

Une déclaration a été adoptée concernant l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique des médecins; cette déclaration fait suite à la révision de la Déclaration de Madrid concernant des problèmes apparentés. Cette déclaration a été rebaptisée en l'honneur du pays hôte; elle sera désormais connue sous le nom de Déclaration de Séoul. Une version traduite du texte complet figure dans le présent bulletin.

Cette déclaration dit, qu'indépendamment de toute intervention de l'autorité, le médecin doit pouvoir administrer le meilleur traitement à son patient. L'autorité tend trop souvent à imposer des mesures d'économie en matière de soins de santé, ce qui parfois joue au détriment du patient individuel. Cette déclaration a des accents très corporatistes, mais il ne peut être nié qu'il existe des circonstances dans lesquelles il est fait pression sur le médecin pour ne pas toujours prescrire le meilleur traitement à son patient; cela porte préjudice à la relation médecin-patient. Mais, cette déclaration attire en même temps l'attention du médecin sur le fait qu'il doit tenir compte des moyens disponibles organisés par l'Etat en matière de santé, et que ces moyens ne doivent pas être gaspillés. Ainsi, cette déclaration rappelle son devoir social au médecin.

Prise de position sur la pollution par le mercure

Soucieuse de la protection de l'environnement, l'AMM a adopté une prise de position dans le cadre de la lutte contre la pollution par le mercure. Cette déclaration reflète les lignes de force exposées pendant la session scientifique.

L'AMM exhorte au respect des accords du projet UNEP⁵ des Nations Unies pour le contrôle du traitement des produits chimiques⁶. Le plan d'action est concis et simple: le mercure doit disparaître du secteur médical: les appareils contenant du mercure doivent être remplacés par des dispositifs électroniques. En attendant, les déchets contenant du mercure sont traités suivant les prescriptions légales.

La résolution sur les pavots à des fins médicales

Cette résolution a été déposée lors de la 58^{ème} assemblée générale de l'AMM à Copenhague, mais vient seulement d'être adoptée. Cette résolution plaide en faveur de subsides pour que le pavot récolté en Afghanistan soit utilisé à des fins médicales comme la production de morphine et de diamorphine, afin de combler le manque criant de ces analgésiques. Cette résolution est une proposition de solution à la récolte illégale du pavot, dont les recettes sont actuellement employées pour acheter des armes. Mais cette résolution est clairement en contradiction avec le projet des Nations Unies de détruire les champs de pavots à l'aide d'herbicides.

La présidence de l'AMM

Le président John Snaedel, médecin gériatre islandais, a terminé son mandat; le docteur Yorum Blacher, de l'Association médicale israélienne, lui a succédé comme 59^{ème} président de l'AMM. Le docteur D.W. Hanson, de l'Association médicale canadienne, a été élu président pour la mandature 2009-2010.

World Medical Journal

Le WMJ⁷ est le périodique officiel de l'AMM; il paraît quatre fois par an. Le docteur Alan Rowe, rédacteur en chef depuis 2002, a passé le flambeau au docteur Peteris Apinis, président de l'Association médicale lettone.

Il avait été envisagé d'abandonner cette publication et de réserver une rubrique à l'AMM dans un organe de plus grande notoriété; des pourparlers se sont tenus avec «Nature» à cette fin. Par crainte que les objectifs spécifiques de l'AMM ne soient pas suffisamment mis en relief, le nouveau comité de rédaction a finalement décidé de suivre un chemin indépendant.

Le premier numéro paru sous la houlette de la nouvelle rédaction, est une édition en couleur offrant un compte rendu d'ambiance des réunions qui se sont déroulées. Une série a également été lancée où les associations médicales nationales se présentent. Le numéro WMJ de décembre 2008 est paru pour la première fois sous forme électronique. Il peut être consulté sur le site Internet de l'AMM.

5. United Nations Environment Program

6. Ce projet a vu le jour lors de la conférence internationale des ministres de la Santé publique et de l'Environnement à Dubai, le 6 février 2006; le projet doit conduire à une utilisation contrôlée des produits chimiques, afin de parvenir en 2020 à un traitement des produits chimiques sans danger pour l'eau et l'air.

7. World Medical Journal

Nouveaux membres

Les associations médicales nationales d'Ukraine et de Chypre, ainsi que les conseils nationaux des Ordres des médecins d'Albanie, Angola, Côte d'Ivoire, et la Chambre des médecins et dentistes polonais sont venus grossier les rangs de l'AMM.

Lancement d'un livre vocal

Un livre vocal a été mis au point et distribué en série limitée; l'objectif poursuivi est d'informer les personnes illettrées des pays en voie de développement souhaitant participer à la recherche scientifique médicale. Ce livre vocal est une tentative de satisfaire à l'obligation éthique du «consentement éclairé». Outre les participants potentiels, le livre est aussi destiné à toute personne concernée par la recherche clinique comme les cliniciens et les membres des comités d'éthique. Il est conçu comme une bande dessinée: la désignation d'une icône déclenche un haut parleur donnant un commentaire de la situation représentée. La Centre de bioéthique Steve Biko de l'université Witwatersrand de Johannesburg, les éditions Books of Hope, spécialisées en livres vocaux, et la ZuMA⁸ ont collaboré à la conception et à la réalisation du livre. Le projet a été financé par la firme Pfizer, réputée être le sponsor «éthique» de l'AMM.

Prochaines réunions

Le Conseil de l'AMM se réunira du 13 au 15 mai 2009 à Tel-Aviv. La 60^{ème} assemblée générale et scientifique se tiendra du 14 au 17 octobre 2009 à New-Delhi; le thème de l'assemblée scientifique sera la tuberculose multirésistante. La réunion de printemps du Conseil se tiendra en mai 2010 à Divonne-les-Bains. La 61^{ème} assemblée générale et scientifique se déroulera du 13 au 16 octobre 2010 à Vancouver (Canada); le thème de l'assemblée scientifique est intitulé «Environnement et Santé». La 62^{ème} assemblée générale et scientifique aura lieu en octobre 2011 en Uruguay et celle de 2012 en Thaïlande.

Conclusion

Dans ses publications et sur son site Internet, l'AMM ne laisse pas échapper l'occasion de nous rappeler sa mission: «L'AMM a pour objectif de servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les plus hautes normes internationales en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical, d'éthique médicale et de soins de santé pour tous les peuples du monde.» L'AMM a rempli son rôle: lors de sa 59^{ème} assemblée générale, non moins de 14 déclarations de politique ont été adoptées.

L'AMM attend des AMN qu'elles répandent ses idées dans leurs publications et codes de conduite. Les membres des AMN doivent être encouragés à se conformer de manière conséquente à l'éthique prônée par l'AMM. Le message final est que la bonne parole ne reste pas lettre morte.

World Medical Association Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence

Adopted by the WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008

The World Medical Association, having explored the importance of professional autonomy and physician clinical independence, hereby adopts the following principles:

1. The central element of professional autonomy and clinical independence is the assurance that individual physicians have the freedom to exercise their professional judgment in the care and treatment of their patients without undue influence by outside parties or individuals.
2. Medicine is a highly complex art and science. Through lengthy training and experience, physicians become medical experts and healers. Whereas patients have the right to decide to a large extent which medical interventions they will undergo, they expect their physicians to be free to make clinically appropriate recommendations.
3. Although physicians recognize that they must take into account the structure of the health system and available resources, unreasonable restraints on clinical independence imposed by governments and administrators are not in the best interests of patients, not least because they can damage the trust, which is an essential component of the patient-physician relationship.
4. Hospital administrators and third-party payers may consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. However, the restraints that administrators and third-party payers attempt to place on clinical independence may not be in the best interests of patients. Furthermore, restraints on the ability of physicians to refuse demands by patients or their families for inappropriate medical services are not in the best interests of either patients or society.
5. The World Medical Association reaffirms the importance of professional autonomy and clinical independence not only as an essential component of high quality medical care and therefore a benefit to the patient that must be preserved, but also as an essential principle of medical professionalism. The World Medical Association therefore re-dedicates itself to maintaining and assuring the continuation of professional autonomy and clinical independence in the care of patients.

8. Association médicale mondiale sud-africaine

REPERTOIRE DES AVIS EMIS PAR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Table alphabétique des matières traitées du 1er octobre 2008 au 31 décembre 2009 (Bulletins du Conseil national n^{os} 123, 125, 126, 127, 128)

Sujet - date - n° Bull - référence

Actes infirmiers

Cercles de médecins généralistes – Service de garde - 19/12/2009 - 128 - a128005f

Réalisation d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier - 30/05/2009 - 126 - a126017f

Radiographie – Demande par un infirmier - 09/05/2009 - 126 - a126013f

Réalisation d'anesthésies par un infirmier - 20/12/2008 - 123 - a123019f

Anesthésies simultanées - 06/12/2008 - 123 - a123010f

Anesthésie

Réalisation d'anesthésies par un infirmier - 20/12/2008 - 123 - a123019f

Anesthésies simultanées - 06/12/2008 - 123 - a123010f

Avis téléphonique

Garde de médecine générale: participation obligatoire - Déplacement du médecin de garde - Triage téléphonique - 06/12/2008 - 123 - a123013f

Biologie clinique

Biologie clinique – Copie des résultats - 21/02/2009 - 125 - a125008f

C.P.A.S.

Personnes en séjour illégal en Belgique – Secret professionnel - CPAS - 07/02/2009 - 125 - a125004f

Cancer

Mammographie - Continuité des soins - 22/11/2008 - 123 - a123007f

Procédure de dé pistage dans les unités de mammographie - 22/11/2008 - 123 - a123006f

Certificat pour les unités de mammographie - 22/11/2008 - 123 - a123005f

Certificat

Refus d'attestation médicale – Etrangers - 21/03/2009 - 125 - a125012f

La délivrance d'une attestation médicale pour l'obtention d'une autorisation de détention d'arme ou d'un permis de port d'arme - 21/02/2009 - 125 - a125010f

Participation au service de garde - Incapacité pour raisons médicales - 06/12/2008 - 123 - a123012f

Comité d'éthique médicale

Agrément des comités d'éthique médicale - 21/03/2009 - 125 - a125011f

Etudes non interventionnelles prospectives concernant des médicaments - 20/12/2008 - 123 - a123021f

Etudes cliniques - Approbation préalable du contrat - 20/12/2008 - 123 - a123020f

Commercialisation de la médecine

Médecine préventive - Service "Total Body Scans" proposé par Royal Hospitals - 30/05/2009 - 126 - a126018f

Compétence du médecin

Mesurages de l'aptitude à l'activité physique - 21/11/2009 - 128 - a128001f

Mesurages de l'aptitude à l'activité physique - 21/03/2009 - 125 - a125013f

Extraction du pacemaker après le décès - 24/01/2009 - 125 - a125003f

Consentement éclairé

Secret professionnel et sida – Information du partenaire - 21/03/2009 - 125 - a125016f

Continuité des soins

Service de garde des prisons - 21/11/2009 - 128 - a128002f

Mammographie - Continuité des soins - 22/11/2008 - 123 - a123007f

Contrats

Etudes cliniques - Approbation préalable du contrat - 20/12/2008 - 123 - a123020f

Contrôle médical

Examen par le médecin contrôleur – Présence de la personne de confiance - 24/10/2009 - 127 - a127018f

Médecine du travail – Médecine de contrôle – Loi relative aux droits du patient - 24/10/2009 - 127 - a127019f

Cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre - 05/09/2009 - 127 - a127006f

Avis du 5 avril 2008 relatif au contrôle médical - Secteur privé - 09/05/2009 - 126 - a126009f

Médecine de contrôle – La communication de données non médicales - 21/02/2009 - 125 - a125009f

Détenus

Service de garde des prisons - 21/11/2009 - 128 - a128002f

Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus - 20/12/2008 - 123 - a123017f

Devoirs généraux du médecin

Pandémie grippale A/H1N1 - Point de contact local «soins de santé» - 05/09/2009 - 127 - a127008f

L'obligation de traitement - 24/01/2009 - 125 - a125001f

Diagnostic

Secret professionnel et sida – Information du partenaire - 21/03/2009 - 125 - a125016f

Dossier médical

Inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande - 04/07/2009 - 126 - a126027f

Consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital - 30/05/2009 - 126 - a126021f

Biologie clinique – Copie des résultats - 21/02/2009 - 125 - a125008f

Médecins inspecteurs de l'Agence autonomisée interne de l'Inspection de l'Aide sociale, Santé publique et Famille - 22/11/2008 - 123 - a123009f

Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et maisons de repos et de soins pour personnes âgées (MRSPA) - Constitution et accessibilité des dossiers - 25/10/2008 - 123 - a123002f

Droits de l'homme

La réalisation d'un test de paternité - 21/02/2009 - 125 - a125007f

Droits du patient

Examen par le médecin contrôleur – Présence de la personne de confiance - 24/10/2009 - 127 - a127018f

Médecine du travail – Médecine de contrôle – Loi relative aux droits du patient - 24/10/2009 - 127 - a127019f

En-têtes de lettre

Mention de la spécialité sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins - 19/12/2009 - 128 - a128006f

Expérimentation humaine

Etudes cliniques - Approbation préalable du contrat - 20/12/2008 - 123 - a123020f

Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine - 22/11/2008 - 123 - a123008f

Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine - 25/10/2008 - 123 - a123004f

Expertise

Implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire - 30/05/2009 - 126 - a126016f

Garde médicale

Cercles de médecins généralistes – Service de garde - 19/12/2009 - 128 - a128005f

Service de garde des prisons - 21/11/2009 - 128 - a128002f

Garde d'urgences pédiatriques - 05/09/2009 - 127 - a127004f

Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008 - 06/12/2008 - 123 - a123015f

Garde de médecine générale: participation obligatoire - Déplacement du médecin de garde - Triage téléphonique - 06/12/2008 - 123 - a123013f

Participation au service de garde - Incapacité pour raisons médicales - 06/12/2008 - 123 - a123012f

Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance - 06/12/2008 - 123 - a123011f

Génétique

La réalisation d'un test de paternité - 21/02/2009 - 125 - a125007f

Hôpitaux

Service des urgences – Pandémie grippale – Refus d'admission - 22/09/2009 - 127 - a127014f

Hôpital fusionné - Règlement général et médical Société professionnelle unipersonnelle – Mention du nom du médecin et de la spécialité - 24/01/2009 - 125 - a125002f

Incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital - 20/12/2008 - 123 - a123018f

Médecins inspecteurs de l'Agence autonomisée interne de l'Inspection de l'Aide sociale, Santé publique et Famille - 22/11/2008 - 123 - a123009f

Industrie pharmaceutique

Information par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments - 06/12/2008 - 123 - a123014f

Internet

Annuaire professionnel PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE - 05/09/2009 - 127 - a127011f

Mention de la spécialité sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins - 19/12/2009 - 128 - a128006f

Site internet *www.despecialistenwijzer.be* - 05/09/2009 - 127 - a127009f

Libre choix du médecin

Parents non-cohabitants – Choix du médecin - 21/03/2009 - 125 - a125015f

Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus - 20/12/2008 - 123 - a123017f

Maisons de repos

Médecin coordinateur et conseiller (MCC) dans les maisons de repos et de soins - 25/10/2008 - 123 - a123003f

Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et maisons de repos et de soins pour personnes âgées (MRSPA) - Constitution et accessibilité des dossiers - 25/10/2008 - 123 - a123002f

MRS - Registre des visites à remplir par les médecins - 25/10/2008 - 123 - a123001f

Maladies transmissibles

Influenza A/H1N1 – Vaccination - Communiqué de presse - 24/10/2009 - 127 - a127015f

Maladies sexuellement transmissibles (MST) – Traitement du/des partenaire(s) - 24/10/2009 - 127 - a127016f

Service des urgences – Pandémie grippale – Refus d'admission - 22/09/2009 - 127 - a127014f

Traitement d'un patient présentant une tuberculose multirésistante - 21/03/2009 - 125 - a125014f

L'obligation de traitement - 24/01/2009 - 125 - a125001f

Médecin coordinateur

Médecin coordinateur et conseiller (MCC) dans les maisons de repos et de soins - 25/10/2008 - 123 - a123003f

MRS - Registre des visites à remplir par les médecins - 25/10/2008 - 123 - a123001f

Médecin généraliste

Cercles de médecins généralistes – Service de garde - 19/12/2009 - 128 - a128005f

Service des urgences – Pandémie grippale – Refus d'admission - 22/09/2009 - 127 - a127014f

Cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre - 05/09/2009 - 127 - a127006f

Pandémie grippale A/H1N1 - Point de contact local «soins de santé» - 05/09/2009 - 127 - a127008f

Implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire - 30/05/2009 - 126 - a126016f

Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008 - 06/12/2008 - 123 - a123015f

Garde de médecine générale: participation obligatoire - Déplacement du médecin de garde - Triage téléphonique - 06/12/2008 - 123 - a123013f

Participation au service de garde - Incapacité pour raisons médicales - 06/12/2008 - 123 - a123012f

Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance - 06/12/2008 - 123 - a123011f

Médecin coordinateur et conseiller (MCC) dans les maisons de repos et de soins - 25/10/2008 - 123 - a123003f

Médecin traitant

La délivrance d'une attestation médicale pour l'obtention d'une autorisation de détention d'arme ou d'un permis de port d'arme - 21/02/2009 - 125 - a125010f

Médecin-chef

Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage - 19/12/2009 - 128 - a128004f

Consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital - 30/05/2009 - 126 - a126021f

Incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital - 20/12/2008 - 123 - a123018f

Médecine (Exercice illégal de la-)

Réalisation d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier - 30/05/2009 - 126 - a126017f

Médecine du travail

Médecine du travail - Médecine de contrôle - Loi relative aux droits du patient - 24/10/2009 - 127 - a127019f

Réalisation d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier - 30/05/2009 - 126 - a126017f

Médecine préventive

Médecine préventive - Service "Total Body Scans" proposé par Royal Hospitals - 30/05/2009 - 126 - a126018f

Mammographie - Continuité des soins - 22/11/2008 - 123 - a123007f

Procédure de dépistage dans les unités de mammographie - 22/11/2008 - 123 - a123006f

Médecine sportive

Dosage du lactate par des non-médecins - 05/09/2009 - 127 - a127005f

Médicaments

Indication thérapeutique ajoutée sur l'ordonnance par le médecin et retranscrite par le pharmacien sur l'emballage du médicament - 05/09/2009 - 127 - a127007f

Etudes non interventionnelles prospectives concernant des médicaments - 20/12/2008 - 123 - a123021f

Information par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments - 06/12/2008 - 123 - a123014f

Mineurs d'âge

Parents non-cohabitants - Choix du médecin - 21/03/2009 - 125 - a125015f

La réalisation d'un test de paternité - 21/02/2009 - 125 - a125007f

Organes (Don d')

Protocole "The Belgian Living Donor Exchange" - 26/03/2009 - 125 - a125017f

Pace-maker

Extraction du pacemaker après le décès - 24/01/2009 - 125 - a125003f

Permis de conduire

Implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire - 30/05/2009 - 126 - a126016f

Plaques

Mention de la spécialité sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins - 19/12/2009 - 128 - a128006f

Prescriptions

Maladies sexuellement transmissibles (MST) - Traitement du/des partenaire(s) - 24/10/2009 - 127 - a127016f

Indication thérapeutique ajoutée sur l'ordonnance par le médecin et retranscrite par le pharmacien sur l'emballage du médicament - 05/09/2009 - 127 - a127007f

Psychiatrie

Admission forcée - Refus du service psychiatrique pour manque de place - 07/02/2009 - 125 - a125005f

Psychiatrie - Admission forcée - Rédaction d'un rapport médical circonstancié ou d'un avis - 07/02/2009 - 125 - a125006f

Publicité et réclame

Site internet *www.despecialistenwijzer.be* - 05/09/2009 - 127 - a127009f

Dénomination des sociétés de médecins - Mention du nom et de la spécialité de chaque associé - 16/07/2009 - 126 - a126028f

Hôpital fusionné - Règlement général et médical Société professionnelle unipersonnelle - Mention du nom du médecin et de la spécialité - 24/01/2009 - 125 - a125002f

Information par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments - 06/12/2008 - 123 - a123014f

Certificat pour les unités de mammographie - 22/11/2008 - 123 - a123005f

Qualité des soins

Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008 - 06/12/2008 - 123 - a123015f

Mammographie - Continuité des soins - 22/11/2008 - 123 - a123007f

Radiographie

Médecine préventive - Service "Total Body Scans" proposé par Royal Hospitals - 30/05/2009 - 126 - a126018f

Radiographie - Demande par un infirmier - 09/05/2009 - 126 - a126013f

Présence du médecin radiologue lors de la réalisation de radiographies - 06/12/2008 - 123 - a123016f

Relation médecin/patient

Examen par le médecin contrôleur - Présence de la personne de confiance - 24/10/2009 - 127 - a127018f

Secret professionnel et sida - Information du partenaire - 21/03/2009 - 125 - a125016f

Responsabilité du médecin (=Verantwoordelijkheid van de geneesheer)

Réalisation d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier - 30/05/2009 - 126 - a126017f

Présence du médecin radiologue lors de la réalisation de radiographies - 06/12/2008 - 123 - a123016f Anesthésies simultanées - 06/12/2008 - 123 - a123010f

Saisie de dossiers médicaux

Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et maisons de repos et de soins pour personnes âgées (MRSPA) - Constitution et accessibilité des dossiers - 25/10/2008 - 123 - a123002f

Secret professionnel

Indication thérapeutique ajoutée sur l'ordonnance par le médecin et retranscrite par le pharmacien sur l'emballage du médicament - 05/09/2009 - 127 - a127007f

Collecte de sang - Contrôle par un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique - 04/07/2009 - 126 - a126026f

Inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande - 04/07/2009 - 126 - a126027f

Consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital - 30/05/2009 - 126 - a126021f

Secret professionnel et sida – Information du partenaire - 21/03/2009 - 125 - a125016f

Médecine de contrôle – La communication de données non médicales - 21/02/2009 - 125- a125009f

Personnes en séjour illégal en Belgique – Secret professionnel - CPAS - 07/02/2009 - 125- a125004f

Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et maisons de repos et de soins pour personnes âgées (MRSPA) - Constitution et accessibilité des dossiers - 25/10/2008 - 123 - a123002f

Service 100

Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance - 06/12/2008 - 123 - a123011f

Sida

Secret professionnel et sida – Information du partenaire - 21/03/2009 - 125 - a125016f

Sociétés entre médecins et avec des non-médecins

Société professionnelle de médecins - Gérant - 21/10/2009 - 127 - a127012f

Dénomination des sociétés de médecins - Mention du nom et de la spécialité de chaque associé - 16/07/2009 - 126 - a126028f

Hôpital fusionné - Règlement général et médical Société professionnelle unipersonnelle - Mention du nom du médecin et de la spécialité - 24/01/2009 - 125 - a125002f

Soins à domicile

Indication thérapeutique ajoutée sur l'ordonnance par le médecin et retranscrite par le pharmacien sur l'emballage du médicament - 05/09/2009 - 127 - a127007f

Stage

Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage - 19/12/2009 - 128 - a128004f

Transfusion sanguine

Collecte de sang – Contrôle par un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique - 04/07/2009 - 126 - a126026f

Transplantation

Protocole "The Belgian Living Donor Exchange" - 26/03/2009 - 125 - a125017f

Urgences

Service des urgences – Pandémie grippale – Refus d'admission - 22/09/2009 - 127 - a127014f

Garde d'urgences pédiatriques - 05/09/2009 - 127 - a127004f

Radiographie – Demande par un infirmier - 09/05/2009 - 126 - a126013f

Vaccination

Influenza A/H1N1 – Vaccination - Communiqué de presse - 24/10/2009 - 127 - a127015f

Vie privée

Collecte de sang – Contrôle par un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique - 04/07/2009 - 126 - a126026f

Secret professionnel et sida – Information du partenaire - 21/03/2009 - 125 - a125016f

La réalisation d'un test de paternité - 21/02/2009 - 125 - a125007f



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: ordomedic@skynet.be - Site Internet: <http://www.ordomedic.be>

REDACTEURS EN CHEF

P^r Dr G. Rorive, D^r P. Beke

EDITEURS RESPONSABLES

P^r Dr W. Michielsens, D^r J. Noterman,
place de Jamblinne de Meux 34-35, 1030 Bruxelles

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