
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 6 / AOUT 2001

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

LA REVOLUTION CULTURELLE DE L'ARC-EN-CIEL?

Ce n'est pas vraiment notre habitude de faire atterrir dans votre boîte aux lettres un numéro du "Médecin Spécialiste" durant les mois d'été. Généralement, nous attendons que l'automne s'annonce à nos portes. Pourtant, contrairement aux années passées, l'activité politique battait son plein même en juillet, avec entre autres la préparation de la loi-programme sociale et les débats relatifs à la loi globale sur les "soins de santé".

Nous assistons à une véritable escalade de mesures budgétaires et le système des conventions est vidé de sa substance. Il semble que les autorités ne se posent pas de questions concernant le sens de leurs options politiques ou l'absence de perspective à moyen voire à court terme. On ne s'intéresse plus au contenu des restrictions. On ne consacre plus de temps aux "détails". Le ministre impose tout bonnement aux organes compétents de l'INAMI de supprimer des chapitres ou des séries de prestations de la nomenclature, même si celles-ci sont nécessaires. De nouvelles initiatives prévues aux termes de l'accord, ne sont pas intégrées dans la nomenclature. La notion de "besoin de soins" doit céder le pas à des impératifs budgétaires. Tantôt tous les partis du gouvernement sont entièrement d'accord, tantôt certains d'entre eux font comme si de rien n'était. Où est l' "Evidence based policy"? Peut-être nos responsables politiques sont-ils convaincus que des économies substantielles peuvent encore être réalisées chez nous puisqu'à l'étranger, les études démontrent que les soins de santé belges sont les plus accessibles de toute l'Europe occidentale.

Précisément parce que le gouvernement ne fait aucun cas de l'offre actuelle de soins de qualité, il travaille sans relâche à la construction d'une image "moderne" pour sa politique de santé. Malgré le pouvoir de persuasion de l'image, le citoyen, témoin ennuyé des apparitions successives des excellences sur le petit écran, se demande si tout cela sera vraiment gratuit. Conscient du scepticisme de la population, les autorités savent qu'il faudra offrir bien davantage. Pourquoi pas une tentative en usant du pouvoir magique des mots inscrits au Moniteur belge ? Les "Droits du patient". Le paradis sur terre en matière de soins de santé?

L'avant-projet de la ministre Aelvoet en est maintenant à sa troisième mouture et elle devrait atterrir à la Chambre cet automne. Même si ce n'était pas l'intention, ce projet contient un certain nombre d'effets pervers. Il n'hésite pas à réduire à néant nombre de valeurs et de principes dont les milieux politiques actuels ne sont plus à même de saisir la ratio originale. Pas parce qu'ils n'auraient plus de sens mais bien parce qu'ils paraissent insuffisamment modieux pour s'inscrire dans le rêve de la "métamorphose culturelle" de "l'ère nouvelle". Cela ne gêne pas le moins du monde nos dirigeants que certaines dispositions, comme le droit d'accès direct au dossier médical ou le droit de regard indirect (via un tiers!) dans les notes personnelles du médecin, sans parler de la remise pure et simple de toutes données médicales au patient, constituent une entrave à un exercice correct et de qualité de la profession médicale. Alors que, lors des séances d'audition à la Chambre, le 09.01.01, l'ensemble des représentants médicaux avaient protesté avec véhémence contre ce droit d'accès direct au dossier –sauf le Vice-président néerlandophone du Conseil national de l'Ordre, le Dr. Ivo Uyttendaele-, la ministre AELVOET déclarait dans "De Standaard" du 14.06.2001: "La percée est enfin réalisée grâce à l'Ordre des médecins, qui soutient dorénavant que l'accès direct ne portera pas atteinte à la relation de confiance entre le patient et le médecin mais, bien au contraire,

améliorera celle-ci" (fin de citation, en traduction). Nous avons donc demandé des précisions au Conseil national (cfr notre lettre du 21.06.2001, en p. 6).

De nombreux d'entre vous auront compris que notre système de soins avance à grands pas vers un modèle anglais. Or, voilà que "The Lancet" (June 23, 2001), vient de publier dans sa rubrique "news in brief", l'un à côté de l'autre, deux articles: l'un est consacré à l'initiative prochaine du législateur belge en matière des droits des patients; l'autre, aux intentions du secrétaire d'Etat à la Santé britannique, Alan MILBURN, quant à l'instauration d'une "zero tolerance" face aux éclats de violence psychique ou physique manifestés par des patients et parents de patients à l'égard des médecins et infirmières du N.H.S..

Espérons que le projet du ministre AELVOET ne nous verse point dans une "révolution culturelle" à la chinoise, où les relations de confiance patient-médecin existantes sombrent dans le "behaviour" explosif d'un National Health Service, comme, il y a 35 ans, on enflammait des bûchers dans les rues de Shanghai, pour brûler tous les violons et violoncelles, symboles de l'ancienne culture européenne.

Dans ce numéro nous reprenons le texte intégral de l'avant-projet, soucieux de susciter vos réflexions et arguments nombreux. Nous vous adresserons volontiers les 70 pages de l'exposé des motifs, sur simple demande, éventuellement par voie électronique. Toutes vos remarques seront rassemblées dans un manifeste du GBS à l'intention des parlementaires. Merci d'avance pour votre collaboration.

DROITS DU PATIENT AVANT-PROJET DE LA LOI

Art. 1er La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Chapitre I : dispositions générales

Art. 2 §1er. La présente loi règle des droits de l'homme en matière de santé.

§2. Elle s'applique aux rapports juridiques de droit privé et de droit public dans le domaine de la santé en général, et des soins dispensés par un prestataire de soins à un patient en particulier.

§3 Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la commission visée à l'article 16, préciser des règles relatives à l'application de la loi aux rapports juridiques en matière de santé définis par Lui, afin de tenir compte du besoin de protection spécifique.

Art. 3 Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1° patient : la personne physique, utilisatrice, à sa demande ou non, de services de soins de santé ;

2° soins de santé : services fournis par un prestataire de soins 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 ;

3° prestataire de soins : aussi bien le praticien professionnel visé au 4° que l'institution de soins de santé visée au 5°;

4° praticien professionnel : le praticien professionnel visé à l'AR 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 ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales ;

5° institution de soins de santé: l'institution dispensant des soins de santé, réglementée ou non par la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, ou la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins.

Art. 4 §1er. Chaque praticien professionnel respecte les dispositions de la présente loi dans les limites des compétences qui lui sont conférées par ou en vertu de la loi, le cas échéant en concertation pluridisciplinaire dans l'intérêt du patient.

§2. Si des soins de santé sont dispensés au patient dans le cadre d'une institution de soins de santé, cette dernière veille, sans préjudice de sa propre obligation de respecter elle-même les dispositions de la présente loi et dans les limites de ses possibilités légales, à ce que les praticiens professionnels qui n'y travaillent pas sur la base d'un contrat de travail ou d'une nomination statutaire, respectent également les droits du patient, et que toutes les plaintes à cet égard puissent être introduites auprès de sa fonction de médiation visée à l'article 11 afin d'y être traitées.

Le patient a le droit de recevoir explicitement et préalablement les informations, définies par le Roi après avis de la commission visée à l'article 16, relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'institution de soins de santé concernée.

L'institution de soins de santé est responsable des manquements relatifs au respect des droits du patient définis dans la présente loi qui s'y produisent, à l'exception des manquements commis par des praticiens professionnels qui y travaillent et pour lesquels les informations visées à l'alinéa précédent en disposent autrement de manière explicite.

Chapitre II : droits du patient

Art. 5 Le patient a droit, de la part du prestataire de soins, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

Art.6 Le patient a droit au libre choix du prestataire de soins et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.

Art. 7 §1er. Le patient a droit, de la part du prestataire de soins, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

§2 La communication avec le patient se déroule dans une langue claire et compréhensible.

Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit.

A la demande du patient, les informations sont communiquées à une personne de confiance désignée par lui. Cette demande du patient et l'identité de cette personne de confiance sont consignées ou ajoutées dans le dossier du patient.

§3. Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande à moins que la non-communication de ces informations ne cause manifestement un grave préjudice au patient ou à des tiers et à condition que le prestataire de soins ait consulté préalablement un autre prestataire de soins à ce sujet et entendu la personne de confiance éventuellement désignée dont question au §2, alinéa 3.

La demande du patient est consignée ou ajoutée dans le dossier du patient.

§4. Le prestataire de soins peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations visées au § 1er au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave au patient et à condition que le prestataire de soins ait consulté un autre prestataire de soins.

Dans ce cas, le prestataire de soins ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient et en informe la personne de confiance éventuellement désignée dont question au §2, alinéa 3.

Dès que la communication des informations ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1er, le prestataire de soins doit les communiquer.

Art. 8 §1er. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du prestataire de soins moyennant information préalable

Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le prestataire de soins, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention.

A la demande du patient ou avec l'accord de celui-ci, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§2 . Les informations visées au §1er concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les répercussions financières et les alternatives possibles. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le prestataire de soins

§3. Les informations visées au §1er sont fournies préalablement et en temps opportun, ainsi que dans les conditions et suivant les modalités prévues aux §§2 et 3 de l'article 7.

§4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au §1er, pour une intervention.

A la demande du patient ou du prestataire de soins, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

Le refus ou le retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité, tel que

visé à l'article 5 , à l'égard du prestataire de soins.

Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer les droits tels que fixés dans cette loi, le patient a fait savoir par écrit qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée du prestataire de soins, ce refus doit être respecté aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits lui-même.

§ 5. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre III, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le prestataire de soins dans l'intérêt du patient. Le prestataire de soins en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.

Art. 9 §1er. Le patient a droit, de la part de son prestataire de soins, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la demande du patient, le prestataire de soins ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier le concernant.

§2. Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 45 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant

Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

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, qu'elle soit ou non praticien professionnel. Ce dernier consulte également les éléments du dossier de patient visés à l'alinéa 3.

Ce n'est que si le dossier du patient contient une motivation écrite telle que visée à l'article 7, §4, alinéa 2, qui est encore pertinente, que le patient exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, lequel praticien consulte également les éléments du dossier de patient visés à l'alinéa 3

§3. Le patient a le droit d'obtenir, au prix coûtant, une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci, conformément aux règles fixées au §2.

Le prestataire de soins refuse de donner cette copie s'il est d'avis qu'en accédant à la demande, il pourrait manquer, à l'égard de tiers, à son devoir en matière de secret professionnel.

§ 4. Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du praticien professionnel désigné par le demandeur, le droit de consultation, visé au §2, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. Le praticien désigné consulte également les éléments du dossier de patient visés au §2, alinéa 3.

Art. 10 §1er. Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du prestataire de soins, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé.

§2. Aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice de ce droit sauf si cela est prévu par la loi et est nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés de tiers.

Art.11 §1er. Le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation compétente.

§2. La fonction de médiation a les missions suivantes:

1° la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le prestataire de soins;

2° le traitement des plaintes visées au §1er en vue de trouver une solution;

3° l'information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution telle que visée en 2°;

4° la communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation.

§3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la commission visée à l'article 16, les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, les règles de

procédure et le ressort.

Ces règles peuvent varier en fonction des types de prestataires de soins auxquels la fonction de médiation se rapporte.

Chapitre III : représentation du patient

Art. 12 §1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. S'il s'avère apte à exercer ses droits lui-même, il peut le faire sans l'intervention de ses parents ou de son tuteur.

Art. 13 §1er. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur relevant du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés par ses parents ou par son tuteur.

§2. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

Art.14 §1er. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur ne relevant pas d'un des statuts visés à l'article 13 , sont exercés par la personne, que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même.

La désignation de la personne visée à l'alinéa 1er, dénommée ci-après "mandataire désigné par le patient" s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par cette personne ainsi que par le patient, mandat par lequel ce dernier marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par le patient au moyen d'une lettre datée et signée.

§2. Si le mandataire désigné par le patient fait défaut ou n'intervient pas, les droits fixés par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait.

Si cette personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, les droits sont exercés, en ordre subséquent, par un enfant majeur, un parent, un frère ou une soeur majeurs du patient.

Si une telle personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le prestataire de soins concerné, au besoin dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient.

Cela vaut également en cas de conflit entre deux ou plusieurs des personnes mentionnées dans le présent paragraphe.

§3. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

Art. 15. §1er. En vue de la protection de la vie privée du patient telle que visée à l'article 10, le praticien professionnel concerné peut rejeter en tout ou en partie la demande de la personne visée aux articles 12, 13 et 14 visant à obtenir consultation ou copie comme visé à l'article 9 §2 ou §3.

§2. *"Dans l'intérêt du patient et en vue d'éviter toute atteinte grave à la vie ou à l'état de santé de celui-ci, le praticien professionnel déroge, le cas échéant en concertation multidisciplinaire, de la décision prise par la personne visée aux articles 12, 13 et 14 § 2. Lorsqu'une personne visée à l'article 14 § 1, avait pris la décision, le praticien professionnel ne peut déroger de celle-ci, à moins que cette personne n'est pas en mesure d'invoquer la volonté expresse du patient" (traduction non officielle)*

§3. Dans les cas visés aux §§ 1 et 2, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient.

Chapitre IV : Commission fédérale « Droits du patient »

Art.16 §1er. Une Commission fédérale « Droits du patient » est créée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

§2. Elle aura pour mission :

1° de collecter et traiter des données nationales et internationales concernant des matières relatives aux droits du patient ;

2° de formuler des avis, sur demande ou d'initiative, à l'intention du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, concernant les droits et devoirs des patients et des prestataires de soins ;

3° d'évaluer l'application des droits fixés dans la présente loi ;

4° d'évaluer le fonctionnement des fonctions de médiation;

5° de traiter les plaintes relatives au fonctionnement d'une fonction de médiation.

§3. Un service de médiation est créé auprès de la commission. Il est compétent pour renvoyer une plainte d'un patient concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi à la fonction de médiation compétente ou, à défaut de celle-ci, pour la traiter lui-même, comme visé à l'article 11, §2, 2° et 3°.

§4 . Le Roi précise les règles concernant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient ». Sur le plan de la composition, une représentation équilibrée sera garantie entre les représentants des patients, des prestataires de soins et des organismes assureurs tels que visés à l'article 2, i, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Des fonctionnaires des départements ministériels ou des services publics concernés peuvent également être prévus en tant que membres à voix consultative.

§5. Le secrétariat de la commission est assuré par le fonctionnaire général désigné par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Chapitre V : dispositions modificatives et finales

Art.17 Dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est inséré un article 70quater, libellé comme suit :

« Art. 70 quater. Chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, §1er, de la loi du ...relative aux droits du patient, étant entendu que le Roi peut définir les conditions dans lesquelles cette fonction de médiation peut être exercée par le biais d'un accord de collaboration entre hôpitaux. »

Art.18 A l'article 10, §2, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, modifiée par la loi du 11 décembre 1998, les alinéas 1er et 2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Toute personne a le droit, dans les conditions et suivant les modalités fixées dans la loi du.....relative aux droits du patient, de prendre connaissance des données à caractère personnel traitées en ce qui concerne sa santé. »

Art.19 La première phrase de l'alinéa 1er de l'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est supprimée.

La Ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

M. AELVOET

DROITS DES PATIENTS

LETTRE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Bruxelles, le 21.06.2001

Monsieur le Président,
Chers Collègues,

Concerne: droits des patients.

L'exposé des motifs (p 38-39) de l'avant-projet de loi relatif aux droits des patients de la ministre AELVOET fait abondamment référence à l'avis émis par le Conseil national (17 février 2001), en citant notamment: "le droit à la consultation directe du dossier médical par le patient lui-même s'inscrit dans le prolongement du devoir d'information et de la communication ouverte autorisée". La ministre ajoute: "Les auteurs ne veulent pas d'un compromis ambigu ("een halfslachtig compromis") entre le droit de consultation directe et le droit de consultation indirecte." Et plus loin: "Bref, rechercher un compromis entre le droit de consultation directe et le droit de consultation indirecte, c'est vouloir marier l'eau et le feu. Il fallait donc que les auteurs fassent un choix. Ils ont opté pour un droit de consultation directe."

Dans la mesure où la ministre se réfère effectivement à l'avis du Conseil national, nous pensons que celui-ci était bien plus nuancé que ce qu'elle souhaite nous faire croire. L'avis ne nous semble pas s'écarter des dispositions actuelles de l'article 42 du Code de déontologie médicale, aussi "ambigu" que celui-ci puisse paraître à madame la Ministre. Nous avons davantage l'impression que la citation de l'exposé des motifs a été tirée intentionnellement de son contexte. Toujours est-il que tout ceci nécessite rectification d'urgence, ce qui ne peut être fait que par les auteurs-mêmes de l'avis. Il serait étonnant que le Conseil national ne veillerait plus au respect de son propre Code déontologique.

Cependant, parmi les textes des exposés des sessions d'audience organisées par la Commission de la Chambre, le 9 janvier 2001, nous lisons ces quelques lignes surprenantes du discours du Dr I. UYTENDAELE, Vice-président néerlandophone du Conseil national: "Quoi que l'on puisse entendre par le dossier du patient, le Conseil national est d'avis qu'il n'y a pratiquement plus d'objections du point de vue déontologique, contre un droit de consultation directe par le patient." Et plus loin: " L'évolution sociale dans la manière de penser a eu pour conséquence que le respect de l'autonomie du patient constitue une valeur supérieure à ce principe de bon père de famille ("bestwill-principe") sur lequel on fondait jadis l'idée qu'il valait mieux pour le patient de ne pas avoir d'accès direct et, plus récemment, de n'avoir qu'un accès indirect. Dans certains cas, il en sera toujours ainsi. Il est donc bon que l'exception thérapeutique soit reconnue dans la note conceptuelle sans toutefois y mettre l'accent". (nous traduisons et soulignons)

Il ressort des discussions politiques au sein du gouvernement que c'est en fait de ce texte que la ministre a tiré sa conviction que l'Ordre n'aurait plus aucune objection contre un droit d'accès et de copiage direct.

Nous nous permettons toutefois de souligner que tous les autres représentants médicaux participant aux auditions, se sont scrupuleusement abstenus de ce type de discours et ont, bien au contraire, unanimement plaidé pour la communication des données par l'entremise d'un professionnel compétent, c.à.d. un médecin. Après la séance, nous avons d'ailleurs eu l'occasion de faire part de nos griefs contre les thèses soutenues par le Dr Uyttendaele, à l'auteur lui-même.

Nous craignons que le méprisant qualificatif "ambigu" ("halfslachtig") de la ministre n'ait trouvé sa source d'inspiration dans la citation susmentionnée du Vice-président du Conseil national.

Cette évolution nous semble amèrement regrettable, d'autant plus que la ministre semble d'ores et déjà aller bien plus loin, en livrant même les annotations personnelles du médecin au regard indiscret d'une personne de confiance, qu'elle soit médecin, avocat, assureur, fossoyeur ou poète. Seule l'exception thérapeutique formellement motivée pourrait bénéficier d'une confidentialité professionnelle un peu plus stricte, à savoir par l'entremise d'un praticien professionnel. Selon le cadre légal actuel celui-ci peut être médecin, pharmacien, kinésithérapeute, opticien-lunettier, etc... Pas un mot au sujet de la déontologie et des responsabilités de toutes ces personnes lorsqu'elles véhiculent les données médicales relatives au patient.

Nous espérons que le Conseil national veuille à préciser très rapidement et publiquement son point de vue à l'égard du nouveau projet ministériel, y compris son exposé des motifs.

Veuillez croire...

Dr M. MOENS
Secrétaire général

Prof. Dr. J. GRUWEZ
Président

REFLEXIONS CONCERNANT LA NOTION DE "CONSENTEMENT ECLAIRE"

W. Gonthier

Cabinet d'avocats GONTHIER-DHAENENS – Anvers

JUSTIFICATION

1.

Le propos de ce qui suit n'est certainement pas de réaliser une étude **exhaustive** des différents problèmes trouvant leur origine dans la problématique du "consentement éclairé" ou ayant un rapport avec ce sujet. La problématique qui nous occupe présente en effet un certain nombre d'aspects qui ne sont d'ailleurs pas toujours abordés clairement dans la jurisprudence. Nous nous éloignerions par trop de notre propos si nous décidions d'examiner de manière exhaustive ces différents aspects ainsi que la jurisprudence et la doctrine qui s'y rapportent. Nous nous limiterons dès lors par la force des choses à tracer les **lignes directrices** régissant cette matière et nous renvoyons le lecteur aux publications détaillées existant sur le sujet pour une approche plus approfondie.

2.

Dans le cadre de notre propos, nous approchons la problématique du "consentement éclairé" **exclusivement** dans sa perspective **juridique**, de sorte que les aspects déontologiques liés à cette problématique ne sont pas examinés ici puisque nous nous limitons volontairement à la problématique de la responsabilité dans la situation juridique médecin-patient, limitée au domaine du "consentement éclairé".

3.

En outre, lors de la formulation de ce qui suit, nous n'avons tenu aucunement compte du projet de loi relative aux **droits du patient**. Une directive européenne sur ce sujet est certes à l'étude et un projet de loi a même été élaboré. Toutefois, à ce jour, aucune réglementation juridiquement contraignante n'a encore été élaborée dans le système juridique belge. Dans la mesure où les projets de loi ont la fâcheuse tendance de changer de contenu pour des raisons les plus diverses avant d'être transposés en loi, nous avons préféré, dans le cadre de ce qui nous occupe, nous en tenir aux principes de droit tels qu'ils sont applicables aujourd'hui.

Il est certain que nous aussi sommes demandeurs d'une initiative législative en la matière puisque c'est la seule manière de donner une forme définitive à certaines ambiguïtés, plus particulièrement dans la problématique de la **charge de la preuve**. "En attendant de plus beaux jours", nous devons pourtant actuellement nous contenter de la jurisprudence et de la doctrine existantes et nous veillerons à ne pas nous laisser aller à commenter ou à intégrer dans le présent exposé certaines positions politiques intégrées dans le projet de loi déposé.

REFLEXION PRELIMINAIRE

Bien que le problème du "consentement éclairé" ait bénéficié d'une attention toute particulière ces dernières années, force nous est de constater que nombreux sont ceux qui n'ont toujours pas pris conscience de la portée ou des conséquences juridiques de cette problématique.

Selon nous, il n'existe pas de meilleure illustration que l'arrêt de la COUR D'APPEL d'Anvers du 9.11.1987. Ne fût-ce que pour montrer comment cette problématique est "traitée", nous nous proposons, en guise d'introduction, de nous pencher quelques instants sur cet arrêt.

L'arrêt fait suite à une pneumoangiographie qui a été réalisée sans que le patient n'ait été informé, d'une part, qu'un tel examen approfondi allait être pratiqué et, d'autre part, des risques inhérents à cet examen. Le patient avait juste été informé, et encore par une infirmière, qu'un examen serait réalisé. Dans le cas en question, l'angiographie a eu pour conséquence la perforation du myocarde du patient avec les conséquences pathologiques qui y sont associées.

Les experts désignés ont soutenu dans leur rapport que ladite perforation est une "*complication connue*" mais qu'ils sont d'avis que le patient ne devait pas être informé du fait que l'examen allait être réalisé. A ce propos, il convient de souligner que ces conclusions ont été formulées par des **experts** qui, du reste, comme cela transparaît des termes de l'arrêt, ont été bien ennuyés après coup avec ces présomptions.

La Cour déclare que ledit constat, et plus particulièrement que le patient ne devait pas être informé de cet examen, est tout simplement **déconcertant**.

Tandis que la Cour avait déjà constaté quelque peu perplexe qu'aucune faute médico-technique n'avait été reprochée à l'encontre du médecin traitant, la Cour a néanmoins décidé que, sur la seule base de l'absence de consentement éclairé, le médecin traitant était responsable du préjudice subi par le patient à la suite de cet examen, de sorte que ledit médecin a été condamné à l'indemnisation des dommages subis par le patient.

Malgré la jurisprudence et la doctrine qui sont d'application en la matière, cet arrêt permet uniquement de déduire que même les "*experts*" n'avaient pas conscience, en 1987, de l'importance des conséquences d'un manquement à l'obligation imposée au médecin d'obtenir un "consentement éclairé" du patient.

Il est vrai que depuis lors, la problématique qui nous occupe est de plus en plus fréquemment au cœur de l'actualité. Malgré tout, il est clair que même aujourd'hui, les problèmes en relation avec le "consentement éclairé" sont encore souvent abordés avec une trop grande légèreté par les médecins eux-mêmes. Les conséquences de cette attitude sont – même à l'heure actuelle – encore toujours mal estimées.

Dès lors, il ne nous semble certainement pas superflu de nous livrer à une approche juridique de cette problématique.

POINT DE DEPART JURIDIQUE / INFORMATIONS CONCERNANT LE CONSENTEMENT

Consentement

Chaque intervention médicale – et a fortiori chaque intervention chirurgicale – implique par définition une atteinte à l'intégrité physique du patient. Cette intégrité physique est garantie notamment par l'article 12 de la CONSTITUTION et par l'article 3 de la CONVENTION EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME. En l'absence de l'autorisation du patient, une intervention médicale relèverait de la notion pénale de "*coups et blessures*". Ce consentement constitue dès lors une **exigence fondamentale** pour soustraire l'intervention médicale au droit pénal (voir notamment Cour d'appel de Liège 30.4.98).

Le consentement du patient qui est indispensable pour soustraire l'intervention à l'application du droit pénal ne peut être donné que par le **patient en personne** et nul ne peut se substituer au patient. En corollaire, on peut dire que le consentement du patient suffit pour permettre l'intervention médicale et pour que celle-ci ne soit plus considérée comme punissable.

Les **mineurs** qui ne sont pas juridiquement capables de manifester leur volonté, ne peuvent naturellement pas donner ce consentement. Pour eux, le consentement devra être donné par les parents. Si ceux-ci ne cohabitent pas, le consentement du parent faisant appel à un médecin pour l'enfant, est généralement suffisant. La situation devient naturellement plus délicate lorsque le médecin a connaissance du fait que l'autre parent a une opinion différente en la matière, même si les parents cohabitent. Le médecin devra alors tenir compte de cette divergence de vues et il aura tout intérêt à "*rechercher l'accord des deux parents*" (avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16.11.1996).

Lorsqu'une **disposition judiciaire** attribue l'exercice de l'autorité parentale à un des parents, le consentement de ce parent est suffisant.

A ce sujet, nous renvoyons également le lecteur à la modification de la loi du **13.4.1995** où il est clairement indiqué que les **deux parents** ont droit à être informés de l'état de santé de leur enfant, et ce même si lesdits parents ne cohabitent pas ou plus.

Un problème peut évidemment surgir lorsqu'une personne juridiquement capable de manifester sa volonté se trouve dans une **impossibilité de fait** de donner son consentement ou de refuser qu'une intervention médicale envisagée ait lieu.

Pour autant que cette impossibilité concerne des "*patients confus*", des indications suffisantes concernant la procédure à suivre peuvent être trouvées dans l'avis du CONSEIL NATIONAL de l'ORDRE DES MEDECINS du **20.6.1998**.

Confronté à une "*impossibilité de fait*" (voir par exemple l'état comateux dans lequel le patient se trouve), le médecin se conformera aux principes énoncés ci-après.

Si le patient est dans un état tel que **sa vie est en péril**, le médecin peut invoquer cette **situation de détresse** qui constitue un fondement juridique suffisant pour exécuter l'intervention vitale.

Dans le cas d'une situation où la **vie du patient n'est pas en péril**, nous partageons l'avis du Professeur VANSWEEVELT qui estime que la décision de réaliser ou non l'intervention médicale doit être prise en fonction de la **volonté probable** du patient. Comme il n'existe pas de disposition légale décisive en la matière, le médecin devra tenter de découvrir cette "*volonté probable*".

Pour ce faire, nous pensons judicieux d'appliquer le principe directeur selon lequel le mode de vie escompté d'une personne agissant normalement est de rester "*en bonne santé*". Cette "*espérance de santé*" ou tout au moins cet "*espoir de santé*" doit dès lors être pris en compte lors de la définition de la "*volonté probable*" du patient. Le traitement doit ainsi tenir compte en priorité de ce mode de vie normalement escompté.

D'autre part, il convient cependant de soupeser les **risques** éventuels liés à une intervention et le **résultat normalement escompté** de celle-ci.

En d'autres termes, le médecin traitant devra soupeser les risques liés à l'intervention envisagée en considérant le contexte du mode de vie dit normal, étant entendu qu'il convient naturellement de se demander, ne fût-ce que de manière implicite, si le patient serait normalement disposé à préférer les risques inhérents à l'intervention en dehors ou en plus du résultat escompté.

Tant en ce qui concerne l'espérance de santé normalement d'application que lors de l'évaluation des risques par rapport au résultat, les **déclarations des membres de la famille ou de tiers** pouvant formuler des déclarations utiles en la matière, peuvent aider à définir ladite "*volonté probable*".

Pour ce faire, le médecin traitant doit faire preuve de la circonspection nécessaire et doit même soumettre lesdites déclarations à un examen critique, surtout si ces déclarations tendraient à empêcher une intervention utile pour la santé du patient. Toutes les déclarations ne sont pas nécessairement formulées "*de façon désintéressée*". En se livrant à cette évaluation, le médecin traitant aura d'ailleurs également tout intérêt à tenir compte des dispositions de l'article 142 bis du Code pénal, au cas où il pourrait y avoir refus d'une certaine prestation de soins.

Le médecin traitant se trouvera peut-être alors dans une **zone de tension** où il devra évaluer "*la volonté probable*" du patient en considérant son obligation de dispenser les soins nécessaires. Cette évaluation ne sera certainement pas toujours aussi aisée. Le médecin se laissera guider par son sens des responsabilités, d'une part, et par les principes du "*bon sens*", d'autre part. Tout ceci peut évidemment conduire à une prise de décision nuancée pour laquelle on ne peut pas avoir la certitude a priori qu'elle ne sera pas contestée ultérieurement soit par le patient soit par ses ayants droit. Nous voulons juste dire que les possibilités existant dans le cas présent doivent être évaluées avec la **rigueur nécessaire**.

Revenons à l'hypothèse qui se vérifie dans la plupart des cas, à savoir que le patient est à même de donner son consentement.

Comme il n'existe pas de réglementation précisant la manière dont ce consentement peut ou doit être donné, il va de soi que celui-ci peut également être formulé **verbalement**.

Le consentement qui doit et qui est donné par le patient peut en effet alors être déduit d'un certain nombre de circonstances concrètes en ce qui concerne l'établissement de la preuve.

La jurisprudence a ainsi confirmé à plusieurs reprises que le **comportement** du patient permet de déduire si celui-ci s'est déclaré d'accord avec l'intervention médicale envisagée. Nous avons lu à cet égard, notamment dans la jurisprudence et dans la doctrine, que l'**attitude de fait** du patient peut effectivement être pertinente (voir notamment Cour d'Appel d'Anvers 18.2.1997). Il y est indiqué qu'une présomption suffisante d'accord avec l'intervention envisagée peut être déduite dudit comportement.

Pour l'exprimer prosaïquement : un patient qui découvre son bras pour le mettre "*à disposition*" du médecin traitant, pourra difficilement affirmer par la suite qu'il n'était pas disposé à subir une prise de sang. Cet exemple est bien évidemment simpliste mais il a pour seul objet de montrer qu'une présomption d'accord peut être déduite de l'attitude de fait du patient. Nous en reparlerons d'ailleurs ultérieurement lorsque nous traiterons plus particulièrement de la **charge de la preuve** en matière de "*consentement éclairé*".

Un **problème particulier** peut se poser en ce qui concerne le consentement du patient en cas d'**extension** de l'intervention prévue initialement.

Dans cette hypothèse, le patient a initialement donné son consentement à la réalisation d'une intervention médicale déterminée. Au cours de l'intervention, le médecin constate qu'une modification ou une extension de l'intervention planifiée initialement à laquelle le patient a donné son consentement, peut s'avérer utile dans la perspective de l'état de santé général du patient.

Comment le médecin agit-il dans le cadre du consentement donné à l'origine par le patient? Il convient d'établir une distinction entre les situations suivantes :

1.

La modification du traitement envisagé – et ceci vaut en particulier pour la modification d'un plan opératoire – s'impose étant donné que la situation constatée au moment de l'intervention **met en péril la vie** du patient. Dans la mesure où le patient a donné son consentement pour l'intervention prévue initialement et compte tenu du "*comportement normal*" évoqué plus haut, nous estimons que le médecin peut, dans pareille situation, invoquer la **situation de détresse** qu'il a constatée. Comme le patient a donné son consentement pour une intervention justement pour préserver sa santé, le médecin n'a pas d'autre choix, selon nous, s'il fait le constat susvisé, que d'ajuster le schéma du traitement ou le plan opératoire en fonction des constatations faites au moment de l'intervention.

2.

Au cours du traitement, le médecin constate que la vie du patient n'est certes pas sérieusement menacée mais qu'elle le sera **à brève échéance** avec comme élément supplémentaire que **l'interruption de l'opération** augmenterait le risque mettant la vie en péril.

Selon nous, le médecin peut dès lors ajuster le plan opératoire. Il ne serait en effet pas judicieux d'interrompre l'opération si les risques mettant la vie en péril seraient alors accrus, à savoir vie en péril à brève échéance et risque accru en cas d'interruption de l'intervention.

Quoi qu'il en soit, le médecin accordera à cet instant une attention toute particulière à l'examen des composants susvisés. Aux qualifications et compétences professionnelles supposées en droit correspondent des responsabilités.

3.

A l'occasion de l'intervention, le médecin constate qu'une modification du plan opératoire est **indiquée** alors que cette modification n'entraîne pas, pour le patient, une charge supplémentaire ou des risques que l'on peut qualifier de déraisonnables. En l'absence de cette surcharge et/ou de ces risques, le médecin traitant peut, selon nous, modifier le plan opératoire lorsque cette modification, limitée dans ses effets, s'inscrit manifestement dans le cadre du consentement donné initialement.

4.

En l'absence de toute situation de détresse et pour peu que l'interruption de l'intervention n'entraîne pas un risque sérieux et que la modification du plan opératoire ne soit pas absolument indiquée dans la perspective de la préservation du bien-être physique du patient, le médecin traitant doit, selon nous, **interrompre** l'opération afin de s'efforcer d'obtenir du patient le consentement supplémentaire nécessaire.

Une réintervention ultérieure sur la base des éléments ne mettant pas directement en péril la vie du patient, auxquels le médecin se trouve confronté lors de l'intervention, nous semble la seule possibilité pour obtenir le consentement nécessaire du patient.

Tous les termes utilisés dans les quatre hypothèses décrites plus haut doivent bien entendu être examinés et complétés en faisant preuve de la circonspection et du bon sens nécessaires.

Le médecin traitant devra très probablement se livrer à un délicat "*exercice d'équilibre*" au cours duquel il devra naturellement se laisser guider par sa compétence professionnelle et son souci fondamental de ne se laisser guider, quoi qu'il en soit, que par le souci d'administrer à son patient des soins de santé optimaux.

Les informations

Le consentement exigé du patient implique par définition nécessairement que ce consentement est donné en **connaissance de cause**, à défaut de quoi le consentement perdrait naturellement sa validité. Ce n'est qu'avec ces informations que le consentement du patient peut être considéré comme **valable**.

A cet égard, la COUR D'APPEL d'Anvers (Arrêt du 18.2.1997) a jugé que :

*"Overwegende dat uiteraard terzake een informatieverplichting van de patiënt uitermate belangrijk is en deze moet kunnen toestemmen **met kennis van zake**".*

S'il ne dispose pas d'informations suffisantes, le patient ne peut tout simplement pas donner son consentement...

A ce sujet, nous pensons pouvoir avancer les principes juridiques suivants :

1. Les informations nécessaires pour le consentement doivent être données par le **Médecin traitant**.

Dans ce même cadre, nous renvoyons le lecteur à l'Arrêt de la COUR D'APPEL d'Anvers du 9.11.1987 dans lequel – indépendamment de leur caractère sommaire – les "*informations*" ont été fournies par une infirmière. L'obligation d'information est une obligation **personnelle** du médecin traitant qui ne peut, à notre avis, être déléguée à un tiers.

L'application de ce principe implique que chaque médecin participant au traitement est responsable, en matière d'obligation d'information, pour son "*apport*" au traitement.

Ainsi, l'anesthésiste par exemple devra informer le patient concernant les prestations qu'il est appelé à effectuer, tandis que le radiologue chargé des interventions pré-opératoires devra le faire concernant ces interventions, et naturellement le chirurgien concernant l'intervention chirurgicale proprement dite.

Force nous est de constater à cet égard qu'il est fait trop peu de cas de cette obligation **individuelle**, ce qui a pour conséquence néfaste que chaque médecin intervenant part du principe que les informations nécessaires seront fournies par son collègue...

2. En outre, il est évident que les informations doivent être fournies au patient **en temps utile**.

Pour que le consentement du patient, pour lequel les informations sont nécessaires, soit obtenu valablement, il faut bien entendu que le patient ait reçu lesdites informations en temps utile, de manière à pouvoir les analyser de manière suffisante pour ensuite, au terme de cette analyse, donner un consentement **éclairé**. Seul un consentement éclairé peut être qualifié de "*consentement*", le patient devant impérativement avoir la possibilité d'évaluer la portée de l'intervention proposée et les risques qui y sont inhérents, pour pouvoir prendre une décision valable sur la base de cette évaluation.

3. Les informations à fournir par le médecin doivent également être **complètes**.

C'est absolument impératif lors de la prise de décision du patient.

Les informations porteront entre autres sur les aspects suivants :

3.1. *La pathologie du patient*

Pour que le patient puisse donner son consentement pour une intervention envisagée, il doit naturellement savoir **de quoi il souffre**.

Soulignons d'ores et déjà que ces informations doivent être "*compréhensibles*". En règle générale, le patient n'aura que faire de certains détails médico-techniques, mais il est nécessaire de lui dire, dans un langage compréhensible pour lui, de quoi il souffre et de l'informer des risques éventuels s'il venait à négliger ce qui a été constaté.

Les informations à fournir à cet égard auront évidemment un contenu qui variera considérablement **selon le patient** puisque le médecin tiendra compte du fait que certains patients demanderont ou jugeront utile de recevoir plus ou moins d'informations.

Dans ce cas-ci également, le médecin traitant agira en faisant preuve du bon sens nécessaire. En effet, certaines communications exagérément détaillées pourront entraîner, dans le chef du patient, des réactions susceptibles d'émousser sa faculté de jugement normale.

De plus, le médecin traitant devra se livrer à l' "*exercice d'équilibre*" nécessaire entre les informations qu'il doit communiquer et la capacité du patient à analyser ces informations d'une manière objective. Alors que chaque patient a en principe droit à des informations complètes concernant son état de santé, ces dernières devront être communiquées de manière à ne pas déclencher une "*réaction de panique*" chez le patient. Ce n'est qu'en procédant de la sorte que l'obligation d'information pourra être remplie en fonction de la situation concrète dans laquelle le patient se trouve. Nous renvoyons le lecteur à ce propos au point 4.

Le seul critère applicable en l'espèce sera l'**objectivité** nécessaire et le souci professionnel du médecin de fournir au patient des informations telles que celui-ci peut estimer sa situation avec une lucidité suffisante. C'est au **patient** qu'il revient, en dernier ressort, de décider, sur la base des informations qui lui ont été fournies concernant son état physique et/ou psychique, s'il souhaite ou non autoriser une intervention médicale envisagée. Cette décision ne peut être prise que si le médecin a suffisamment informé le patient, étant entendu qu'il est évidemment de la responsabilité du médecin de fournir au patient **ces** informations qui doivent permettre à celui-ci d'analyser son problème de façon objective.

C'est l'évidence même que tout ceci n'est pas chose aisée. D'ailleurs, nous ne pouvons à cet égard que déplorer le fait que, du moins pour autant que nous le sachions, une attention manifestement insuffisante est accordée à cet aspect de la pratique médicale durant la formation du médecin. A l'heure actuelle, le "*consentement éclairé*" est un problème qui mérite au minimum d'être qualifié d'aigu, de

sorte qu'il nous semble urgent d'y consacrer l'attention nécessaire dans le cadre de la formation des médecins.

Quoi qu'il en soit, il faut, pour obtenir un "*consentement éclairé*", que le médecin traitant informe le patient d'une manière objective et compréhensible pour lui concernant la pathologie existante. En l'absence de cette information, le consentement du patient est tout simplement illusoire et **n'est donc pas opposable** au patient.

3.2. Le traitement proposé

Le patient ne pourra également donner son consentement que lorsqu'il aura été suffisamment informé de la nature, du motif et des conséquences de l'intervention que le médecin envisage. Un des éléments de ce volet de l'obligation d'information consiste certainement dans la mention des **risques** inhérents au traitement proposé. Un certain nombre de décisions judiciaires confirment que lesdites informations sont nécessaires à l'obtention d'un "*consentement éclairé*".

La COUR D'APPEL de Bruxelles a prononcé dans son arrêt du **29.3.1996** :

"Il appartient au médecin d'informer son patient des alternatives au traitement ou à l'intervention envisagée, des modalités de ceux-ci et des conséquences ou risques de complication ou d'accident qui en découlent". Cet arrêt est cité uniquement à titre d'exemple dans la mesure où la même obligation d'information est retenue dans un nombre considérable d'autres décisions judiciaires.

Ici aussi, les informations en question seront "*pondérées*" et "*complètes*".

Il ressort clairement de la jurisprudence existante qu'un nombre considérable de problèmes avec le patient – qui, à l'heure actuelle, conduisent trop facilement à des procédures judiciaires... – peuvent être évités en informant le patient clairement au préalable des risques qu'il encoure lors de l'intervention envisagée.

Il convient donc de tenir compte du fait que le médecin doit impérativement partir du principe que les risques liés à l'intervention sont peut-être évidents pour lui – eu égard à ses connaissances médicales – mais que cette évidence fait **défaut** chez le patient. Nous sommes malheureusement forcés de constater que certains médecins ne prêtent pas suffisamment d'importance à cet aspect de l'obligation d'information, avec toutes les conséquences néfastes qui en résultent. Le médecin aura donc tout intérêt à ne jamais perdre de vue que le patient ne dispose pas des connaissances techniques que le médecin possède, de sorte qu'il devra obligatoirement faire abstraction des "*connaissances préalables*" existant dans son chef.

En résumé, nous ne pouvons que conseiller à cet égard de développer une attention **particulière**, le médecin traitant devant pour ainsi dire se glisser dans la peau du patient. Nous sommes d'avis que bon nombre de procédures judiciaires auraient pu être évitées si le médecin traitant s'en était donné la peine. Nos propos ne doivent certainement pas être perçus comme un reproche. Il n'empêche que l'absence d'une estimation correcte de l'obligation imposée au médecin traitant peut avoir des conséquences extrêmement fâcheuses...

Dans le cadre de ce qui nous occupe, on peut naturellement s'interroger sur la totalité des informations à fournir concernant les **risques** liés à l'intervention. Concrètement, on se demande naturellement de quels risques le patient doit être informé.

A ce sujet, revenons une fois encore sur l'Arrêt de la COUR D'APPEL d'Anvers du **9.11.1987** où, dans le cadre de la procédure engagée, les experts ont estimé que la complication survenue était un "*petit risque*" qui devait de plus être qualifié de "*complication connue*".

A cet égard, ledit arrêt stipule, selon nous, à juste titre :

"Overwegende dat de experts duidelijk zegden dat de perforatie van de hartwand een "bekende verwikkeling" is, wat toch nauwelijks als een "gering risico" kan worden "bestempeld".

Par conséquent, il est clair que le patient a le droit d'être informé des risques **normaux**, c'est-à-dire de risques prévisibles auxquels on peut s'attendre. Lorsque ces risques sont prévisibles et peuvent donc, dans un certain sens, être qualifiés de "*normaux*", ils font naturellement partie des informations à fournir.

Par ailleurs, le Professeur VANSWEEVELT estime à ce propos à juste titre que ce critère **n'est pas suffisant** en soi.

Prenons le cas "*peut-être absurde*" d'une intervention qui, dans des circonstances exceptionnelles, est susceptible d'avoir des conséquences extrêmement graves, par exemple le décès du patient ou une invalidité permanente. Eu égard à son caractère exceptionnel, ce risque ne devrait pas être communiqué dans la mesure où il n'appartient pas à la catégorie des risques "*normalement prévisibles*", et ce malgré les conséquences naturellement désastreuses...

Dès lors, nous nous retrouvons totalement dans la thèse dudit auteur qui affirme que tous les **risques pertinents** doivent être communiqués au patient, c'est-à-dire évidemment les risques qui devraient être communiqués à un patient pensant normalement, étant bien entendu que des informations supplémentaires peuvent être fournies lorsque des circonstances particulières propres au patient peuvent le justifier.

Le **devoir de mention** est donc considérablement **personnalisé**. Peut-être trouverait-on cela plus facile de pouvoir agir à partir d'un catalogue de risques à communiquer. Cependant, la décision du patient est également "*personnalisée*" de sorte qu'il semble aussi logique de concevoir l'obligation d'information en fonction du patient. Chaque patient doit être informé de **tous** les risques auxquels celui-ci peut attacher de l'importance lors de la prise de sa décision. Ce n'est que de cette façon qu' "*un consentement éclairé*" peut être obtenu. Nous sommes d'ailleurs personnellement convaincus que dans le cadre de la relation de confiance patient-médecin existant dans notre système de soins de santé, le médecin dispose de suffisamment d'informations pour remplir cette obligation d'information comme il faut, également en justice.

Il ressort pourtant bien de la jurisprudence établie qu'il existe, dans le chef du médecin traitant, une **nécessité impérieuse** d'informer le patient comme il faut, et dans une langue compréhensible pour celui-ci, concernant les risques liés à l'intervention envisagée.

3.3. Les modes de traitement alternatifs possibles

Pour qu'un patient puisse donner un consentement éclairé, il faut naturellement que des informations suffisantes lui soient données concernant les modes de traitement **alternatifs**. Par le terme "alternatif", nous entendons naturellement exclusivement les alternatives **médicalement justifiées**. Cette obligation d'information vaut **a fortiori** lorsqu'il existe, en marge de la thérapie proposée par le médecin, d'autres modes de traitement moins invasifs ou présentant moins de risques pour le patient. Nous savons ainsi que certains chirurgiens – même s'ils constituent une exception – accordent trop peu d'importance aux thérapies autres que l'intervention chirurgicale. Le phénomène de la pléthore conduit ici aussi, dans certains cas, à un "*estompage de la norme*". Certes, cette pléthore n'est pas imputable aux médecins mais, d'un autre côté, elle ne peut ni justifier ni excuser certains estompages de norme. Dès lors, nous ne pouvons pas nous défaire de l'idée que, au vu de la pléthore actuelle, on est en droit de se poser des questions concernant certaines interventions chirurgicales qui auraient peut-être pu être remplacées par un autre traitement médicalement justifié. Ce à quoi nous ajoutons immédiatement qu'une telle manière d'agir est heureusement relativement limitée. Même si le principe de "*liberté de diagnostic et de thérapie*" énoncé à l'article 73 de la LAMI nous semble d'un intérêt pertinent dans notre système, on ne peut pas s'empêcher de noter que notamment en raison de circonstances liées à l'intervention de l'Etat, cette liberté peut, dans certains cas, conduire à un usage abusif et non voulu de cette liberté. L' "*estompage de normes*" susvisé nous semble dès lors être la conséquence fatale de l'intervention – ou de l'absence d'intervention – des autorités. Toute ceci ne change toutefois rien au constat matériel que certains médecins – et répétons-le une fois encore : il s'agit d'une minorité de cas – ne prêtent pas attention à ce qui nous occupe concernant l'obligation d'information nécessaire.

En ce qui concerne ce volet de l'obligation d'information, il peut y avoir – et il y aura – un problème à propos de l'**étendue** des informations à fournir par le médecin. Cette problématique doit également être traitée avec **bon sens**. Excepté dans quelques cas exceptionnels, on ne peut pas attendre du médecin qu'il ait connaissance par exemple d'une thérapie quelconque appliquée quelque part dans le monde et qui pourrait être qualifiée de thérapie "*alternative*". Le seul critère nous semble être que le médecin dispose d'informations suffisantes pour exercer sa profession selon l' "*état actuel de la science*". En cas de litige en justice, le juge ne se laissera du reste guider que par ce critère. Il va de soi que le facteur de risque du traitement proposé jouera également un rôle déterminant.

3.4. Le traitement par un autre médecin ou dans un autre hôpital

Toute connaissance valable de ses compétences et capacités professionnelles implique obligatoirement que la personne concernée évalue également correctement les **limites** de cette connaissance. L'humilité n'honore pas seulement l'homme. Elle siéra également particulièrement au médecin traitant lorsqu'il remplit son obligation en matière de "*consentement éclairé*".

Il appartient dès lors au devoir d'information du médecin d'informer le patient concernant les **compétences particulières** qui seraient disponibles soit chez un autre collègue, soit dans un autre hôpital.

Un dépassement de compétence délibéré pourrait coûter très cher au médecin si le patient peut invoquer non seulement un manquement médico-technique du médecin au cas où le traitement déboucherait sur un échec, mais également un manquement au devoir d'information du médecin traitant.

Au cas où le médecin réaliserait – ou devrait réaliser ... – que, lors d'un traitement, le patient courrait des risques susceptibles d'être évités ou limités si le patient était renvoyé chez un autre collègue, il ne doit naturellement pas hésiter à **renvoyer** le patient vers chez cet autre médecin plus qualifié en la matière. A notre avis, il s'agirait là d'une véritable obligation.

En dehors de cette obligation, le médecin a cependant tout intérêt à également informer le patient d'une compétence particulière dans le chef d'un autre médecin ou d'une compétence particulière dans un autre hôpital pour remédier à la pathologie. Le patient ne peut donner un consentement **éclairé** que pour autant que les informations utiles lui ont été fournies, à la suite de quoi il est naturellement toujours libre d'arrêter son choix.

Il convient d'ailleurs de souligner qu'un patient ne se laissera généralement pas exclusivement guider par des compétences médico-techniques puisque la relation médecin-patient est toujours constituée, pour une part considérable, d'une **relation de confiance**.

D'un point de vue médico-légal, il peut toutefois être très important de pouvoir prouver que le patient a agi **en connaissance de cause** dans le cadre de sa relation de confiance avec le médecin, ce qui n'est possible que si le médecin traitant lui a fourni des informations suffisantes.

En ce qui concerne le renvoi du patient vers un **autre hôpital** que celui où le médecin traitant exerce, nous sommes tout à fait conscients que cela n'est peut-être pas toujours chose aisée. Ce renvoi peut même, dans la pire des hypothèses, conduire à une situation conflictuelle entre le médecin et l'Administrateur. Pour des raisons qui sont naturellement étrangères au caractère intrinsèque de l'intervention médicale, l'Administrateur pourra difficilement se retrouver dans le renvoi d'un patient vers un autre hôpital puisque, en règle générale, chaque Administrateur a plutôt tendance à partir de l'hypothèse que le patient peut bénéficier de n'importe quel traitement dans son hôpital. Nous ne nous attarderons pas davantage sur la situation de concurrence observée actuellement, du moins dans plusieurs endroits du pays, entre les hôpitaux. Un hôpital ne "*perd*" tout simplement pas volontiers un patient, ce que nous pouvons du reste tout à fait comprendre, du moins jusqu'à un certain point.

Cet exposé n'a cependant pour seul but que de délimiter les responsabilités éventuelles du **médecin**. Et à cet égard, le médecin est tenu de respecter l'obligation d'information visée ici. De nouveau, on ne peut pas ignorer le fait que certains hôpitaux – et ce sans aucun lien avec l'hôpital ou avec les médecins hospitaliers qui y exercent – sont tout simplement mieux équipés – et donc plus indiqués... – pour réaliser certaines interventions médicales.

Ce qui ne signifie pas que le médecin doit s'en préoccuper de façon "*exagérée*". Nous renvoyons à ce sujet le lecteur au point **4.2.5.** et une nouvelle fois, en ce qui concerne les renvois et les informations susvisés, il convient de faire preuve de **bon sens**. Le médecin conserve en effet à tout moment la faculté de conserver une "*vision propre*", à condition toutefois que cette vision s'inscrive dans une certaine **norme de bon sens** en fonction de laquelle le médecin devra démontrer qu'il a agi comme un **médecin pensant normalement** l'aurait fait dans des circonstances similaires.

3.5. Les conséquences du traitement

En règle générale, la confrontation **post factum** du patient avec certaines conséquences résultant de l'intervention proposée – et effectuée – peut être violente pour ne pas dire véhémente. Certaines

conséquences, même inhérentes à une intervention correctement effectuée, peuvent en effet placer le patient dans une situation qu'il n'avait pas prévue avant l'intervention, voire qu'il n'aurait pas pu prévoir.

Le patient n'aura évidemment que faire de l'information post factum que ces conséquences sont tout simplement inhérentes au traitement.

Les conséquences "*inhérentes*" à l'intervention seront certainement connues du médecin tandis que pour le patient, elles ne seront perçues et acceptées comme "*inhérentes*" que s'il en a été informé **au préalable**.

Ici aussi – même pour des médecins ... – "*mieux vaut prévenir que guérir*".

4. Critères généraux valables pour les informations à fournir

4.1. Etendue des informations

Nous avons indiqué plus haut (voir 3) que les informations à fournir doivent être **complètes** et porter notamment sur les aspects traités sous **3.1.** à **3.4.** Au niveau interne également, et notamment dans le cadre des sous-aspects visés sous 3.1 à 3.4., les informations doivent également être complètes.

Il va sans dire qu'il n'est pas possible de définir dans l'abstrait ce qu'il faut entendre précisément par des informations "*complètes*". En outre, il ne faut pas perdre de vue qu'on estimera post factum si les informations étaient "*complètes*", c'est-à-dire lorsque le patient fera valoir ses droits à l'égard du médecin traitant... Elaborer des directives concrètes permettant de savoir quand les informations sont "*complètes*" est donc impossible.

L'**étendue** du devoir d'information sera testée au regard d'un certain nombre de circonstances concrètes, le **critère général** devant alors être, selon nous, que le médecin devra se comporter comme un **médecin traitant normalement prudent** dans le cadre de son obligation d'information. En d'autres termes, c'est le critère applicable pour l'approche d'une erreur médico-technique, qui sera utilisé pour retenir ou non un éventuel manquement à la responsabilité du médecin qui en découle.

Dans le cadre de ce critère général (le médecin agissant avec une prudence normale), le Tribunal s'appuiera naturellement également sur le principe du **bon sens**. Les obligations contraignantes imposées au médecin traitant seront évaluées au niveau de cette exigence de bon sens et de la limite du bon sens.

Pour remplir concrètement cette norme, le médecin se laissera également guider par le principe d'objectivité (4.2.).

4.2. Objectivité

Toutes les informations fournies par le médecin doivent être **objectives**.

Il va sans dire que le médecin – d'ailleurs, l'ORDRE lui en tiendrait rigueur – ne se laissera jamais guider par un intérêt personnel, et encore moins par un intérêt financier.

Ceci signifie avant tout que pour remplir son obligation d'information, le médecin se soustraira à toute pression qui pourrait résulter de la "*pléthore*", ce qui sera naturellement évident pour tout médecin bien pensant, tandis qu'on est bien forcé de constater que cette pression est subie par un nombre heureusement extrêmement limité de médecins dans une mesure qui n'est plus acceptable.

En fonction de notre exposé, le médecin se laissera guider par les principes suivants :

4.2.1.

En aucun cas, le médecin ne "*dramatisera*" la **pathologie** dans le chef du patient. En d'autres termes, le médecin ne tentera pas de convaincre le patient d'accepter la thérapie proposée en lui faisant une description exagérée de la pathologie.

Il va sans dire qu'il existe des points de tangence délicats entre le critère des "*informations complètes*" et celui des "*informations objectives*". "*Complet*" est "*complet*", sans que cette notion n'implique que certains **accents** doivent être mis pour convaincre le patient d'accepter un traitement déterminé. Il est clair que ceci peut impliquer, dans certaines circonstances concrètes, un exercice d'équilibre délicat dans le chef du médecin traitant. Toutefois, il faudra ici aussi que le médecin se comporte comme un médecin agissant avec une prudence normale.

Nous renvoyons à ce propos le lecteur au point **3.1**.

4.2.2.

Le médecin n'**enjolivera** pas non plus certains risques liés à l'intervention envisagée. Le critère des informations objectives touche ici aussi bien entendu celui des informations complètes et nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons indiqué au point 4.2.1.

4.2.3.

Une nouvelle fois, les **conséquences** de l'intervention seront proposées de manière objective et ne seront certainement pas minimalisées. Dans ce cadre, le médecin aura tout intérêt à réaliser que des conséquences qui sont "*normales*" pour lui, ne le sont pas nécessairement pour le patient, de sorte que le médecin aurait tout intérêt à se mettre dans la peau du patient. L'expérience nous a entre-temps appris que c'est précisément cette confrontation avec les conséquences "*inhérentes*" qui peut provoquer chez le patient des réactions très conséquentes.

4.2.4.

Enfin, le médecin ne rejettera pas trop facilement les **modes de traitement alternatifs**. En ce domaine également, ses informations doivent être objectives et le médecin est notamment tenu, lorsqu'une intervention moins invasive est possible et pourvu que celle-ci présente les mêmes chances de réussite, d'en informer le patient. Plus l'intervention est invasive pour le patient ou est ressentie comme telle par celui-ci, plus les informations fournies devront être objectives. Selon nous, il est incontestable qu'il en va de l'intérêt mais également du droit du patient de subir une intervention qui lui occasionne un minimum de désagréments, de lésions et donc de désagréments et de lésions permanentes.

Dans le cadre de notre propos, nous pensons qu'il convient également de tenir compte de la situation **nouvelle** maintenant que les "*modes de traitement alternatifs*" sont reconnus par la Loi.

Dès lors, nous sommes curieux de voir la jurisprudence qui sera créée tôt ou tard concernant le renvoi vers de tels dispensateurs de soins alternatifs.

Nous sommes totalement conscients du fait que nous abordons ici un point délicat, certainement pour les médecins en général. Néanmoins, nous ne pensons pas pouvoir échapper à cette initiative législative, sans naturellement pouvoir en estimer avec une certitude mathématique les conséquences concrètes, ne fût-ce que parce que cette législation n'a pas encore donné lieu à une jurisprudence, et donc certainement pas en ce qui concerne la problématique de l'objet de notre propos.

Personnellement, nous nous demandons dans quelle mesure, dans le cadre de son obligation d'information, le médecin traitant-orthopédiste pourrait présenter une intervention chirurgicale sans informer son patient de l'existence d'un mode de traitement **éventuellement** analogue chez un chiropracteur. Partant du principe que l'intervention la moins invasive a la préférence sur une intervention plus invasive, on ne peut pas échapper à ce problème concret. Il faut donc voir quelle jurisprudence sera instaurée en la matière.

4.2.5.

Lorsque nous avons indiqué précédemment que les informations doivent être objectives, cela ne doit pas être interprété comme si le médecin n'avait pas droit à une "*vision personnelle*".

La liberté diagnostique et thérapeutique du médecin est un des fondements de notre système médical et ce principe se retrouve dès lors précisé à juste titre à l'**article 73** de la LAMI. A ce propos, nous renvoyons du reste le lecteur à une jurisprudence établie qui énonce clairement que le simple **fait** d'un diagnostic erroné n'implique pas nécessairement que le médecin aurait commis une erreur. Ce n'est que si la prestation médicale du médecin ne satisfait pas au critère que ledit médecin a agi suivant l'état actuel de la science ou comme on peut l'attendre d'un médecin agissant normalement ou agissant dans des circonstances analogues, que l'on peut parler de faute.

Il est par conséquent clair qu'un médecin hospitalier conserve une importante **liberté** d'action pourvu qu'il satisfasse au critère susvisé.

Cette liberté d'action a évidemment des répercussions sur l'**obligation d'information**. Ladite obligation d'information ne pourra en effet être lue que dans le cadre de ladite liberté thérapeutique et diagnostique, ce qui peut notamment impliquer que le médecin exprime une certaine **préférence de traitement** vis-à-vis du patient. Pour autant que cette "*préférence*" ne soit pas inspirée par des intérêts strictement personnels et

qu'elle ait un fondement scientifique suffisant, nul ne pourra reprocher au médecin d'avoir agi de manière non objective.

L'expérience nous a maintenant appris que des **divergences de vues** peuvent en effet exister entre médecins concernant certaines interventions. Ces divergences de vues se reflètent d'ailleurs dans les revues scientifiques les plus sérieuses.

Il est juste exigé que le médecin **traitant** puisse justifier sa vision, et ce précisément dans le cadre de sa liberté diagnostique et thérapeutique. Cette vision propre n'implique donc pas **nécessairement** qu'elle n'est pas "*objective*".

Pour autant que les critères susvisés soient remplis, l'obligation d'information devra naturellement être lue dans ce contexte et le médecin ne pourra pas se voir reprocher un manque d'objectivité.

Pour autant qu'il soit démontré que le médecin est uniquement guidé par le souci de proposer à son patient la thérapie la plus appropriée, il a tout à fait le droit de la conseiller.

Répétons-le : un exercice d'équilibre peut être nécessaire. Et répétons-le aussi : le comportement du médecin sera évalué par rapport à celui d'un médecin agissant avec une prudence normale. Le médecin évitera donc à tout moment que sa "*vision personnelle*" puisse être perçue comme de l'"*obstination*".

Nous sommes tout à fait conscients que notre propos n'est pas toujours aussi clair mais nous ne pouvons fatalement pas être plus clairs eu égard à la problématique examinée. Dès lors, lors de l'élaboration du présent texte, nous avons eu pour seul souci de convaincre les médecins qu'il leur faut, dans leur approche de ce problème et ce dans tous ces aspects, faire preuve à tout moment de la **prudence** nécessaire. Ce n'est qu'ainsi que le médecin pourra éviter qu'un tribunal puisse également déclarer à son encontre que le comportement du médecin est "*déconcertant*" (Cour d'appel d'Anvers du 9.11.1987).

LA CHARGE DE LA PREUVE

1. Préliminaire

La question de la charge de la preuve est naturellement très pertinente. Qui devra prouver quoi? Le médecin doit-il démontrer qu'il a fourni des informations suffisantes et qu'il a obtenu sur cette base le consentement éclairé du patient ou revient-il au contraire au patient d'apporter la preuve que le médecin n'a pas entièrement satisfait à ses obligations en matière d'informations?

L'importance de la réponse à ces questions sera claire pour tout un chacun puisqu'une décision judiciaire ne peut en effet reposer que sur l'interprétation concrète de la charge de la preuve.

Notons au passage à titre préliminaire que la question de la charge de la preuve est extrêmement complexe et nuancée sur le plan juridico-technique. Les thèses les plus diverses concernant la réponse à apporter à cette question sont proposées selon que cette problématique est approchée suivant l'un ou l'autre aspect ou point de vue. Pour se faire une idée exacte du contenu des différentes décisions judiciaires en la matière, il convient d'en examiner les termes en faisant preuve de la plus grande prudence et de la plus grande précision.

Le propos du présent exposé ne peut toutefois pas être de se pencher sur ces aspects juridico-techniques, de sorte que dans le cadre du présent texte, nous nous limiterons nécessairement aux **lignes directrices** qui prévalent en la matière, ou du moins qui sont généralement ou en principe retenues.

2. L'arrêt de la Cour de cassation française du 25.2.1997

Il va de soi que la jurisprudence française ne fait pas directement autorité pour certains problèmes d'interprétation qui peuvent se présenter dans les rapports juridiques en Belgique. Si, dans le cadre du présent exposé, nous revenons sur cet arrêt, c'est principalement dû au fait que cet arrêt a fait énormément de bruit, plus particulièrement à l'occasion de sa publication dans des revues belges... Il suffit de rappeler à cet égard certaines approches doctrinaires parfois même polémiques de cet arrêt et notamment le commentaire détaillé du Prof. FAGNART (revue *Gezondheidsrecht* 1997-1998, pages 338 et suivantes). Même si nous émettons personnellement quelques réserves concernant la conclusion de cet article, force nous est de reconnaître qu'il donne une analyse approfondie du contenu dudit arrêt et de ses conséquences possibles sur la jurisprudence belge.

Le Prof. FAGNART dit ainsi :

"Il faut s'attendre à ce qu'il (l'arrêt) exerce une influence décisive sur la jurisprudence des prochaines années."

Les faits ont d'ailleurs montré que cet arrêt a, de facto du moins, laissé certaines traces également dans la jurisprudence belge.

Comme cet exposé ne suppose pas d'approche juridique élaborée, nous nous contentons de dire que cet arrêt a fait couler beaucoup d'encre en dérogeant à une jurisprudence librement établie comme elle est d'application en France.

Aux termes de cet arrêt, la charge de la preuve concernant le fait de savoir si les exigences sont remplies en matière de *"consentement éclairé"* est à la charge du médecin.

Pour les raisons que nous avons données précédemment, nous n'examinerons pas plus en détail les motifs juridiques ayant conduit à cette décision et nous nous contenterons de constater qu'aux termes dudit arrêt, la charge de la preuve a été imputée au médecin eu égard au fait que l'obligation d'information est une **obligation particulière** dans le chef du médecin traitant, de sorte que la Cour a décidé qu'il revenait dès lors au médecin de prouver qu'il a satisfait à cette *"obligation particulière"*.

Les conséquences de cette charge de la preuve tant dans le domaine de la responsabilité que dans le **domaine de l'assurance** correspondant n'échapperont naturellement à personne.

Avec cette décision dérogeant à la jurisprudence existant antérieurement qui imputait la charge de la preuve au patient, la Cour de cassation française ne pouvait que faire couler beaucoup d'encre.

3. La jurisprudence belge

Pour rappel : dans son arrêt du **4.4.1973**, notre COUR DE CASSATION a confirmé expressément le principe que l'obtention d'un *"consentement éclairé"* est requis pour les risques sérieux et prévisibles. Pour autant que nous le sachions, cette même Cour n'a pas encore prononcé d'arrêt concernant l'attribution de la **charge de la preuve** à cet égard.

Toutefois, nous pensons que les décisions des pouvoirs judiciaires *"inférieurs"* donnent une indication suffisante concernant l'approche belge généralement admise de cette problématique, ainsi que certaines tendances qui commencent à se dessiner jusqu'à un certain point.

Il nous apparaît qu'**en règle générale**, la jurisprudence belge soutient encore toujours la thèse que la charge de la preuve en matière de *"consentement éclairé"* repose **sur le patient**. En d'autres termes, il revient au patient d'apporter la preuve que le médecin traitant a failli à son devoir d'information, à la suite de quoi il n'a pas pu obtenir un *"consentement éclairé"*. Egalement dans son arrêt du **21.2.1997**, la COUR D'APPEL D'ANVERS a confirmé cette position de principe.

La COUR a arrêté à ce propos :

"Overwegende dat geïntimeerde (bedoeld wordt de patiënt) terzake de bewijslast draagt volgens de heersende rechtsspraak en rechtsleer en het gebrek aan informatie dient te bewijzen alsmede aan toestemming indien hij al de informatie zou gehad hebben.

Overwegende dat appelante (lees : de geneesheer) het vermoeden van voldoende informatie van de patiënt met de medische handeling terzake mag invoeren, en geïntimeerde (de patiënt) dit vermoeden dient te weerleggen". (Notons au passage que cet arrêt est cité dans d'autres publications comme un arrêt du **18.2.1997**)

NYS a déclaré à ce propos que cet arrêt résume en termes concis et forts la doctrine dominante dans le domaine de la charge de la preuve en ce qui concerne l'exigence pour le consentement éclairé.

En d'autres termes, il existe une **présomption** que le médecin a fourni des informations suffisantes et selon cette jurisprudence, il revient au **patient** de renverser cette présomption. Mais, répétons-le, nous ne nous attardons pas sur les aspects strictement juridico-techniques qui valent en la matière. Nous sommes personnellement d'avis que cette *"présomption"* peut être renversée avec tous les moyens de droit, et donc également avec des *"présomptions"*... En fin de compte, il reviendra au Tribunal d'estimer la portée juridique de ce renversement.

Nous retrouvons une prise de position de principe identique dans l'arrêt de la COUR D'APPEL de BRUXELLES du **29.3.1996**.

Lesdites décisions s'appuient sur la considération que celui qui retient une faute en vertu des principes de droit généralement applicables est tenu de prouver l'existence de cette faute. Ceci vaut tant pour une faute contractuelle que pour une faute extra-contractuelle.

Il ne peut donc en aucun cas être reproché à cette jurisprudence d'être inconséquente puisque elle ne fait que confirmer l'application d'un principe de droit généralement applicable.

Personnellement, nous nous retrouvons parfaitement dans cette jurisprudence, même si nous avons en la matière malgré tout quelques observations comme nous le verrons ultérieurement. Une nouvelle fois, nous nous retrouvons parfaitement dans la publication du Professeur VANSWEEVELT de 1996 dans laquelle il affirme clairement qu'il appartient au patient de démontrer le contenu du contrat médical ainsi que sa non-exécution.

Par ailleurs, il ressort de la jurisprudence que nous avons consultée que la tendance générale dans la jurisprudence **maintient** la charge de la preuve **à la charge du patient**.

Ceci n'enlève toutefois rien au fait qu'il existe également une **autre** jurisprudence.

Nous renvoyons à ce sujet notamment à l'arrêt de la COUR D'APPEL de LIEGE du **30.4.1998** dans lequel il est réaffirmé qu'il revient au médecin de fournir la preuve du consentement éclairé du patient. Nous trouvons une décision similaire dans l'arrêt de la COUR D'APPEL d'ANVERS du **22.6.1998**.

Par conséquent, il est clair qu'il se dessine dans la jurisprudence une certaine **tendance** où ladite charge de la preuve est glissée vers le **médecin**.

A l'heure actuelle, plus personne n'est donc encore en mesure de donner la moindre sécurité en la matière, de sorte qu'une **initiative législative** serait plus que la bienvenue dans l'optique de la sécurité juridique.

Dans le projet de loi introduit par le ministre COLLA concernant les droits du patient, il est prévu que la charge de la preuve serait de nouveau à la charge du **médecin**, en tout cas dans les circonstances et aux conditions prévues dans ledit projet. Comme indiqué dans l'introduction du présent exposé, nous ne nous attarderons pas davantage sur ce projet de loi puisque, comme nous l'avons expliqué, les projets de loi ont tendance à subir des modifications fondamentales entre le moment de leur élaboration et celui de leur approbation définitive par le Parlement.

On ne peut pas s'empêcher de noter que dans l'intervalle, le citoyen est confronté à une certaine dose d'insécurité juridique qui, selon nous, ne sert en fin de compte aucun des intérêts d'une des parties concernées par cette problématique.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cette jurisprudence divergente qui répond du reste à une doctrine également divergente que le médecin traitant a en tout cas tout intérêt à agir en faisant preuve d'une **extrême prudence** et nous sommes même d'avis que le médecin traitant aura tout intérêt à partir de l'hypothèse que la charge de la preuve en ce qui concerne l'exécution de ses obligations contractuelles pourrait un jour lui être imputée.

La prudence restant la meilleure conseillère dans les situations délicates, le médecin traitant a donc intérêt à ne pas perdre de vue cette possibilité.

4. Nos réflexions personnelles

Avant toutes choses, nous souhaitons préciser qu'il s'agit ici de réflexions **personnelles**.

Nous partons du **principe de droit général** que celui qui invoque un manquement dans le chef d'un cocontractant, doit fournir la preuve de ce manquement. Rien ne nous semble plus simple que d'appliquer les principes de droit généraux, également dans la situation qui nous occupe.

Pourtant, ce qui précède ne nous permet pas de passer sous silence des arguments qui vont dans une autre direction.

Il y a avant tout la question bien concrète de savoir dans quelle mesure on peut fournir une preuve **négative**? Comment peut-on démontrer que quelqu'un **n'a pas** fait quelque chose? Cette question est d'autant plus prégnante qu'en Belgique, on n'a pas encore l'habitude de fixer par écrit l'obtention du "*consentement éclairé*".

Certes, la jurisprudence dit à ce propos que le manque d'informations, et donc l'obtention d'un "*consentement éclairé*", peut être prouvé par tous les moyens de droit, y compris par des présomptions, lesquelles peuvent être puisées de l'exécution ou de la non-exécution d'un certain nombre d'actes tandis que le contraire pourrait être prouvé à l'aide de l'exécution de certains actes. En ce qui concerne ce dernier point, nous renvoyons une fois encore à la jurisprudence qui dit que l'on peut déduire de la succession de consultations et d'entretiens que le médecin a probablement examiné la problématique dans tous ses aspects avec le patient.

Malgré tout, même l'acceptation de ces moyens de preuve ne nous semble pas apporter une réponse concluante à l'objection formulée, à savoir : Comment prouver un fait **négatif**?

En outre, on ne peut pas ignorer sans plus l'argumentation que la nature et les risques d'une intervention médicale **peuvent avoir** comme conséquence que la charge de la preuve échoit au médecin (Cour d'Appel d'Anvers du 22.6.1998).

Cet arrêt est certes **nuancé** puisqu'il dit :

"dat gelet op de aard en de risico's van de ingreep, die bewijslast in casu op de behandelende geneesheer rust".

De cette motivation, on peut juste déduire que la Cour reconnaît implicitement le principe de la charge de la preuve dans le chef du patient, pour n'en déroger qu'en fonction de la nature et des risques de l'intervention. Des décisions nuancées comme celle-ci ne font, à notre avis, que rendre la question plus obscure.

Même si, sur le principe, nous pouvons donc nous retrouver dans l'application des principes de droit généralement applicables, nous ne pouvons malgré tout pas ignorer certaines objections concernant ladite application, puisqu'on peut effectivement avancer que l'obligation d'information est une **obligation particulière** dans le chef du médecin traitant, de sorte qu'il revient précisément à ce dernier de fournir la preuve qu'il a bien **rempli** cette obligation particulière.

Dès lors, nous croyons pouvoir dire qu'il convient de tenir particulièrement compte du fait que la jurisprudence aura de plus en plus tendance à imputer la charge de la preuve au **médecin**. Dès lors, il nous semble vivement recommandé de ne pas ignorer cette possibilité.

Personnellement, nous nous demandons s'il ne serait pas opportun dans les circonstances données, et ce dans l'intérêt des deux parties et quel que soit celui à qui la charge de la preuve serait finalement imputée, que ces **deux** parties collaborent pour éviter des problèmes de preuve ultérieurs. Nous sommes d'avis que les deux parties peuvent, dans un processus de confiance et de collaboration mutuelle, établir les **documents** nécessaires qui limiteraient éventuellement par la suite le terrain de discussion. Cette pratique est d'ailleurs d'usage dans différents pays et elle a prouvé aussi bien sa fiabilité que sa praticabilité.

Un document élaboré en concertation et signé par le patient permettrait d'établir **et** le consentement **et** les informations et leur étendue.

Il va sans dire que la rédaction d'un tel document suppose une approche sérieuse et raisonnable. Un texte formulé d'une manière trop schématique et par conséquent pratiquement dépourvu de contenu n'aurait naturellement que peu de sens. Dès lors, nous pensons qu'un texte comme "*de patiënt verklaart voldoende geïnformeerd te zijn omtrent de voorgenomen ingreep en de risico's hieraan verbonden*" ne serait pas accepté par le Tribunal – et ce à juste titre... – comme preuve suffisante de l'obtention d'un "*consentement éclairé*".

Par ailleurs, il convient de veiller à ce que ce document ne devienne pas un document volumineux au sujet duquel on peut raisonnablement penser que le patient ne va pas l'étudier à fond, et ce en supposant qu'il soit lisible pour un profane...

Il faudra donc en tout cas que le document soit rédigé en **termes clairs** et qu'il y soit notamment confirmé :

- que et dans quelles limites (nous pensons ici à l'extension de l'intervention prévue initialement) le patient a donné son **consentement** pour l'intervention envisagée;
- **quelles informations** le médecin a fournies au patient dans le cadre de cette décision, ces informations devant naturellement satisfaire aux critères susvisés.

Dès lors, il nous semble qu'il doit être possible de composer certains **schémas** répertoriant les informations nécessaires en fonction du type d'intervention, ces schémas devant cependant, comme nous l'indiquerons au point **5**, être complétés avec des **éléments individualisés** se rapportant directement au cas.

Cette collaboration aura avant tout l'avantage d'éviter un nombre considérable de litiges : en effet, il devient impossible d'engager des procédures sur base d' "*affirmations*" et de "*lectures subjectives*", de "*présomptions*" et de "*renversement de présomption*" qui seraient contraires aux termes naturellement clairs du document rédigé.

Le Tribunal ne devrait dès lors plus, ou du moins beaucoup moins souvent, s'appuyer sur des "*présomptions*" où seul le Tribunal déduirait des faits quelles présomptions peuvent être retenues.

Au cas où un litige surgirait malgré tout par la suite, le Tribunal disposerait d'un document **opposable** aux deux parties, duquel il ressort, ou du moins duquel il doit ressortir, si et dans quelles limites un consentement a été donné et si et dans quelle mesure des informations ont été fournies. A l'aide de ce document, le Tribunal pourrait ensuite constater – probablement après la réalisation d'une expertise – si et dans quelle mesure un "*consentement éclairé*" a été obtenu.

5. Formulaires standard

Entre-temps, à l'étranger du moins, il peut arriver que le patient se voie demander de signer un "*formulaire standard*".

Toutefois, on peut se demander si le recours à un tel formulaire standard résout les problèmes existants. Quoi qu'il en soit, tant la doctrine que la jurisprudence ont une approche sinon critique, au moins nuancée, du recours à de tels formulaires standard.

Dans l'arrêt du **30.4.1998** de la COUR D'APPEL de LIEGE, cette Cour a dit clairement que l'existence d'un formulaire standardisé n'apportait pas en soi la preuve du consentement éclairé du patient, notamment lorsque le document n'est pas suffisamment explicite et lorsque la terminologie n'est pas compréhensible pour un profane.

Nous avons d'ores et déjà connaissance d'exemples où tant **le contenu** que **l'étendue** de tels formulaires sont extrêmement étonnants – pour ne pas répéter ce que l'arrêt susvisé de la COUR D'APPEL d'ANVERS a qualifié de déconcertant. Ainsi, il est apparu d'une sortie d'ordinateur que pour une intervention orthopédique qualifiée de "*simple*" par les médecins, on obtenait quasiment une "*encyclopédie*". Ainsi, on ne peut certainement pas dire que ce document n'est pas complet.

Par contre, il est directement apparu que le document était complètement illisible, étant donné, **d'une part**, qu'aucun patient ne se donnera jamais la peine d'étudier à fond une telle encyclopédie et que, **d'autre part**, ce texte est truffé de termes médico-techniques dépassant naturellement la faculté de compréhension du patient.

En outre, ce texte se caractérisait par une absence totale d'approche individuelle, ou du moins individualisée, de la situation médicale du patient. Nous avons déjà expliqué précédemment que la **personnalisation** des informations fournies constitue à nos yeux un élément essentiel.

Le recours à ces formulaires prenant la forme de montagnes de papier est dès lors fort critiqué dans la doctrine.

Lorsque, précédemment, nous avons déclaré être personnellement en faveur de la rédaction d'un document écrit de "*consentement éclairé*", nous n'avions aucunement en vue une telle approche encyclopédique.

D'ailleurs, il nous semble que la jurisprudence – et nous renvoyons le lecteur à l'arrêt précédemment cité – exige précisément une approche **individualisée** (voir également **les informations** – **3.2.**). Il ne faut pas

opter pour un "*cours*" dans une discipline ou sous-discipline médicale déterminée mais pour une approche pratique de la pathologie d'un patient **déterminé**.

D'ailleurs, nous sommes convaincus que le niveau de qualité des médecins belges est plus que suffisant pour leur permettre de rédiger et de compléter un tel document qui, une fois encore, sera approché par le Tribunal dans le respect du bon sens.

Les avantages d'un tel document individualisé ont suffisamment été décrits précédemment. Et lorsqu'il offre un compte rendu à la fois objectif et lisible des éléments se rapportant à la situation personnelle du patient, il donnera à notre avis une sécurité suffisante en ce qui concerne la relation juridique entre les parties.

Seul un tel document rend superflu toutes discussions concernant la charge de la preuve, les **deux** parties pouvant démontrer ce qui s'est précisément passé, sur la base de quoi le Tribunal pourra ensuite, à l'aide des **documents**, constater s'il a été satisfait aux exigences en matière de "*consentement éclairé*".

CONSEQUENCES DE L'ABSENCE DE "CONSENTEMENT ECLAIRE"

Nous pouvons nous contenter de renvoyer à ce que nous avons dit précédemment, à savoir que les conséquences de l'absence de "*consentement éclairé*" seront, indépendamment de la personne à laquelle la charge de la preuve est imputée, identiques à celles liées à une faute médico-technique. Le médecin sera tenu responsable de ce manquement contractuel et il sera tenu de verser une indemnisation pour tous les dommages subis par le patient dans ce contexte.

Il est vrai qu'il appartiendra au patient d'apporter la preuve des dommages subis, et ce à nouveau en application des principes généraux du droit en matière de preuve, alors que, notamment sur la base de l'arrêt de la COUR D'APPEL d'ANVERS du 9.11.1987, il convient de dire clairement que **tous** les dommages résultant d'une intervention pour laquelle aucun "*consentement éclairé*" n'a été obtenu, devront être supportés par le médecin.

CONCLUSIONS

L'obtention ou non d'un "*consentement éclairé*" a, ou du moins peut avoir, des conséquences **extrêmement fâcheuses** dans le domaine médical.

Comme nous l'avons dit précédemment, un consentement éclairé du patient pour une intervention médicale ne peut être obtenu que si le médecin a fourni au préalable au patient les informations nécessaires, lesdites informations devant remplir les critères définis dans cet article.

L'administration de la preuve en ce qui concerne le respect ou non de cette condition à l'exécution d'une intervention médicale n'est peut-être pas, pour ce qui est de sa charge, complètement claire dans la situation juridique actuelle.

Personnellement, nous ne pouvons que conseiller au médecin traitant de faire preuve de la plus grande prudence quand il s'agit de remplir cette obligation. Il est également clair que, tandis qu'aucun Tribunal n'a encore jamais sanctionné un excès de prudence, toute imprudence peut donner lieu à des établissements de responsabilité. Et c'est précisément à ce propos que nous proposons la rédaction d'un **document écrit** remplissant les critères définis plus haut, dans ce sens que le document doit être complet, clair, lisible pour un patient qui doit être considéré comme un profane, et enfin objectif.

Tout cela semble peut-être quelque peu "*formel*".

Nous ne sommes toutefois pas convaincus que cette approche quelque peu formelle soit inconciliable avec la relation de confiance existant entre le médecin et son patient. Il suffit à cet égard de noter que ce système fonctionne à merveille dans différents pays étrangers dans lesquels la relation médecin-patient a généralement un caractère confidentiel analogue.

Le maintien de cette relation de confiance dépendra naturellement dans une très large mesure de l'**approche du médecin traitant**. Il appartiendra en effet au médecin de convaincre le patient que cette façon de procéder est avantageuse pour **les deux parties**.

Il n'est pas non plus possible d'ignorer le fait qu'à l'heure actuelle, cette relation de confiance existant entre le médecin et son patient présente certains "*aspects formels*". Le pragmatisme et la relation de confiance ne sont pas forcément indissociables.

Et pour qui douterait du fait que la relation de confiance présente effectivement des aspects formels, nous le renvoyons à la multitude, ou serait-ce un déferlement ???, de décisions judiciaires qui reviennent chaque fois, même si c'est post factum, à conférer à la relation de confiance existante un caractère extrêmement formel... Du reste, les actions des patients engagées à l'encontre d'un médecin traitant ont évidemment un caractère extrêmement formel.

L'approche de cette intervention par le médecin, qui peut éventuellement être perçue comme formelle, ne peut dès lors pas conduire, selon nous, à un quelconque problème éthique.

Quoi qu'il en soit, aucun médecin ne peut se soustraire à son obligation, avant d'effectuer la moindre opération, d'obtenir le "*consentement éclairé*" du patient. Nous espérons que le présent exposé inspirera aux médecins traitants une ligne de conduite qui doit les préserver de toutes surprises désagréables...

SOURCES CONSULTÉES

- RYCKMANS et MEERT "Les droits et les obligations des médecins"
- VANSWEEVELT "Rechtspraak en Wetgevingsbundel Gezondheidsrecht"
- VANSWEEVELT "De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis"
- Dr PHILIPPART "Les droits et les obligations du patient" (exposé donné dans le cadre du CONGRES BELGE DE CHIRURGIE 1997)
- Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16.11.1996 "De arts en de kinderen van niet samenlevende ouders"

ENREGISTREMENT : L'EPEE DE DAMOCLES ?

Allocution prononcée par le président du Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP) à l'occasion du Forum consacré à l'enregistrement dans le cadre de l'aide médicale urgente le 16 mai 2001 à l'auditorium Benelux du Palais des congrès de Bruxelles

Madame la Ministre,
Monsieur le Directeur général,
Chers Collègues,

Le terme enregistrement fiche la trouille à n'importe quel Belge, surtout lorsqu'on ne précise pas le but recherché, lorsque personne ne sait ce qui va être précisément enregistré, par qui, quand, avec quels moyens, pour quelles raisons, avec quelles conséquences, et qui exerce le contrôle sur les données.

Pourquoi la population est-elle méfiante en présence de chiffres? Prenons un exemple tiré du secteur non médical. Notre société se métamorphose de plus en plus en un miroir de données. Le seul aspect humain identifiable est alors souvent la propension à manipuler cette image informatisée pour enjoliver la réalité dans le chef de celui qui pourrait en tirer un avantage. La débâcle de Lernout et Hauspie est encore présente dans toutes les mémoires et nombreux sont ceux qui en ressentiront encore les effets dans les extraits de leur compte d'épargne. Avant que les mécanismes de contrôle prétendument étanches des instances boursières respectables et par conséquent non remises en doute n'aient été en mesure de mettre en évidence la manipulation des chiffres opérée par quelques opportunistes, une bonne partie de la population avait déjà pu être bernée. Heureusement, le pouvoir judiciaire veillera à sanctionner les malfaiteurs de sorte que les personnes lésées pourront panser leurs blessures. Toutefois, je me demande si cela sera suffisant pour réparer les dommages sévères subis.

Je vous entends déjà dire : c'est un exemple du secteur économique, les soins de santé ne se comporteront jamais de la sorte. Détrompez-vous : les innombrables banques de données constituées pour analyser notre profil de prescription, pour télécharger notre activité en termes de prestations fournies, ne sont que quelques exemples. Il n'est pas rare que l'on dise encore ironiquement que c'est dans l'intérêt du patient, alors que quiconque ayant un QI supérieur à 50 – et j'ose espérer que la pénétration de ce caractère phénotypique est dominante dans le secteur de la santé – sait pertinemment qu'il peut également y avoir d'autres motifs pour analyser ces données. Le projet d'enregistrement global le plus ambitieux à ce jour, à savoir l'enregistrement des RCM, n'était pas encore lancé depuis 24 heures que, dans la majorité des hôpitaux – et probablement tout d'abord dans les centres qui étaient à l'origine de ce projet –, des services étaient constitués afin de pouvoir "optimiser" les données. La manière dont un patient sera traité risque de dépendre de la description qu'on lui donne. Très certainement dans l'intérêt du patient, n'est-ce pas? L'entrée des gestionnaires de données médicales dans les hôpitaux ne peut que renforcer cette tendance. S'ils ont pour mission d'enjoliver l'image virtuelle au niveau administratif, j'ignore dans quelle mesure c'est encore conciliable avec notre serment d'Hippocrate. De plus, je remarque qu'au fil du temps, les frais inhérents à la préservation de cette "image virtuelle", à savoir les fameux "frais administratifs", connaissent une croissance exponentielle, ce qui a entamé le budget global des soins de santé de telle sorte qu'il ne reste pratiquement plus de marge pour financer ce(ux) qui profite(nt) réellement au patient.

L'enregistrement n'a-t-il aucune utilité? Par souci d'honnêteté intellectuelle, nous sommes forcés de répondre par la négative avec la réserve qui s'impose. Nous convaincre sans cesse que nous travaillons de façon fantastique, sans nous préoccuper des manquements occasionnels et structurels, n'est pas faire preuve d'un grand esprit scientifique et nous rapproche davantage de la notion d'ancienne culture politique que de la notion de good medical practice. Notre mission ne consiste pas à nous satisfaire ou à satisfaire les autorités avec des rapports élogieux, mais bien à dispenser des soins optimaux à nos patients, notamment en faisant constamment notre autocritique afin d'apporter des améliorations dans le futur.

C'est pour cette raison que le BeCEP, le Belgian College of Emergency Physicians, s'est engagé il y a maintenant 3 ans à collaborer de manière constructive au cadre dans lequel un enregistrement judicieux doit être opéré pour l'aide médicale urgente. En outre, une participation active aux travaux du Collège Qualité Soins d'urgences dans le cadre desquels l'association professionnelle apporte d'une part son soutien logistique aux chercheurs tandis que, d'autre part, une protection des données est garantie aux services des urgences qui ont dû s'exposer, témoigne du souci du BeCEP d'utiliser les bonnes données à bon escient. Notre homologue scientifique, le BeSEDiM, a déjà apporté une contribution non négligeable à la réflexion en concluant que les modèles étrangers ne sont pas transposables tels quels à la situation belge.

L'association professionnelle n'apportera jamais son concours à des enregistrements aveugles, sans contenu et sans objectifs valables. Le document de base "Haalbaarheid in belang van een continue registratie in de dringende geneeskundige hulpverlening in België" (Faisabilité et intérêt d'un enregistrement continu dans le cadre de l'aide médicale urgente en Belgique) a déjà été longuement explicité par le Professeur Gillet et constitue pour nous la base du projet envisagé. Les fautes commises par le passé ne peuvent pas être répétées dans les nouveaux projets. Les différentes expériences qui ont été lancées de-ci, de-là sans donner les résultats escomptés nous ont entre-temps rendus plus sages. Ceci nous a amené à définir des conditions pour un enregistrement continu dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Quel que soit l'enregistrement choisi, il faudra une phase pilote pour valider la procédure de la collecte des données. A ce propos, il est également logique de pouvoir exporter des données au départ des systèmes informatiques existant aux services des urgences, de manière à ce que le personnel déjà surchargé ne doive pas réaliser deux fois le même travail. Il conviendra de trouver une autre solution pour les services qui ne sont pas encore informatisés. La cohérence interne doit également être contrôlée. L'importance qui est attachée à la gravité de, par exemple, un même polytraumatisme, ne varie pas seulement dans les journaux, en fonction du groupe de presse

auquel ils appartiennent, mais est également souvent interprétée différemment dans les différents services d'urgences.

Ensuite, il convient de créer un cadre légal garantissant le respect de la vie privée. C'est du reste un devoir déontologique pour tous les médecins et les exceptions à la violation du secret professionnel sont strictement définies par l'Ordre des médecins. L'utilisation, par le ministère de la Santé publique, de données récoltées dans le cadre de l'aide médicale urgente, sans aucune garantie en ce qui concerne le respect de la vie privée du patient, constituerait une infraction flagrante. La confiance d'un patient faisant appel à l'aide médicale urgente à la suite d'actes violents perpétrés dans le cadre familial, mais qui préfère, dans l'intérêt de sa famille, de résoudre par lui-même les problèmes non médicaux entourant les faits, sera très choqué de constater que toute son histoire peut être tracée malgré lui, éventuellement avec des mesures que certaines instances ont cru devoir prendre malgré lui. Le patient voulait en fait uniquement recevoir des soins médicaux...

Un autre must absolu est une éthique en matière de statistiques à laquelle toutes les parties doivent s'engager : il faut savoir au préalable à quelles fins les données seront utilisées. Cela ne tient pas debout si, par la suite, on décide de bricoler les données pour démontrer à tout prix, sur une base statistique, quelque chose qui doit conforter ses opinions ou sa vision politiques. Pour peu que l'on enregistre la langue maternelle et le domicile de chaque Belge et que l'on note les caractéristiques géographiques des différentes régions du pays, un statisticien pourrait démontrer sur la base de ces données qu'il existe un rapport direct entre la propension à utiliser la langue française et la hauteur des collines environnantes. Un dictateur communautaire pourrait décider de raser les Ardennes afin de promouvoir la langue néerlandaise ou de rehausser le relief des polders pour assurer une meilleure diffusion du français à la côte.

Les frais réels associés à la récolte de ces données ne peuvent pas être répercutés sur ceux qui dispensent les soins ou doivent fournir les données. A cet égard, nous sommes déjà très vigilants au niveau du calcul du prix de la journée d'hospitalisation, dans le cadre duquel un poste est prévu pour les frais d'enregistrement. Peut-être les autorités ne se rendent-elles pas compte que les urgentistes, qui assument non seulement la responsabilité de la justesse des données mais doivent aussi généralement les compléter eux-mêmes, ne sont absolument pas rémunérés à partir des rentrées générées par le prix de journée. Vous pouvez être certains que l'association professionnelle entend également régler ce détail surprenant avant de se lancer dans le projet d'enregistrement.

Une commission de contrôle et de gestion des données doit être créée pour définir la méthodologie de l'interprétation des données et pour veiller à la validation des procédures et à la publication des résultats. Nous proposons que cette structure soit le Conseil national de l'aide urgente à qui il reviendrait de décider qui analyse et gère les données et qui décide de la diffusion des résultats.

Il doit être clair dès le départ si l'enquête est limitée dans le temps ou si elle est continue. Dans le premier cas, il convient de fixer clairement le début et la fin. De la même façon, il convient de préciser au préalable à quelle fréquence il faut procéder aux enregistrements et à quelle fréquence les résultats doivent être communiqués et à qui. Les conséquences possibles doivent également être connues d'avance. L'engagement de transposer les conclusions scientifiques en une politique constitue il est vrai une mission politique et ne peut en aucune façon être éclipsé a posteriori par des éléments qui ne sont pas bénéfiques aux soins de santé.

Du fait de précédents fâcheux lors de l'enregistrement d'activités dans le cadre de l'aide médicale urgente, les fournisseurs d'informations sont devenus hostiles à toute forme d'enregistrement, en avançant l'argument que "de toute façon, cela ne servira de nouveau à rien".

C'est pourquoi nous nous réjouissons vivement du fait que le ministère de la Santé publique ait annoncé, à l'issue des négociations qui ont précédé cette réunion, qu'une convention allait régler toutes ces conditions avant le lancement effectif. Nous ne sommes pas opposés à la réalisation de

quelques tests techniques dans l'attente de la convention, en sachant pertinemment que ces aspects techniques ne constituent qu'une part minime de l'ensemble de la procédure d'enregistrement et que le travail le plus important doit encore commencer. Nous veillerons à ce que ces tests techniques ne dissimulent pas en fait un véritable enregistrement national.

Notre espoir d'arriver à une convention constructive réussie est encore renforcé par le fait qu'un véritable travailleur de terrain issu du milieu des urgences belges, le Prof. Buylaert, qui est actuellement conseiller du ministre de la Santé publique, peut jouer un rôle de coordination et de direction dans la mise en place. Il sera devenu clair entre-temps qu'en l'absence d'un bon accord sur toutes les conditions de l'enregistrement, il ne faut pas s'attendre à bénéficier du soutien du BeCEP.

Etant donné que les compétences en matière de santé sont réparties entre le ministère de la Santé publique, le ministère des Affaires sociales et les Communautés, il nous semble opportun qu'en plus des différents groupements de l'aide médicale urgente, les différentes instances des pouvoirs publics doivent également prendre part aux discussions sur la convention, de manière à ce que tout le monde soit sur la même ligne et règle de manière conséquente, dans les limites de sa compétence, les questions qui ont été convenues dans la convention. Les migraines que nous avons conservées après les agrégations des services d'urgences par les Communautés ou le financement des SMUR et des permanences médicales pour les Affaires sociales, chaque fois à la suite de normes imposées par la Santé publique, ne se sont toujours pas dissipées et sont encore trop récentes pour que nous relâchions notre vigilance en allant discuter avec une seule instance.

Madame la Ministre, la volonté des services d'urgences de collaborer de manière constructive à un enregistrement judicieux est forte. Nous espérons que vous opterez pour un système judicieux.

Je vous remercie pour votre attention.

Dr Jan Stroobants
Président du Belgian College of Emergency Physicians

**LETTRE DE LA COMMISSION NOMENCLATURE DE L'ACADEMIE BELGE DE
PEDIATRIE AU MINISTRE F. VANDENBROUCKE (29.5.2001)**

Monsieur le Ministre,

Lors de la conclusion de l'accord médico-mutualiste du 18 décembre 2000, une augmentation annuelle de 161 millions a été prévue pour la pédiatrie.

Nous avons appris récemment que l'application de cette nomenclature a été postposée en juillet 2001. C'est avec incrédulité que nous apprenons à présent que ces dispositions ne seraient appliquées qu'à partir du 1er octobre 2001.

Cet ajournement, pour des raisons de dépassements budgétaires étrangers à la pédiatrie, est en contradiction flagrante avec le consensus général qui existe au sein de la commission médico-mutualiste sur l'urgence à prendre ces mesures concernant la pédiatrie.

Cet ajournement supplémentaire signifie que les problèmes existant au sein de la pédiatrie ne sont pas pris sérieusement en compte au niveau politique.

Des mesures urgentes sont nécessaires afin de revaloriser la pédiatrie hospitalière.

La situation des pédiatres hospitaliers devient de plus en plus intenable en raison de la nécessité d'une disponibilité croissante, de la pression médico-légale et du sous-financement de leur activité.

- Les pédiatres sont de plus en plus appelés pour les urgences; les appels pendant les week-ends et entre 17 et 23h sont en augmentation croissante.

- Le financement insuffisant de la prestation intellectuelle en médecine hospitalière détourne le pédiatre vers une pratique extra-hospitalière. Très peu de prestations techniques sont pratiquées chez les enfants mais elles sont plus difficiles. Le budget de l'ECG est plus important que celui de toute la pédiatrie.
- Il existe dans notre pays une carence en pédiatres hospitaliers.
- Les pédiatres appartiennent à la spécialité dont l'activité est la plus mal rétribuée.

De nombreux pédiatres belges partent travailler dans des pays voisins vu les conditions de travail hospitalier non attractives qui existent chez nous. Les problèmes des services de pédiatrie sont encore aggravés par cette fuite. Cela conduit à un manque de pédiatres dans les services de pédiatrie, aux naissances et en néonatalogie ce qui rend difficile de maintenir la qualité des soins offerte aux enfants et à leur famille.

A l'occasion des récentes mesures prises en faveur de la pédiatrie, vous avez prouvé combien l'intérêt de l'enfant vous portait à cœur. Nous devons cependant constater que, malgré ces mesures, la situation de l'enfant reste toujours sous-évaluée. Comment peut-on concevoir que le nouveau-né ne soit pas considéré comme un patient à part entière lorsqu'il séjourne en maternité?

Des mesures destinées à promouvoir l'enfant ont des chances de réussir pleinement si les médecins qui soignent ces enfants -les pédiatres- sont pris en compte quant à leur statut financier, la charge et les conditions de leur travail.

Nous vous demandons donc avant tout une exécution correcte et immédiate du financement des 161 millions prévus dans l'accord.

Les grandes différences de revenus qui existent entre les différentes spécialités médicales ne sont plus soutenables. Les émoluments des pédiatres hospitaliers doivent être adaptés en s'inspirant de l'exemple néerlandais. La commission de l'Académie fera d'autres propositions de revalorisation dans ce sens.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de toute notre considération.

Professeur Samy CADRANEL
Président de la Commission

Docteur Yves LOUIS
Membre du CTM

Docteur Michel PLETINCX
Président de l'Académie belge
de Pédiatrie

Professeur Yvan VANDENPLAS
Membre du CD de l'Académie belge
de Pédiatrie

SOINS URGENTS SPECIALISES

19 AVRIL 2001. - Arrêté ministériel prolongeant les délais visés à l'article 13, §§ 1^{er}, 2 et 3 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction «soins urgents spécialisés» doit répondre pour être agréée (M.B. du 21.6.2001)

La Ministre de la Santé publique et le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 68;

Vu l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles la fonction «soins urgents spécialisés» doit répondre pour être agréée, notamment l'article 13, § 4, remplacé par l'arrêté royal du 26 mars 1999;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 30 janvier 2001;

Considérant que le nombre de médecins répondant aux dispositions visées aux articles 8 et 9, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction «soins urgents spécialisés» doit répondre pour être agréée n'a pas augmenté de manière suffisante; dès lors, il est nécessaire de prolonger de deux ans les délais transitoires visés à l'article 13 du même arrêté,

Arrêtent :

Article 1^{er}. Les délais transitoires visés à l'article 13, §§ 1^{er}, 2 et 3 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction «soins urgents spécialisés» doit répondre pour être agréée, tel que modifié par l'arrêté royal du 26 mars 1999, sont prolongés jusqu'au 1^{er} décembre 2002.

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} décembre 2000.

Bruxelles, le 19 avril 2001.

Mme M. AELVOET
F. VANDENBROUCKE

DERMATOLOGIE

11 JUIN 2001. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses (M.B. du 30.6.2001)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 33, alinéa 1^{er}, 1^o, remplacé par l'arrêté royal du 18 novembre 1996 et l'article 33, alinéa 1^{er}, 2^o;

Vu l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, notamment l'article 1^{er}, modifié par les arrêtés royaux des 22 mars 1999, 26 avril 1999, 13 septembre 1999, 9 janvier 2000 et 6 avril 2000;

Vu l'avis du Comité technique des travailleurs indépendants, émis le 23 septembre 1999;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé émis le 8 novembre 1999;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 7 janvier 2000;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 21 juin 2000;

Vu l'avis 31.389/1 du Conseil d'Etat, donné le 22 mars 2001;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions, de Notre Ministre de l'Agriculture et des Classes moyennes et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, modifié par les arrêtés royaux des 22 mars 1999, 26 avril 1999, 13 septembre 1999, 9 janvier 2000 et 6 avril 2000, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 2, 5°, est complété de la manière suivante :

« de même que les prestations qui se rapportent à la dermato-vénéréologie mentionnées sous les nos 532210 - 532221, 532593 - 532604, 532630 - 532641, 532652 - 532663, 532674 - 532685, 532696 - 532700 et 532711 - 532722;".

2° à l'alinéa 2, 6°, les mots "interventions chirurgicales" sont remplacés par les mots "interventions chirurgicales et prestations de dermato-vénéréologie".

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juillet 1999.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions et Notre Ministre de l'Agriculture et des Classes moyennes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 11 juin 2001.

PRIX HERMAN HOUTMAN 2002

Le cinquième Prix Herman Houtman (62 000 € – 2 500 000 BEF) sera décerné le 19 avril 2002, à l'issue du Colloque international "Manifeste pour les Enfants" organisé à Bruxelles par le Fonds Houtman, avec le soutien de l'O.N.E.

Il récompensera une oeuvre majeure, de longue haleine, recherche-action ayant démontré ses effets bénéfiques en contribuant de façon durable et significative à l'amélioration du bien-être social, moral, médical ou juridique de l'enfance en Communauté française de Belgique.

Le Prix Herman Houtman pourra être attribué à une personne physique, soit à une équipe, soit à une personne morale, ayant réalisé la partie la plus significative de la recherche-action en Communauté française de Belgique.

Il devra être entièrement consacré à la poursuite de l'oeuvre couronnée.

Date limite pour le dépôt des candidatures: **le 20 octobre 2001**

Pour toute information complémentaire :

Service Relations publiques du Fonds : Avenue de la Toison d'Or 84-86, 1060 Bruxelles – Tél. : 02/543.11.75 – Fax : 02/543.11.78 – E-mail : houtman@skynet.be – <http://www.one.be/houtman>

REUNIONS SCIENTIFIQUES

35e JOURNEES D'ENSEIGNEMENT POSTUNIVERSITAIRE 2001
organisées par l'Association des Médecins anciens étudiants de l'ULB (A.M.U.B.)
du 13 au 16 septembre 2001

PROGRAMME :

Judi 13 septembre 2001 :

| | |
|------------------------------------|---|
| <u>Gastro-entérologie</u> : | Le cancer colorectal : approche médico-chirurgicale |
| <u>Cycle Ethique et économie</u> : | Le conseil génétique |
| <u>Cardiologie</u> : | Ateliers pratiques de cardiologie |

Vendredi 14 septembre 2001 :

| | |
|------------------------------------|--|
| <u>Gynécologie</u> | Les médicaments au cours de la grossesse et de l'allaitement |
| <u>Cycle Ethique et économie</u> : | Approche économique du dépistage du cancer du sein en Belgique |
| <u>Stomatologie</u> : | Les urgences stomatologiques et dentaires – Pathologies buccales sévères – Nouvelles technologies et questions d'actualité |

Samedi 15 septembre 2001 :

Gériatrie :

La prévention en gériatrie

Cycle Ethique et économie :

Le médecin généraliste et le dépistage chez la femme en âge de procréer

Pathologies hivernales :

La grippe – Les infections des voies respiratoires supérieures – Les infections bronchopulmonaires

Dimanche 16 septembre 2001 :

Actualités thérapeutiques

Remise du prix du concours

Cocktail de clôture

Accréditation : 195 UFC en médecine générale et 30 UFC en éthique et économie

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, INSCRIPTIONS OU DEPLIANTS DÉTAILLÉS :

s'adresser à l'A.M.U.B., Campus d'Anderlecht, route de Lennik, 808 boîte 612 - 1070 Bruxelles

Tél. : 02/555.60.62 - e-mail : amub@ulb.ac.be

Brussels International Obesity Symposium

"Obesity Bone & Joint Symposium"

*Controversies in etiopathogenesis, management and costs
of osteoarticular conditions in obese patients*

October 12 & 13, 2001 – Brussels

Program : Clinical presentation – Diagnosis – Comorbidity and surgical risk – Treatment modalities – Economic & sociological issues

For further information and full scientific program : Prof. Marek Szpalski, C.H. Molière Longchamp, 142 rue Marconi, 1180 Brussels, fax : 02/348.56.94, e-mail : mszp@win.be

Brussels International Spine Symposium

"Vertebral Osteoporotic Compression Fractures"

Controversies in etiopathogenesis, management and costs

November 16 & 17, 2001 – Brussels

Program : Basics – Clinical presentation – Diagnosis – Conservative treatment – Minimal invasive treatment – Surgical Treatment – Prevention of recurrence – Economic & ethical considerations

For further information and full scientific program : Dr R. Gunzburg, Eeuwfeestkliniek, Harmoniestraat 68, 2018 Antwerpen, fax : 02/348.56.94, e-mail : r.gunzburg@worldonline.be

ANNONCES



LE SECRETARIAT

MEDICAL

11 rue de l'Industrie
1000 – Bruxelles
Tél. : 02.280.63.20
Fax : 02.235.65.90

**Pendant que vous consultez...
nous gérons vos rendez-vous**

Nous réceptionnons les appels de vos patients
par simple déviation de votre ligne téléphonique

L'identité du médecin contacté apparaît sur notre écran
ainsi pouvons-nous faire des réponses personnalisées

Pendant vos visites ou vos consultations, séminaires ou
congés, ou ponctuellement
Dès votre retour, nous vous transmettons votre calendrier
complété par fax, par e-mail, ou par téléphone

BROCHURE COMPLETE SUR DEMANDE

- 01037 **MONS** : Importante patientèle privée **DERMATO** à remettre. Tél. après 20 h : 065/62.29.99.
- 01042 **LIBRAMONT** : CHA, Service pédiatrie 15 lits + 2 polysomno + secteur néo-natal: cherche 4° **PÉDIATRE** pour travail en pool intra-hospitalier. Collaboration étroite avec service maternité 950 accouchement/an. Surspécialisation à discuter. Salaire forfaitaire maximum durant 2 ans. Investissement personnel à long terme souhaité. Contact: Dr. Ph Dacier, CHA: 35, avenue de Houffalize à 6800 Libramont (061/238 111).
- 01046 **A LOUER** : cabinet médical 75 m², parfaite situation Square Montgomery, entièrement rénové et équipé, libre immédiatement, meublé ou non. Pour cause de maladie. Tél. : 02/784.32.02 (soir) ou 0475/44.85.02.
- 01050 **BRUXELLES** : Centre médical cherche **NEUROLOGUE**. Tél. : 02/215.05.12 – Dr Dejardin.
- 01052 **CHIMAY** : Laboratoire de biologie clinique cherche **MÉDECIN** ou **PHARMACIEN BIOLOGISTE** pour remplacements. Contacter Dr Berchem ou Mr Raimond au 060/21.87.40.
- 01058 **A VENDRE** : Matériel de consultation d'ophtalmologie en parfait état. Tél. (soir) : 02/660.84.60.
- 01059 **BRUXELLES** : La Polyclinique du Midi, grande affluence, cherche : ① **GYNECOLOGUE-ACCOUCHEUR** dame parlant arabe pour patientes musulmanes; ② **ORTHODONTISTE** pour une consultation par semaine. Tél. : 02/523.25.00 après midi sauf mardi.
- 01060 **A VENDRE** : Instrumentation classique de chirurgie générale et abdominale – Hyfrecator – matériel d'endoscopie Wolf; très bon état. Tél. : 02/380.11.82.
- 01061 **BURKINA FASO** : On demande : livres relativement récents sur la chirurgie générale, pour un assistant en formation, au Burkina Faso. Tél./fax : 016/40.37.00.
- 01062 **A VENDRE : E.M.C. : PEDIATRIE** : 3 tomes. **RADIODIAGNOSTIC** : 7 tomes. A jour jusqu'en fin 2001. Faire offre. Tél. : 064/22.10.80 (soir).
- 01063 **HAINAUT** : Recherche de médecins spécialistes en **CARDIOLOGIE, PNEUMOLOGIE, GÉRIATRIE, INFECTIOLOGIE, ENDOCRINOLOGIE** pour une activité hospitalière et de consultations. Téléphone : 064/23.31.67.
- 01064 **BRUXELLES** : Centre médical 1080 Bruxelles. Très bonne situation, bonnes communications. Cherche **CARDIOLOGUE, NEUROLOGUE, GASTRO-ENTÉROLOGUE, PÉDIATRE, RHUMATOLOGUE** pour collaboration. Secrétariat et accueil patients sur place. Patientèle existante. Tél. : 02/468.28.50.
- 01065 **FRANCE** (région Sud-ouest – secteur II) : recherche confrère en vue succession – important fichier pouvant convenir à un ou deux dermatologues – laser CO₂-puva – locaux neufs de standing – conditions à débattre : contacter Dr DESPINIS Régis – Tél. : 00.33/5.45.92.62.34 – Fax 00.33/5.45.92.65.67.

Table des matières

| | |
|--|----|
| • La révolution culturelle de l'arc-en-ciel..... | 1 |
| • Droits du patient – Avant-projet de loi | 2 |
| • Droits des patients - lettre au Conseil National de l'Ordre des Médecins | 6 |
| • Réflexions concernant la notion de "consentement éclairé" – W. Gonthier, avocat | 7 |
| • Enregistrement de l'aide médicale urgente : l'épée de Damoclès ? | 24 |
| • Lettre de la Commission nomenclature de l'Académie belge de pédiatrie au ministre F. Vandebroucke (29.5.2001)..... | 27 |
| • Soins urgents spécialisés : A.M. 19 avril 2001 (M.B. 21.06.2001)..... | 29 |
| • Dermatologie : A.R. 11 juin 2001 (M.B. 30.06.2001) | 29 |
| • Prix Herman Houtman 2002 | 30 |
| • Réunions scientifiques..... | 30 |
| • Annonces | 31 |