
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° 1 / JANVIER 2003

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

PETIT GUIDE À PROPOS DE LA LOI RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT

INTRODUCTION

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient a été publiée au Moniteur belge du 26 septembre 2002. A dater du 6 octobre 2002, cette loi est incorporée dans le droit de la santé et devient une source de droits et d'obligations.

Avant de nous pencher sur le contenu de ces droits du patient, nous vous donnons un bref historique de la loi actuelle.

Suite à l'accord gouvernemental du 7 juillet 1999, un groupe de travail cabinet-administration a été mis en place afin de préparer une initiative concernant les droits du patient. Cette initiative a débouché sur une note conceptuelle du ministère de la Santé publique qui a été remise au Conseil des ministres le 1^{er} décembre 2000. Au début du mois de janvier 2001, le Parlement a organisé des auditions auxquelles il a convié des associations de patients, l'Ordre des médecins, le GBS, des syndicats médicaux, notamment l'ABSyM, et les mutuelles pour qu'ils puissent faire connaître leur position respective. Ce texte a été complété et modifié par un groupe de travail interministériel au sein du Gouvernement. En juin 2001, cet avant-projet de loi relative aux droits du patient a été soumis au Conseil des ministres avant d'être transmis au Conseil d'Etat et à la Commission de la protection de la vie privée. Ensuite, le texte a été présenté à la Chambre le 19.02.2002 où 57 amendements ont été déposés en deuxième lecture. Quelque 5 mois plus tard, le texte a été soumis aux voix à la Chambre puis a été transmis au Sénat le 15.07.2002. En dépit de vives protestations de plusieurs de ses membres, le Sénat a adopté le texte dès le 19.07.2002 (avec des réunions nocturnes et une approbation du texte intervenue à 6 h 15 du matin) sans y apporter d'amendements, lequel texte a ensuite été transmis le jour même à la Chambre pour y être sanctionné (malgré l'introduction de 45 amendements).

Raisons d'être de la loi

Selon Madame Aelvoet, ancienne ministre de la Santé publique et de l'Environnement, les arguments avancés ci-après plaident en faveur de la réunion des droits du patient :

- La protection juridique du patient était trop disséminée et découlait de traités internationaux, de principes de droit généraux, de dispositions constitutionnelles et de dispositions du droit pénal;

- Dans certains cas, il n'existait pas la moindre forme de protection juridique (patient majeur dans l'incapacité de manifester sa volonté);
- Certaines réglementations étaient ambiguës et contradictoires (par ex. le droit à la consultation du dossier médical);
- Plusieurs dispositions allaient également à l'encontre des intérêts du patient (article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre).

La loi actuelle a donné un contenu à des principes qui certes existaient mais qui n'étaient (souvent) pas réunis.

Ces droits réunis prennent la forme de droits du patient créant des obligations indiscutables dans le chef du médecin.

Pratiquement tout le monde s'accorde à reconnaître que la formulation de la loi présente des lacunes. Ou pour reprendre les termes de l'ancien ministre de la Santé publique qui était un des promoteurs de ladite loi : "In Nederland zou men zeggen dat deze tekst onzorgvuldigheden en leemten vertoont" (*nous traduisons : "Aux Pays-Bas, on dirait que ce texte présente des négligences et des lacunes"*) (Marcel Colla durant la séance nocturne du Sénat les 19/20.07.2002).

La loi actuelle est devenue une sorte de MEGA-loi englobant tout. On s'est efforcé d'accorder le plus grand nombre possible de droits à tous les patients à l'égard de tous les praticiens professionnels.

La portée globale de cette loi s'explique également en grande partie par la répartition actuelle des compétences entre le fédéral et le niveau communautaire.

On s'est efforcé, autant que possible, d'inscrire toute la législation dans le "cadre de l'exercice de l'art de guérir et des professions paramédicales" en tenant compte des remarques formulées par le Conseil d'Etat concernant le précédent projet de loi relative aux droits du patient, lequel avait fait remarquer que le Pouvoir fédéral ne pouvait pas tout réglementer dans la relation entre le patient et l'établissement de soins de santé, ce qui est plus large que la relation entre le patient et le médecin. Pour rester globalement dans ce cadre, certaines notions ont fait l'objet d'une définition malheureuse.

Principalement les dispositions relatives à la fonction de médiation contenues dans les articles 11 et 16 et l'insertion d'un chapitre V dans la législation sur les hôpitaux en sont de bons exemples. Un patient désireux d'exercer ses droits tels qu'ils sont définis dans la présente loi dans le domaine de la fonction de médiation – une fonction de médiation que les autorités présentent comme un cheval de parade – ne pourra que constater que la législation relative à la fonction de médiation est morcelée et imprécise.

Bien qu'il s'agisse d'une MEGA-loi, deux droits fondamentaux essentiels du patient n'ont pas été traduits ou explicités.

Tout d'abord, les droits fondamentaux en matière de protection de la santé et le droit à l'aide médicale (article 23 de la constitution) ne sont généralement pas exigibles pour le patient dans la mesure où il est stipulé dans ledit article 23 que la loi et le décret garantissent ces droits sociaux.

Ce n'est pas en accordant au patient, vis-à-vis du médecin, un droit à des prestations de qualité répondant également à ses besoins que les autorités se libèrent de leur mission. Encore faut-il qu'ils garantissent aussi un financement adéquat.

Quod non.

Ou comment les autorités ne respectent pas leurs obligations et s'en déchargent sur les médecins. En d'autres termes : un Etat qui ne se porte pas garant pour fournir les moyens nécessaires pour dispenser les soins nécessaires et légitimes à l'ensemble des patients rejète tous les manquements du système sur les médecins en créant des droits du patient.

Un deuxième manquement majeur réside dans le fait qu'en ce qui concerne les hôpitaux – en termes INAMI, il s'agit cependant de dispensateurs de soins de santé – le droit à l'hospitalisation n'est garanti nulle part pour le patient.

Depuis le lancement des projets portant sur les droits du patient, nous prédisons que l'introduction de la loi relative aux droits du patient coûtera de l'argent. A l'occasion de l'établissement du budget, il a déjà été signalé que cette loi nécessitera également des sacrifices financiers supplémentaires dans le cadre d'un budget public trop limité.

D'aucuns considèrent que cette loi constitue en fait surtout un cadeau d'adieu d'un ancien ministre de la Santé publique.

Il convient d'attendre la campagne d'information promise par les pouvoirs publics lors de l'élaboration de la loi. Il avait également été déclaré à maintes reprises et avec force que cette loi n'avait une chance de réussir que si une concertation et des accords protocolaires voyaient le jour entre le fédéral et les communautés. En effet, cette loi ne peut pas être comprise par le patient s'il ne reçoit pas les explications et les précisions nécessaires. A cet égard, c'est actuellement le calme plat au niveau fédéral. Il y a manifestement des choses plus importantes à régler et/ou des tensions à neutraliser. L'Etat espère probablement que le médecin reprendra cette mission à son compte.

A la lecture de la loi, vous ne manquerez pas de constater que l'actuelle loi relative aux droits du patient a formulé un certain nombre de notions de manière vague et imprécise. D'une part, cela présente un danger pour le médecin mais, d'autre part, la jurisprudence devra trouver son chemin dans ce cadre existant.

En outre, la loi s'est efforcée de réunir les aspects tant technico-juridiques qu'éthiques. Réaliser un tel cocktail n'est pas sans présenter de véritables dangers. Les valeurs de l'autonomie et le droit à l'autodétermination du patient doivent, dans un ensemble équilibré de soins de qualité, se retrouver dans des valeurs de confiance, de respect et de responsabilité pour le médecin.

L'actuelle loi donne l'impression au médecin d'être devenu l'exécutant de soins exigibles. L'élément communication entre le médecin et le patient est le grand absent dans la loi relative aux droits du patient, excepté indirectement en ce qui concerne le droit à l'information et au consentement.

Si nous consultons l'accord gouvernemental arc-en-ciel de l'été 1999, nous constatons que celui-ci a déjà été violé à deux reprises au moins. D'une part, il y était question d'une charte pour les droits du patient et, d'autre part, on avait promis au citoyen une simplification administrative. Ce texte est une loi, introduite initialement comme un projet de loi et donc pas comme une initiative parlementaire, qui va en outre et une fois de plus nous submerger de documents supplémentaires.

Sans y ajouter le moindre commentaire, nous citons les propos tenus par le Dr Moens à l'occasion de l'audition à la Chambre du 09.01.2001 en guise de conclusion finale à son exposé :

(nous traduisons) "Pour conclure, nous sommes d'avis qu'il convient d'encourager l'initiative visant à organiser la législation existante. Si le Parlement estime également qu'une loi relative aux droits du patient est nécessaire, elle peut être envisagée à condition toutefois qu'elle ne contribue pas à brouiller la relation médecin-patient qui est actuellement généralement très bonne; qu'elle ne soit pas dissociée de la loi relative aux assurances de responsabilité des dispensateurs de soins de santé, dans le cas présent les médecins; que les devoirs du patient et de l'Etat soient définis plus avant de manière à ce qu'aucune discrimination ne soit pratiquée entre les citoyens-patients et les citoyens-dispensateurs; que l'article 95 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre soit reformulé en faveur du patient et que la protection de la vie privée obtienne des garanties absolues".

COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE DE LA LOI RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT

Les articles de la loi sont reproduits en caractères gras et sont encadrés.

Le patient a droit :

- à des prestations de qualité;
- au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix;
- aux informations;
- au consentement;
- à un dossier de patient;
- à la protection de sa vie privée;
- d'introduire une plainte auprès d'une fonction de médiation.

Quand c'est nécessaire, nous indiquons l'intention du législateur telle qu'elle a été formulée dans le cadre des débats à la Chambre ou au Sénat.

Bien que ces interprétations ne soient pas contraignantes pour la jurisprudence/la doctrine, elles rendent au moins l'ensemble du texte de la loi plus compréhensible.

Les parties de texte en italique donnent l'interprétation de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM) à propos d'une partie de texte donnée.

22 AOUT 2002. - Loi relative aux droits du patient

M.B. 26.09.2002

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE I^{er}. - Disposition générale

Article 1^{er}. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE II. - Définitions et champs d'application

Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1° patient : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non;

2° soins de santé : services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie;

3° praticien professionnel : le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 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.

1° : "soins de santé dispensés à la demande ou non du patient" signifie la dispensation de soins de santé à la demande du patient proprement dit, de son mandataire (pour un patient mineur), d'un tiers (dans une situation de contrôle) ou sans demande (urgence).

Les donneurs ou bénéficiaires d'organes ainsi que les volontaires participant à des expériences scientifiques ne sont pas concernés par le champ d'application de la loi. Cependant, ces

personnes peuvent, dans le cadre de soins consécutifs au don d'organe ou après l'expérience, se retrouver dans la position du patient visé par la présente loi.

Selon le Conseil d'Etat, la réglementation relative au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus d'origine humaine concerne l'exercice de l'art de guérir. Etant donné que le pouvoir fédéral a toute compétence dans le cadre de l'exercice de l'art de guérir, l'exception faite ci-dessus est regrettable.

2°: les soins de santé sont définis au sens large : ils couvrent également l'accompagnement en fin de vie.

3°: Par praticien professionnel, il faut entendre tout praticien visé à l'arrêté royal n° 78 et donc également ceux ayant une pratique non conventionnelle.

Malgré les vives critiques de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM)^() exprimées dans le cadre des auditions à la Chambre concernant l'extension du champ d'application aux pratiques non conventionnelles, les praticiens ayant une pratique non conventionnelle entrent également dans le champ d'application des droits du patient. Ceci a cependant également comme conséquence que les dispensateurs des pratiques non conventionnelles tombent également sous le champ d'application (avec les obligations qui en découlent) de la loi relative aux droits du patient.*

Une définition aussi large du champ d'application en matière de praticiens posera inévitablement des problèmes.

Si cette loi est appliquée à l'ensemble des praticiens professionnels visés dans l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé comme prévu à l'article 2, ces praticiens professionnels se retrouveront dans un enchevêtrement d'obligations. Ex. : chaque praticien professionnel doit tenir un dossier de patient. Comment la coordination et l'échange de ces dossiers sont-ils organisés? Le patient a en effet droit à la consultation du dossier médical, infirmier, de kinésithérapie, de thérapie "alternative", etc., en bref de tout dossier d'un praticien professionnel.

*Dans certaines situations, un patient peut faire appel à un "autre praticien professionnel" comme personne de confiance, par exemple pour la consultation, dans le dossier de patient, des annotations personnelles du praticien professionnel traitant. Cet "autre praticien professionnel", qu'il soit dentiste, accoucheuse, infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, thérapeute alternatif, etc., a ainsi accès aux annotations personnelles du médecin. Le droit de consultation direct du patient dans son dossier médical a toujours été rejeté par l'ABSyM^(**). Apparemment, le législateur est parti du principe que tout patient consultant son dossier dispose d'un bagage intellectuel suffisant pour comprendre le jargon médical.*

La loi actuelle s'est efforcée de plier une relation dite hiérarchique entre le médecin et le patient pour arriver à une situation avec deux partenaires de valeur égale en octroyant un maximum de droits au patient. On a toutefois perdu de vue que le patient s'adresse au médecin pour obtenir une aide professionnelle et experte.

Art. 3. § 1^{er}. La présente loi s'applique aux rapports juridiques de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient.

§ 2. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis de la commission visée à l'article 16, préciser les règles relatives à l'application de la loi aux rapports juridiques visés au § 1^{er}, définis par Lui, afin de tenir compte du besoin de protection spécifique.

Le §1er signifie que les droits du patient sont réglés indépendamment de la situation juridique du médecin (fonctionnaire, indépendant, employé, etc.) vis-à-vis du patient.

(*) et du GBS

(**) et par le GBS

Dans la mesure où le terme patient est utilisé dans un sens très large, cela signifie que le champ d'application de la loi comprend également les contrôles obligatoires dans le cadre de la médecine préventive (médecine scolaire, médecine sportive, médecine du travail) ainsi que de la médecine de contrôle.

Madame Aelvoet renvoie à l'article 3 §2 de la loi prévoyant que des règles spécifiques peuvent être précisées par A.R. en matière de protection spécifique.

Compte tenu des procédures longues devant être respectées dans le cadre de cet A.R. (arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres), chaque patient peut actuellement invoquer les droits définis dans cette loi (voir introduction) vis-à-vis de tout praticien professionnel de l'article 2

En outre, rien de précis n'est prévu en ce qui concerne la protection de certains groupes faibles, comme par exemple pour la protection des patients psychiatriques.

Dans le cadre de la médecine de contrôle, le libre choix du patient et le droit au consentement sont contraires à l'objectif de la médecine de contrôle. Pourtant, cette loi s'applique aussi bien aux relations thérapeutiques qu'administratives. Ces dernières sont cependant d'une nature fondamentalement différente.

Art. 4. Dans la mesure où le patient y apporte son concours, le 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. Dans l'intérêt du patient, il agit le cas échéant en concertation pluridisciplinaire.

La première partie de la phrase porte sur l'obligation de concours du patient : dans la mesure où le patient y apporte son concours... Selon le ministre, il faut éviter que le médecin se voit reprocher de ne pas respecter ses obligations vis-à-vis du patient alors que celui-ci ne lui a pas fourni toutes les informations utiles en vue d'un diagnostic exact. C'est du reste la seule obligation du patient énoncée dans cette loi.

Cet article est une réponse à la demande des médecins d'une normalisation minimum pour le patient. Bien que les concepteurs de la loi aient estimé au stade initial que les devoirs du patient étaient d'une tout autre nature et que la loi actuelle avait pour seul but de réglementer les droits du patient et certainement pas ses devoirs, l'article 4 a finalement été modifié de manière avantageuse pour les médecins.

Ce n'est que dans la mesure où le patient apporte son concours (le "concours" se rapporte à un comportement effectif et, contrairement au "consentement", pas à une catégorie juridique : cela ne reste donc qu'une vague description juridique) que le médecin doit respecter les obligations de la loi.

La deuxième partie de la phrase " ... le 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 " signifie que l'obligation de respecter les droits du patient ne vaut que dans la mesure où quelqu'un est juridiquement compétent pour poser les actes nécessaires pour pouvoir remplir l'obligation (par exemple, un infirmier n'a pas l'obligation (et il n'a pas la compétence) de communiquer des informations d'une nature strictement médicale au patient).

CHAPITRE III. - Droits du patient

Art. 5. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, 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.

Le médecin agit en bon père de famille en faisant preuve de la rigueur nécessaire. Le médecin doit également tenir compte des valeurs morales, culturelles et religieuses du patient.

"Le droit à des prestations de qualité" répondant aux "besoins" du patient implique pour le médecin qu'il doit tenir compte des normes applicables résultant de l'état actuel de la science. En outre, le médecin conserve toujours sa liberté thérapeutique.

Un tel droit, qui est de plus affiné selon les besoins du patient, peut avoir des conséquences importantes dans le contexte du recours ou non à certains services et/ou techniques comme le PET -scan, la RMN, le SMUR, le service d'urgences, etc.

De plus, ce droit est difficilement exigible auprès du médecin dans la mesure où les limitations actuelles (surtout les financières) touchant l'offre de santé émanent généralement des pouvoirs publics et/ou des établissements de soins. Les "besoins" du patient en prestations de qualité sont illimités et ne peuvent dès lors pas toujours être satisfaits (voir introduction). Enfin, le terme "prestations" n'est pas très approprié pour désigner des soins médicaux.

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

Ce droit au libre choix est une application spécifique du droit à l'autodétermination et le patient a toujours la possibilité de revoir ce choix.

"...sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi" fait référence aux règles limitatives dans le cadre entre autres de la médecine du travail, dans la législation relative aux accidents de travail, dans le traitement médical des détenus.

Ce principe du libre choix ne peut être exercé que dans le cadre des conditions dans lesquelles les soins de santé sont proposés. Dans un établissement de soins de santé, il arrive fréquemment que, pour des considérations pratiques, il n'est pas possible de permettre au patient de choisir librement le praticien professionnel.

Il est vrai que cette dernière limitation ne résulte pas de "limites imposées en vertu de la loi" comme décrit dans la loi mais bien de considérations organisationnelles.

Les précisions apportées par le Ministre concernant le champ d'application du libre choix sont très compréhensibles mais il est regrettable que cette considération n'ait pas été intégrée dans les dispositions légales proprement dites. Une simple loi budgétaire peut rendre le libre choix du patient quasiment impossible.

Il suffit de penser au modèle néerlandais où, pour des raisons budgétaires, le patient doit être inscrit auprès d'un généraliste qu'il doit choisir parmi un nombre très limité et dont la référence est indispensable si le patient souhaite consulter un spécialiste.

Art. 7. § 1^{er}. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, 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.

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

A la demande écrite du patient, les informations peuvent être communiquées à la personne de confiance qu'il a désignée. 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 à la santé du patient ou de tiers et à condition que le praticien professionnel ait consulté préalablement un autre praticien professionnel 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 praticien professionnel peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations visées au § 1^{er} au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé du patient et à condition que le praticien professionnel ait consulté un autre praticien professionnel.

**Dans ce cas, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient et en informe l'éventuelle personne de confiance désignée dont question au § 2, alinéa 3.
Dès que la communication des informations ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1er, le praticien professionnel doit les communiquer.**

§1er: ce droit est indépendant du traitement envisagé et n'est pas lié à un consentement ultérieur.

Il suffit que les informations soient communiquées verbalement à moins que le patient ne souhaite que la transmission se fasse par écrit.

" Toutes les informations" visent les informations nécessaires pour comprendre l'état de santé du patient. Le ministre précise qu'il s'agit uniquement de toutes les informations nécessaires pour comprendre son état de santé.

"Evolution probable" signifie l'évolution à laquelle on est en droit de s'attendre suivant le praticien professionnel sur base de l'analyse des données dont il dispose.

§2 : la langue claire ne signifie pas que les informations sont communiquées dans la langue du patient ou qu'il y a obligation de recourir au service d'un interprète.

§2, troisième alinéa: Le patient peut demander par écrit que les informations soient communiquées à une personne de confiance.

En ce qui concerne la personne de confiance, le Ministre estime que seules les informations portant sur l'état de santé du patient doivent lui être communiquées et ne sont pas concernées les informations à la base du consentement de l'intervention.

Le patient dispose d'une liberté absolue pour ce qui est du choix de la personne de confiance. De plus, la fonction n'est pas clairement définie : la loi ne fournit aucune précision concernant cette fonction. Il ne s'agit en aucun cas d'une personne pouvant prendre les décisions à la place du patient et cette personne peut uniquement être considérée comme quelqu'un à qui des informations doivent être communiquées.

§3: le patient ne souhaite pas être informé de son état de santé (ex. la maladie de Huntington). Ce droit à ne pas être informé n'est cependant pas respecté lorsque l'état de santé du patient cause un grave préjudice à sa santé ou à celle de tiers et à condition que le praticien professionnel ait consulté préalablement un autre praticien professionnel à ce sujet (ex. maladie contagieuse) et entendu la personne de confiance éventuellement.

Compte tenu de la définition de l'article 2, le praticien professionnel peut consulter n'importe quel autre praticien professionnel (cf. introduction).

§4: exception thérapeutique: le droit du patient à être informé sur son état de santé vaut également lorsque le pronostic est franchement négatif à moins que la communication des informations risque de causer un préjudice grave à la santé du patient et à condition que le praticien professionnel ait consulté un autre praticien professionnel.

Il convient de remarquer qu'au § 3, la communication cause uniquement un préjudice au patient et pas à un tiers comme indiqué au § 2 de cet article.

Comment le médecin peut-il prouver qu'il a rempli son devoir d'information? Mme Aelvoet fait savoir que d'un point de vue juridique, seule la communication écrite offre une preuve sûre mais cela condamne le médecin à un travail de titan à vie... La rédaction d'un formulaire incluant la mention "le devoir d'information a été rempli comme prévu dans la loi relative aux droits du patient" n'est jamais valable en justice. Même si ce n'est pas indiqué explicitement, le médecin a également le droit d'établir cette information par écrit.

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

Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, 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 du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§ 2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé 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 soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. 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 praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

§ 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 praticien professionnel, 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 praticien professionnel.

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 praticien professionnel, 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 IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.

Au §1er, le terme intervention a un sens large. Dans le prolongement des débats à la Chambre, cela signifie que, même s'il ne touche pas au corps d'un patient et qu'il souhaite interrompre un traitement, le médecin doit avoir le consentement du patient.

C'est un principe qui est en contradiction directe avec la liberté thérapeutique du médecin. Le médecin doit toujours avoir la possibilité de mettre fin à un traitement médical dans le respect de l'article 8 de l'A.R. n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Le deuxième alinéa de l'article 8 §1er en vertu duquel le consentement du patient peut être inféré du comportement de celui-ci a trait au consentement non verbal ou implicite.

Comment un consentement non verbal ou implicite pourra-t-il être prouvé en cas de litige? La seule alternative pour le médecin consiste à demander un consentement écrit au patient.

Le troisième alinéa de l'article 8 §1er est une catastrophe sur le plan textuel lorsque l'on combine "ou" et "et".

En tout cas, cela signifie que le médecin peut également fixer le consentement par écrit.

Le §2 porte sur le contenu des informations qui doivent être fournies.

“Les répercussions financières” visent entre autres les honoraires, les tickets modérateurs et les suppléments.

A la Chambre, on a cité en exemple le droit du patient à être informé concernant les tarifs, etc. Cette question pour laquelle l'hôpital est coresponsable n'est en aucune façon évidente. Nul ne peut prévoir comment et à quelle vitesse un patient réagira à une thérapie ou une intervention donnée et s'il présentera des complications. La nomenclature des soins de santé comprend ± 600 pages A4 énumérant des prestations médicales qui peuvent se révéler nécessaires sur le plan médical dans des circonstances données. Quelles informations faut-il communiquer au patient au préalable?

Même si l'on défend le point de vue pragmatique que cette loi ne doit (ou ne peut) pas être respectée dans les détails, l'obligation du médecin est aggravée en ce qui concerne la communication des répercussions financières, également au niveau des suppléments et le fait de communiquer s'il est ou non conventionné. En outre, le médecin ne connaît jamais totalement les répercussions financières d'une intervention, non seulement dans le contexte de la problématique de la nomenclature susvisée, mais également en raison notamment de la perte de revenus entraînée par une éventuelle incapacité de travail.

Au niveau des risques, la jurisprudence a déjà dû trancher de nombreux litiges. La théorie du risque normal et prévisible est généralement défendue. Le médecin doit renseigner le patient sur les risques prévisibles et normaux. Les risques rares, exceptionnels ou anormaux ne doivent pas être communiqués. Il s'agit d'un critère souple qui offre cependant peu de sécurité juridique en raison de son caractère vague.

"En ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention" signifie qu'en cas d'avortement par exemple ou dans le cadre de la législation relative à l'euthanasie, toutes les interventions légales et nécessaires doivent être respectées.

Contrairement à ce que le Jong-VLD (les jeunes du VLD) ont déclaré à l'occasion de la journée d'étude du VLD "Gezondheidszorg, de zekerheid voor Vlaanderen" (Soins de santé, la sécurité pour la Flandre) le 25.05.2002 et qui a été repris dans la presse le 27.05.2002 par le président du VLD, Karel De Gucht, et malgré l'adoption de la loi relative à l'euthanasie et aux droits du patient, l'euthanasie n'est pas un droit du patient.

Le §3 a trait à la communication au préalable et en temps opportun des informations permettant au patient de désigner une personne de confiance.

Dans ce paragraphe, il n'est pas fait référence au § 4 de l'article 7 : dans ce cas, cela signifie que le patient ne peut pas invoquer l'exception thérapeutique pour par exemple ne pas communiquer les risques par crainte que le patient puisse alors refuser l'intervention.

Toutefois, il convient également de tenir compte des possibilités individuelles du patient.

Le §4 prévoit que le droit de refus du patient n'est pas absolu dans la mesure où le patient n'a pas le droit de s'opposer à toute tentative d'un praticien professionnel visant à sauver la vie du patient.

Le refus du patient doit porter sur une intervention déterminée. Au cas où une technique a enregistré un progrès significatif, il est permis de supposer qu'il s'agit d'une nouvelle intervention sans rapport avec le refus du patient.

Le ministre a encore ajouté que le médecin peut tenir compte des circonstances, en particulier des circonstances psychiques dans lesquelles le patient a opposé son refus. Cela signifie que le médecin est autorisé à ne pas tenir compte de la lettre d'une personne ayant entrepris une tentative de suicide s'il est d'avis que cette personne souffrait par exemple de dépression cyclothymique (extrait du débat au Sénat).

L'Ordre des médecins avait également fortement insisté pour que ce refus ait juste une valeur indicative mais n'ait pas de caractère contraignant. Il est regrettable de constater que cette nuance ne transparaît pas dans le texte. Comment le médecin doit-il finalement intervenir si le patient refuse l'intervention?

Le §4, troisième alinéa, prévoit que le refus ou le retrait du consentement du patient n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité à l'égard du praticien professionnel.

Il est difficile de dire comment cela doit se passer dans la pratique. Quid si le patient refuse par exemple l'amputation d'un membre gangrené? Comment est-il possible de dispenser des soins de qualité à un patient ayant un membre en état de décomposition? Quid si cela se passe en milieu hospitalier en présence d'autres patients et du personnel infirmier?

Le §4, quatrième alinéa, donne un effet juridique contraignant à une déclaration de volonté préalable par laquelle un patient qui était à même de manifester sa volonté refuse un traitement déterminé, et ce aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué à un moment où il est en mesure d'exercer ses droits lui-même.

Le choix s'est clairement porté en faveur du droit du patient à refuser ou à retirer son consentement à une intervention qui peut être totalement en opposition avec l'obligation du médecin de dispenser les soins nécessaires.

Dans cet article, il n'est nulle part fait mention d'une sécurité juridique pour le médecin.

Au cours des débats à la Chambre, des exemples pratiques ont été donnés pour montrer les risques d'un droit de refus absolu du patient.

Le seul moyen offrant une sécurité juridique au médecin pour se prémunir contre son devoir de dispenser des soins à des personnes en danger est de confirmer le refus du patient pour une intervention déterminée par écrit.

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

A la demande du patient, le praticien professionnel 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 15 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. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3.

Si le dossier du patient contient une motivation écrite telle que visée à l'article 7, § 4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le patient exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, lequel praticien consulte également les annotations personnelles visées 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. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle.

Le praticien professionnel refuse de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

§ 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 professionnel désigné consulte également les annotations personnelles visées au § 2, alinéa 3.

Le §1er stipule que le patient a droit à un dossier de patient.

Aucune autre information n'est donnée concernant ce dossier de patient, son contenu et ses éléments constitutifs, à l'exception de documents (quels documents?) que le patient peut demander d'ajouter.

Madame Aelvoet renvoie à l'A.R. du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général et à l'A.R. du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à

l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, doit répondre. Pour les médecins, il est toutefois clair que le dossier médical ne doit pas être assimilé au dossier du patient. En outre, les autorités ont promis de retirer l'A.R. du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général pour cause de double emploi avec le dossier médical global (DMG) du médecin généraliste développé par la Commission nationale médico-mutualiste de l'INAMI.

Le Ministre oublie malheureusement de dire qu'à ce jour, il n'existe aucune disposition légale concernant le dossier médical pour le secteur extra-hospitalier. Le DMG est applicable dans le cadre de la réglementation INAMI mais n'a pas d'existence dans le cadre du ministère de la Santé publique.

La présente obligation signifie que tout praticien professionnel visé à l'article 2 doit tenir un dossier de patient.

Le dossier médical fait-il partie du dossier du patient? Et qu'en est-il de tout dossier constitué par un praticien professionnel de l'article 2?

Comment accorder tous ces différents dossiers?

Le §2 reconnaît au patient un droit à la consultation directe du dossier du patient

Ce droit de consultation sert avant tout à renforcer la position du patient en cas de conflit (imminent) avec le praticien professionnel et les deux parties sont plus sur un pied d'égalité. En outre, ce droit doit également contribuer à la protection de la vie privée du patient.

Bien que cela ne soit pas indiqué dans l'article, le droit de consultation visé à l'article 9 ne peut être exercé que dans le respect de l'article 10 § 3 de la loi du 8 décembre 1992, ce qui veut dire que le droit ne peut pas être exercé à tout bout de champ mais uniquement après un délai raisonnable suivant l'exercice précédent de ce droit.

Le médecin ne peut en aucun cas refuser ce droit de consultation. Un droit de consultation indirect ne peut être exercé par le praticien professionnel désigné par le patient, qui, comme nous l'avons déjà indiqué, peut être n'importe quel praticien professionnel visé dans l'A.R. n° 78 (voir introduction) qu'en cas d'application de l'exception thérapeutique.

En outre, les notes personnelles peuvent également faire l'objet d'une consultation si le patient désigne une personne de confiance qui est un praticien professionnel.

Afin d'accorder ce droit de consultation au droit de prendre connaissance des données liées à la santé comme prévu par la loi du 8 décembre 1992, l'article 19 de la loi relative aux droits du patient adapte le premier alinéa de l'article 10, § 2, de la loi du 8 décembre 1992.

Le §3 concerne le droit du patient à d'obtenir une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci. Cette copie peut se présenter sous différentes formes, comme une photocopie, une disquette, un message e-mail, une copie manuscrite.

Le praticien professionnel peut refuser de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

Le §4 stipule que les parents directs d'un patient décédé ont également un droit de consultation du dossier du patient dans des conditions bien définies.

Du fait de l'article 9, il est très problématique, voire impossible, pour le médecin, d'invoquer le secret professionnel médical vis-à-vis de patients/de personnes de confiance souhaitant consulter le dossier médical.

Dans la situation de l'article 9, § 4, le patient est toutefois décédé et ce sont ses proches qui demandent à consulter le dossier de sorte que le secret professionnel médical peut à nouveau être invoqué par le médecin. Mais le médecin peut se retrouver dans des situations où l'interprétation devrait être laissée au juge de paix : que se passe-t-il si le partenaire actuel, l'époux légal et les parents proches demandent, chacun par l'entremise de leur praticien professionnel, à exercer le droit motivé à la consultation?

Art. 10. § 1er. Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé. Le patient a droit au respect de son intimité. Sauf accord du patient, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements.
§ 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

Le §1er reconnaît le droit à la protection de la vie privée.

Celui-ci est avant tout garanti par l'article 9, § 3, deuxième alinéa, qui permet au médecin de refuser une copie d'un dossier s'il a le sentiment que le patient subit des pressions afin d'obtenir cette copie (ex. dans le cadre des assurances).

Le § 1^{er}, deuxième alinéa, a trait aux personnes dont la présence est justifiée auprès du patient. Il peut s'agir de personnes en formation et d'étudiants.

La rédaction de l'alinéa 2 est très imprécise et donnera lieu à des discussions. Qu'entend-on par présence justifiée dans le cadre du droit au respect de l'intimité du patient?

Le §2 stipule qu' "aucune ingérence d'aucune autorité publique n'est autorisée dans l'exercice de ce droit...". Ce paragraphe est inspiré de l'article 8 du Traité européen des Droits de l'homme. Ce paragraphe 2 ne vise pas seulement les Pouvoirs publics mais également les personnes physiques et les personnes morales qui n'exercent pas de fonctions publiques.

L'application de l'article 10 §2 posera des problèmes dans la pratique : comment le médecin sera-t-il informé d'une exception éventuelle concernant la protection de la vie privée du patient?

Art. 11. § 1^{er}. 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 praticien professionnel;**
- 2° la médiation concernant les plaintes visées au § 1^{er} 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;**
- 5° la formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, telle que visée au § 1^{er}, ne se reproduisent.**

§ 3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres 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, le financement, les règles de procédure et le ressort.

Le Ministre affirme que l'article 11 n'est pas limité aux hôpitaux. Les arrêtés d'exécution prévoiront des formules pour les hôpitaux mais également pour le secteur ambulatoire.

Dans sa forme actuelle, la réglementation relative à la fonction de médiation est très vague et ne s'inscrit pas dans une structure déterminée.

Dans sa forme actuelle, l'article 11 s'applique aussi bien au secteur ambulatoire qu'au secteur hospitalier.

Compte tenu des règles existant en matière de compétence entre l'Autorité fédérale et les Communautés, l'Autorité fédérale ne peut pas procéder à l'adoption de règles concernant la politique des soins de santé dans et en dehors des établissements de soins de santé. En effet, cette compétence appartient encore expressément aux Communautés. Sur la base de la

législation organique, elle peut réglementer le secteur hospitalier et l'article 17 de la présente loi en est une conséquence mais le présent article a une portée trop large et contient un dépassement des compétences.

Dans la mesure où la compétence est prise trop largement, aucun arrêté d'exécution ne peut être pris pour réglementer la fonction de médiation.

L'autorité défend ses compétences dans le cadre de l'exercice de l'art de guérir et des professions paramédicales. Le Conseil d'Etat estime que l'Autorité fédérale peut réglementer les droits du patient à l'égard du praticien professionnel, c'est-à-dire le praticien d'une profession des soins de santé. Ou faut-il comprendre qu'un service de médiation est un praticien d'une profession de soins de santé?

CHAPITRE IV. - Représentation du patient

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

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

Le §1er stipule que les droits du patient mineur sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

Le §2 prévoit que le patient est associé à l'exercice de ses droits, suivant son âge et sa maturité. Le patient mineur qui est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts peut exercer ces droits énumérés de manière autonome.

Dans le cas des patients mineurs, les parents prennent généralement les décisions. Si le praticien professionnel estime le mineur apte, ce dernier peut exercer ses droits lui-même. C'est le praticien professionnel qui estime le degré de développement du patient.

En cas de conflit entre les parents et le praticien professionnel, il peut d'abord être fait appel à la fonction de médiation et, si aucune solution n'est trouvée, on peut s'adresser à la justice.

Art. 13. § 1^{er}. 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.

A ce jour, nous n'estimons pas devoir faire de commentaires supplémentaires.

Art. 14. § 1^{er}. 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 1^{er}, 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 cette personne marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par le patient ou par le mandataire désigné par lui par le biais d'un écrit daté et signé.

§ 2. Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient 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 sœur majeurs du patient.

Si une telle personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le praticien

professionnel concerné, le cas échéant 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.

Le §1er, alinéa 1er, stipule qu'un patient majeur qui ne se trouve pas dans une situation de l'article 13, peut faire exercer ses droits par le mandataire du patient que celui-ci aura préalablement désigné.

Le §1er, alinéa 2, décrit les conditions de la désignation et du retrait du mandat du mandataire.

Le §2, alinéa 1er, décrit la procédure à suivre si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si ce dernier n'intervient pas ou ne souhaite pas le faire.

Le §2, alinéa 3, désigne, en ordre décroissant, un certain nombre de personnes qui peuvent représenter le patient. Si celles-ci font défaut ou si elles ne souhaitent pas intervenir, c'est le praticien professionnel, 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 énumérées. Cela dépasse la compétence juridique et la capacité du praticien professionnel concerné. Il s'agira généralement d'un médecin.

Le §3 stipule que 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. § 1^{er}. 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. Dans ce cas, le droit de consultation ou de copie est exercé par le praticien professionnel désigné par le mandataire.

§ 2. Dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 12, 13 et 14, § 2. Si la décision a été prise par une personne visée à l'article 14, § 1^{er}, le praticien professionnel n'y déroge que pour autant que cette personne ne peut invoquer la volonté expresse du patient.

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

Le §1er stipule que la demande de consultation ou de copie des personnes visées aux articles 12, 13 et 14 peut être rejetée en tout ou en partie par le praticien professionnel concerné. Dans ce cas, le droit de consultation ou de copie est exercé par un praticien professionnel désigné par le mandataire, lequel n'appartient donc pas nécessairement à la même catégorie professionnelle.

Le §2 stipule que le praticien professionnel, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, peut déroger aux décisions prises par les personnes visées aux articles 12, 13 et 14, § 2 si la décision est prise dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé

Si la décision a été prise par une personne visée à l'article 14, § 1er, le praticien professionnel ne peut déroger que pour autant que cette personne ne peut invoquer la volonté expresse du patient.

CHAPITRE V. - Commission fédérale « Droits du patient »

Art. 16. § 1^{er}. 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 praticiens professionnels;

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 praticiens professionnels, des hôpitaux 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.

Le §3 rend cette loi particulièrement complexe. L'article 16 n'est pas le seul à traiter de la fonction de médiation. C'est également le cas des articles 11 et 17 de la présente loi. Pouvait-on faire plus compliqué?

Le §4 prévoit que les règles concernant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient » seront précisées par A.R.

La Commission est composée de représentants des patients, des praticiens professionnels, des hôpitaux et des organismes assureurs.

CHAPITRE VI. - Dispositions modificatives et finales

Art. 17. Dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le titre 1^{er} est inséré un chapitre V (nouveau), rédigé comme suit :

« CHAPITRE V. - Respect des droits du patient. »;

2° Un article 17^{novies} est ajouté, libellé comme suit :

« Art. 17^{novies}. Chaque hôpital respecte, dans les limites de ses capacités légales, les dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient. De plus, chaque hôpital veille 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 les droits du patient.

Chaque hôpital veille à ce que toutes les plaintes liées au respect de l'alinéa précédent puissent être déposées auprès de la fonction de médiation prévue par l'article 70^{quater} afin d'y être traitées.

A sa demande, le patient a le droit de recevoir explicitement et préalablement les informations concernant les relations juridiques visées à l'alinéa 1^{er} et définies par le Roi

après avis de la commission visée à l'article 16 de la loi de 22 août 2002 relative aux droits du patient.

L'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, relatifs au respect des droits du patient définis dans la présente loi, à l'exception des manquements commis par les praticiens professionnels à l'égard desquels les informations visées à l'alinéa précédent en disposent explicitement autrement. »;

3° Un article 70quater est ajouté, libellé comme suit :

« Art. 70quater. Pour être agréé, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, § 1^{er}, de la loi du 22 août 2002 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 coopération entre hôpitaux. »

Article 17 novies: Chaque hôpital respecte, dans les limites de ses capacités légales, les dispositions de la loi et veille 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 les droits du patient.

Comme cette loi impose des obligations au médecin, l'hôpital doit uniquement respecter les dispositions de la loi dans les limites de ses capacités légales pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient. De quels droits s'agit-il? Qu'entend-on par aspects d'autres pratiques professionnelles de soins?

L'hôpital doit également veiller à ce que les médecins indépendants respectent les dispositions de la loi.

L'article 17, novies, troisième alinéa : Le patient a le droit de recevoir ces informations s'il en fait la demande.

Mme Aelvoet indique que l'obligation de l'hôpital ne suppose pas une responsabilité solidaire. Il s'agit uniquement d'un "engagement d'effort" pour l'hôpital étant donné que certaines catégories de personnes peuvent être exclues.

D'une part, l'hôpital veille, via l'article, 17 novies, premier alinéa, à ce que les droits du patient soient respectés. D'autre part, l'article 17, quatrième alinéa, prévoit que des exceptions sont possibles.

Concrètement, aucun hôpital ne voudra être responsable pour les manquements commis par les médecins s'ils ne respectent pas la loi relative aux droits du patient. Par conséquent, chaque hôpital inclura une clause de non-responsabilité dans sa réglementation générale. Quelle plus-value cet article apporte-t-il par rapport à la situation actuelle?

Dans sa note du 20 septembre 2002 (2002/145), le Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) (Groupement flamand des institutions de soins) critique vivement cette situation et indique clairement que l'hôpital n'est pas responsable pour les praticiens professionnels sur lesquels il n'a aucune autorité ou pouvoir.

Le VVI a attiré l'attention du ministre sur cette situation difficile mais... (nous traduisons) "une fois que le sprint final était lancé, plus rien ne pouvait empêcher l'arrivée. Le ministre était bien conscient du problème et allait le régler par une circulaire..."

L'insertion de l'article 17novies dans la loi sur les hôpitaux sera à l'origine d'encore plus d'incertitudes et créera également des attentes irréalistes dans le chef du patient en matière de responsabilité de l'hôpital.

Le 3° insère un article 70quater dans la loi sur les hôpitaux : la fonction de médiation devient une norme d'agrément des hôpitaux et plusieurs hôpitaux peuvent exercer une fonction de médiation ensemble par le biais d'un accord de coopération.

Le problème de la responsabilité n'est pas réglé par la présente loi. Le législateur a réglementé les droits du patient à l'égard du praticien professionnel ainsi que les droits pour ce qui concerne les

aspects médicaux et infirmiers dans les relations juridiques entre un patient et un établissement de soins de santé s'inscrivant dans le cadre de la législation fédérale.

La doctrine et la jurisprudence existantes ont été en grande partie coulées dans une législation : ainsi, le droit à un traitement de qualité, le droit à obtenir des informations et le droit au consentement sont d'application depuis longtemps.

En outre, le législateur a précisé certains points par rapport à la situation actuelle (droit ou non de consulter le dossier médical).

Il est toutefois illusoire de penser que les droits ainsi créés resteront immobiles dans le cadre du droit de la santé actuel. Les droits seront exercés par le patient. Les règles inscrites dans la loi relative aux droits du patient sont des obligations auxquelles le médecin ne peut pas échapper et elles amèneront dans certains cas des patients à intenter des actions.

Si l'on regarde la situation aux Pays-Bas, on constate que l'introduction d'une loi relative aux droits du patient en 1995 a conduit à une augmentation du nombre d'actions en justice. Les choses se sont stabilisées par la suite.

Nul n'est en mesure de dire si ces droits conduiront au renversement de la charge de la preuve du patient. Il ne faut surtout pas oublier l'arrêt de la Cour de cassation du 14 décembre 2001 qui a malgré tout créé une certaine sécurité juridique pour le médecin. La Cour a statué que "attendu qu'en matière civile, il incombe à la partie qui a introduit une demande fondée sur une infraction de prouver que les éléments constitutifs de celle-ci sont réunis, qu'elle est imputable à la partie adverse et, si cette dernière invoque une cause de justification sans que son allégation soit dépourvue de tout élément de nature à lui donner crédit, que cette cause de justification n'existe pas". Mme Aelvoet a fait référence expressément à cet arrêt durant la séance nocturne du débat au Sénat des 19/20.07.2002.

L'interprétation de cet arrêt peut être que la charge de la preuve appartient toujours au patient. Il faut espérer que l'actuelle réglementation sur les droits du patient n'y change rien.

Prétendre que tous les droits du patient sont traduits dans des engagements de résultat pour le médecin est un raisonnement qui ne tient pas debout. Ces droits seront examinés de plus près au cas par cas conformément à la jurisprudence/ doctrine. Il est regrettable qu'il ne soit fait nulle part mention dans la loi que les praticiens professionnels ne peuvent, de par la nature de l'affaire, que prendre un engagement d'effort.

La création de la responsabilité centrale de l'hôpital suscitera de fausses espérances dans le chef du patient. Celle-ci ne devait pas être réglée précipitamment dans le cadre de la loi relative aux droits du patient.

Etant donné que le point de départ était que la présente loi ne voulait rien ajouter ou retirer aux règles en matière de responsabilité, l'actuelle loi est superflue voire trompeuse en matière de responsabilité centrale.

Il est regrettable de devoir constater que les effets de la loi relative aux droits du patient n'ont pas été couplés à la législation sur la responsabilité comme cela a toujours été exigé par le syndicat médical.

Mme Aelvoet est d'avis que cette loi relative aux droits du patient conduira à une baisse du nombre de violations des droits du patient et contribuera donc à une prévention maximale des dommages matériels et moraux à indemniser. Selon elle, il n'était pas nécessaire d'insérer dans la loi des règles détaillées en matière de responsabilité dans la mesure où on a opté pour une exigibilité réalisée par une inscription des droits du patient dans les règles existant en matière de responsabilité dans le droit civil, le droit pénal et le droit disciplinaire. C'est aussi pourquoi aucune sanction spécifique n'a été prévue.

L'absence de mesures de sanction dans la loi relative aux droits du patient et l'introduction d'obligations pour le médecin qui peuvent difficilement être évaluées pour l'instant pour ce qui concerne les conséquences juridiques en cas de violation desdits articles ont pour effet que le médecin se retrouve dans une situation incertaine dans la phase initiale de l'application de la loi.

Art. 18. § 1^{er}. L'alinéa 1^{er} de 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, est modifié comme suit :

« Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, toute personne a le droit, soit directement, soit avec l'aide d'un praticien professionnel en soins de santé, de prendre connaissance des données à caractère personnel traitées en ce qui concerne sa santé. »

§ 2. L'alinéa 2 de l'article 10, § 2, de la même loi, est modifié comme suite :

« Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi précitée, la communication peut être effectuée par l'intermédiaire d'un professionnel des soins de santé choisi par la personne concernée, à la demande du responsable du traitement ou de la personne concernée. »

Les §1^{er} et §2 modifient spécialement la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Ces adaptations étaient nécessaires afin de garantir le droit visé à l'article 9, § 2 de la loi relative aux droits du patient.

Art. 19. L'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 95. - Information médicale - Le médecin choisi par l'assuré peut remettre à l'assuré qui en fait la demande, les certificats médicaux nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat. Ces certificats se limitent à une description de l'état de santé actuel.

Ces certificats ne peuvent être remis qu'au médecin-conseil de l'assureur. Ce dernier ne peut communiquer aucune information non pertinente eu égard au risque pour lequel les certificats ont été établis ou relative à d'autres personnes que l'assuré.

L'examen médical, nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat, ne peut être fondé que sur les antécédents déterminant l'état de santé actuel du candidat-assuré et non sur des techniques d'analyse génétique propres à déterminer son état de santé futur.

Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant la cause du décès.

Lorsqu'il n'existe plus de risque pour l'assureur, le médecin-conseil restitue, à leur demande, les certificats médicaux à l'assuré ou, en cas de décès, à ses ayants droit.

Cet article a été modifié notamment suite aux pressions exercées par l'ABSyM.

L'avenir nous dira si les pressions exercées par le médecin-conseil se sont modifiées considérablement dans la réalité.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge .

ALBERT

Par le Roi :

**La Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement,
Mme M. AELVOET**

Scellé du sceau de l'Etat :

**Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN**

LE PATIENT A-T-IL AUSSI DES DEVOIRS?

Le 26 septembre 2002, une soirée-débat a été organisée à l'AZ Middelheim d'Anvers sur le thème des droits du patient. Le Dr Moens, entre autres, a apporté sa contribution sur les "droits et les devoirs du patient et du médecin".

En voici un extrait:

"Les patients ont-ils aussi des devoirs?", se demandent les médecins en proie au désespoir. Dans ce cas également, l'Etat n'a pas respecté ses engagements de rassembler dans un tout cohérent la législation disséminée ici et là. C'est vrai en ce qui concerne le volet des "droits". Pour ce qui est des devoirs des patients, on note juste l'insertion dans l'article 4 de l'amendement du Dr Yolande AVONTROODT (VLD) et de Monsieur Yvan MAYEUR (PS). "Dans la mesure où le patient y apporte son concours, le praticien professionnel respecte les dispositions de la présente loi ..."

Disséminés et sans coordination, on découvre, dans la doctrine et dans des ouvrages de juristes (notamment celui du Prof. H. NYS "De rechten van de patiënt" (les droits du patient)), quelques devoirs, par exemple l'obligation pour le patient :

- d'accepter que le médecin agisse d'une façon justifiée médicalement et professionnellement et donc l'obligation de ne pas se comporter comme un consommateur gâté;
- de respecter l'intégrité professionnelle du médecin et de ne pas faire un usage abusif de sa loyauté, par exemple lors de l'établissement de certificats médicaux;
- de faire part d'abord au médecin concerné de son mécontentement à propos des actes de celui-ci;
- de fournir des informations au médecin concernant son état de santé réel, les médicaments déjà pris, les examens préalables (par exemple lorsqu'ils ne sont remboursés qu'une fois par an).

Il va sans dire que le patient a l'obligation de respecter la vie privée du médecin (art. 22 de la Constitution) ainsi que son intégrité physique (art. 392 du Code pénal). C'est une obligation générale pour tous les citoyens vis-à-vis de leurs concitoyens, mais les faits, par exemple dans la pratique des généralistes ou dans les services d'urgences, montrent que les patients prennent cette obligation quelque peu à la légère en ce qui concerne les médecins.

Des patients adultes et émancipés peuvent apporter une contribution à leur propre santé et aux soins de santé en général. Toutefois, le médecin ne peut pas contraindre ses patients à suivre ses bons conseils et avis ou à suivre correctement et de manière conséquente les traitements prescrits. Ceci pourrait du reste conduire à des aberrations et à l'exclusion de certains groupes de patients.

Le médecin peut uniquement faire de son mieux pour parvenir à une bonne entente avec son patient ("een goed patiëntschap") (Prof. F. WIJMEM, Maastricht), étant entendu que (nous traduisons) "un patient conscient connaît sa responsabilité et contribue activement à une bonne interaction avec le dispensateur de soins."

Dans un récent article publié dans la "Revue de droit de la santé" 2001-2002, pag. 224-238: "Patiëntenrechten, een nieuw wetsontwerp, een stap naar Social Governance", ses auteurs (V. Verdeyen et prof. Dr B. Van Buggenhout) plaident en faveur de la détermination des droits du patient. Cependant, "Het geven van duidelijke en transparante patiëntenrechten komt de patiënt erg ten goede. Om de geneesheren meer duidelijkheid en transparantie in hun relatie met de patiënt te geven, zouden ook de plichten van de patiënt duidelijk moeten worden opgenomen in een wettekst" (nous traduisons: L'octroi de droits du patient clairs et transparents profite considérablement au patient. Afin d'offrir davantage de clarté et de transparence aux médecins dans leur relation avec le patient, il conviendrait également d'inscrire clairement dans un texte légal les devoirs du patient).

Nous sommes d'accord avec le VVI pour dire que cette loi comporte également des éléments positifs. Cependant, force nous est de constater que les médecins sont confrontés à une multitude

de facteurs inconnus de par l'introduction de ces droits du patient. Les médecins se voient imposer de nombreux devoirs dont l'impact ne peut pas être évalué pour l'instant, que ce soit sur le plan financier, organisationnel ou juridique. En outre, la loi impose également une masse de travail administratif supplémentaire. Et on est sérieusement en droit de se demander si tout cela profite aux soins proprement dits dispensés au patient. C'est l'avenir qui devra nous le dire.

Enfin, signalons que depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits du patient et à la responsabilité professionnelle médicale, bon nombre d'hôpitaux français ne trouvent plus d'assureurs (Le Figaro 19.09.2002) et que les spécialistes français recherchent désespérément un assureur par le biais des unions professionnelles belges.

Dr M. Moens
Vice-Président de l'ABSyM
Secrétaire général du GBS

M. Bogaert
Juriste du VAS, section Flandres orientale
et occidentale

A PROPOS DE LA PROBLÉMATIQUE DE L'AVENIR DE LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE EN BELGIQUE (*)

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE ET FACTEURS PSYCHOSOCIOLOGIQUES

Monsieur le Docteur Marc MOENS
Secrétaire Général du GBS-VBS

Ortho, le 18 octobre 2002

Monsieur le Secrétaire Général, Cher Confrère Moens,

J'ai découvert, j'ai lu, j'ai apprécié la remarquable synthèse de la problématique de l'avenir (ou du problème avenir ???) de la médecine spécialisée en Belgique. J'ai pratiqué, jadis, des exercices similaires et j'en mesure toute la difficulté!

Vous avez choisi comme sources la documentation la plus fiable près de l'Administration de l'Art de Guérir du Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement et près de l'INAMI. Et cela fait apparaître des incongruités comme le nombre de médecins par habitant évalué à 42/10.000 habitants ou un effectif de pédiatres de 1413 (dont 46,7 % de consœurs).

Le mode de collecte de ces données statistiques ignore deux paramètres qui me paraissent importants pour ne pas biaiser l'évaluation. La **distribution géographique** et les aspects qu'on pourrait appeler **psychosociologiques**. J'ai, d'ailleurs, déjà eu l'occasion d'attirer l'attention de notre confrère J-P DERCQ - avec qui j'ai toujours entretenu des relations confraternelles et cordiales - de ces aspects de la pratique médicale.

1° **distribution géographique** Le problème n'est pas nouveau ni propre à notre pays. Je me souviens avoir assisté, il y a près de trente ans, à une conférence donnée par Mme Simone VEIL, au *Club Européen de la Santé*. Elle était, à l'époque, ministre de la Santé du gouvernement français et elle dénonçait ce qu'elle avait appelé l' "héliotropisme" des médecins français, plus enclins à s'installer à Montpellier, Biarritz ou Nice qu'à Lille, Tourcoing ou Charleville! Nous n'avons pas la même variation météorologique, mais il existe également, chez nous, un "tropisme" vers les grandes agglomérations justifié par la plus grande variété des structures culturelles, commerciales, voire scientifiques en ces temps de formation continuée.

Je ne veux pas courir le risque de mériter la réponse du peintre romain au savetier qui critiquait le dessin d'une sandale "*sutor, ne ultra crepidam*". Je centrerai ma réflexion donc sur la province de Luxembourg que je connais le mieux et, surtout, sur la situation pédiatrique. Rappelons que cette province compte 240.000 habitants disséminés - c'est le mot! - sur un territoire de 4.500 km²;

(*) article du Dr M. MOENS, publié dans le "Médecin Spécialiste", n° 7, octobre 2002.

on y dénombre 730 médecins, y compris les fonctionnaires, les médecins d'assurance et ceux qui n'ont plus de pratique, ce qui représente 30 pour 10.000 habitants. Dans l'entité où j'habite, on compte 3 généralistes pour une population de 5.000 habitants dispersés dans de nombreux villages avec l'implantation médicale la plus proche à plus de 10 kilomètres!

Si on considère le problème des pédiatres, nous sommes 20 dont 12 femmes. Sur cet effectif, 10 sont liés à l'activité hospitalière dans les quatre établissements généraux persistant sur le territoire provincial à Arlon, Bastogne, Libramont et Marche, distants entre eux de 40 km; cela signifie que deux pédiatres assurent la permanence et la continuité des soins en hospitalisation, en salle d'accouchements, en fonction N* et pour les urgences à Marche et à Bastogne et, oh faveur, trois à Arlon et Libramont; cela signifie assumer une astreinte de la garde 1 jour sur 2 et, au mieux, 1 sur 3; Je l'ai fait pendant de longues années; c'est fort pénible et éreintant! Et les efforts de recrutement sont vains! On peut ajouter qu'une des pédiatres pratique à mi-temps au CHR de La Citadelle à Liège et une autre au Laboratoire de Génétique de Lovreval... Je crois qu'on peut difficilement nous accuser de pléthore.

Le problème ne se limite pas à la province de Luxembourg: il y a 2 pédiatres à Chimay avec un service hospitalier au Centre de Santé des Fagnes, 1 à la Clinique Reine Astrid de Malmédy, etc. Et je suis convaincu que des situations similaires doivent se retrouver aussi au nord du pays, dès lors qu'il s'agit de cités moins denses

Cela illustre le propos de DISRAELI qui distingue trois sortes de mensonges: le mensonge simple, le parjure et ... les statistiques!

2° **Facteurs psychosociologiques.** Je ne veux pas revenir sur ce qui peut apparaître comme des "caprices d'enfants gâtés" qui veulent trouver un choix de magasins, de salles de spectacles à portée de main! Mais comme le montrent les données de votre tableau 3, la féminisation de la profession est importante et, selon le tableau 4, encore plus marquée chez les MACS, notamment en pédiatrie. Nombre de ces jeunes pédiatres nourrissent le légitime désir de fonder une famille ce qui implique une perte relative de disponibilité pendant une partie de la grossesse, la période d'accouchement et d'allaitement (ce sont des pédiatres!!!), outre le souci d'élever leurs enfants et de pouvoir les assister lorsqu'ils sont malades. Et on constate, donc, une désaffection pour les prestations hospitalières et leurs exigences, et bien que nombre d'entre elles travaillent en milieu hospitalier, une préférence pour des activités médicales importantes mais moins intenses: consultations pour nourrissons, crèches, médecine scolaire en plus des consultations au cabinet!

Il faut convenir que ces modulations de l'implication dans le processus de dispensation des soins de santé ne sont pas reflétées par l'analyse de l'Administration de l'Art de Guérir. Elles sont d'ailleurs difficiles à appréhender dans une analyse globale.

Je crois que votre observation lexicologique quant aux conséquences pour la terminologie en langue néerlandaise qui devrait remplacer le geneesheer-specialist par arts-specialist est tout à fait fondée. Cette modification va d'ailleurs, dans le sens du changement apporté par feu M. D. COENS, Minister van het Onderwijs in de Vlaamse Regering, il y a pas mal d'années dans la titulature sur les diplômes décernés par les universités flamandes, au terme des études de médecine, où le classique dokter (ou doctor) in de genees-, heel- en verloskunde (docteur en médecine, chirurgie et accouchements) a été remplacé par "houder van het academische titel van arts" (porteur du titre académique de médecin) à l'instar de ce qui se pratique pour les pharmaciens, les ingénieurs, etc. Mais cela implique, aussi, la correction de la dénomination du VBS et de la version néerlandaise des statuts !

Voilà quelques réflexions personnelles que je joins à mes félicitations pour le beau travail fourni en ces circonstances.

Avec mon meilleur souvenir et mes sentiments confraternellement choisis.

Docteur Michel HARIGA

Pédiatre

P.c.c. Dr Michel PLETINX, président de l'Association professionnelle Belge des Pédiatres

HEMATOLOGIE CLINIQUE

18 OCTOBRE 2002. - Arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique (M.B. du 27.11.2002)

[...]

CHAPITRE I^{er}. - Disposition générale

Article 1^{er}. Par hématologie clinique, on entend toutes les activités cliniques concernant le diagnostic et le traitement de maladies bénignes du sang, des maladies du système de coagulation, et des maladies malignes du sang ou du système lympho-hématopoïétique chez l'adulte incluant les aspects cliniques de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques et de la transfusion.

CHAPITRE II. - Critères d'agrément des médecins spécialistes ayant une qualification professionnelle particulière en hématologie clinique

Art. 2. § 1^{er}. Quiconque souhaite être agréé comme médecin spécialiste possédant une qualification professionnelle particulière en hématologie clinique doit :

- 1) être agréé comme médecin spécialiste en médecine interne;
- 2) avoir suivi une formation spécifique en hématologie clinique, au sens du § 2;

3) avoir présenté, au moins une fois au cours de la formation, une communication à une réunion scientifique nationale ou internationale ou avoir publié sur un sujet clinique ou scientifique d'hématologie dans une revue scientifique faisant autorité.

§ 2. La formation spécifique en hématologie clinique comporte un stage à temps plein d'au moins deux années dans un ou plusieurs services de stage agréés conformément à l'article 5 sous la direction d'un maître de stage agréé conformément à l'article 4, dont une année au maximum peut être accomplie au cours de la formation supérieure en médecine interne.

Un quart du stage durant la formation spécifique en hématologie clinique doit être consacré à une rotation sous la direction d'un médecin spécialiste en biologie clinique agréé dans minimum deux sections d'un laboratoire de biologie clinique agréé qui font des diagnostics hématologiques (tels que la coagulation, la transfusion, la cytogénétique, le diagnostic moléculaire, l'infectiologie).

Dans la mesure où certains domaines de la médecine interne ou de l'hématologie clinique ne seraient pas suffisamment pratiqués dans le service ou si les activités correspondantes du laboratoire ne sont pas suffisamment pratiquées dans le laboratoire de biologie clinique agréé, le candidat spécialiste, en accord avec son maître de stage, complétera sa formation dans ces domaines par des stages de trois mois dans des services ou sections spécialisés et agréés dans ce but, sans que le total de ces stages puisse dépasser neuf mois.

Art. 3. Pour conserver l'agrément, le médecin spécialiste avec une qualification professionnelle particulière en hématologie clinique doit :

- pratiquer effectivement l'hématologie clinique;
- fournir la preuve qu'il entretient et développe ses connaissances et compétences afin de fournir des soins médicaux conformes aux données scientifiques actuelles et répondre aux critères de qualité existants;
- soumettre son activité médicale à la peer review et l'évaluation à un groupe d'experts en hématologie clinique, proposé par le Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

CHAPITRE III. - Critères d'agrément des maîtres de stage

Art. 4. § 1^{er}. Quiconque souhaite être agréé comme maître de stage en hématologie clinique doit :

1° travailler à temps plein (au moins huit dixièmes de l'activité professionnelle normale) dans son service et consacrer la plus grande partie de son temps à des activités cliniques, polycliniques et techniques dans l'hématologie clinique;

2° être agréé comme médecin spécialiste en médecine interne et en hématologie clinique;

3° disposer d'au moins un collaborateur à temps plein (au moins huit dixièmes de l'activité professionnelle normale) qui est agrée depuis cinq ans au moins comme médecin spécialiste avec une qualification professionnelle particulière en hématologie clinique et qui fait preuve d'une activité scientifique;

4° disposer dans le même établissement d'une polyclinique et d'un hôpital de jour.

§ 2. Le maître de stage peut assurer la formation des candidats à raison de maximum un par 500 admissions annuelles de cas hématologiques en hospitalisation et en hospitalisation de jour, sauf dérogation accordée par le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes et justifiée par des activités polycliniques ou techniques.

§ 3. Le maître de stage doit permettre aux candidats spécialistes qu'il forme, de prendre part à d'autres activités spécialisées de la médecine interne dans le même établissement.

CHAPITRE IV. - Critères d'agrément des services de stage

Art. 5. § 1^{er}. Pour être agrée comme service de stage en hématologie clinique, le service doit :

1° comprendre tous les domaines de l'hématologie clinique sans sélection préalable des cas;

2° disposer d'une infrastructure adaptée, avec des lits spécialement réservés pour l'hématologie. Ces lits doivent se trouver dans un hôpital qui dispose d'un service de médecine interne, de chirurgie, de soins intensifs, de radiodiagnostic, d'anatomie pathologique et de biologie clinique répondant aux critères pour l'agrément du service de stage. Il doit exister des contacts fonctionnels avec un service de radiothérapie, un centre de transfusion, un centre de génétique humaine et un centre de diagnostic moléculaire. Le service de stage doit pouvoir faire appel à une équipe spécialisée dans les infections ainsi qu' au comité d'hygiène hospitalière propre à l'hôpital concerné.

3° conserver et tenir à jour le registre et les dossiers médicaux des patients; en outre, les dossiers précités doivent être accessibles selon une classification par diagnostic.

4° comprendre un hôpital de jour pour l'hématologie. Celui-ci dispose de son propre personnel soignant et administratif et travaille sous la responsabilité d'un médecin spécialiste avec une qualification professionnelle particulière en hématologie clinique. Il s'occupe de l'admission, du traitement et de la sortie des patients ainsi que de la continuité des soins et cela en collaboration avec le secteur administratif hospitalier regroupant les procédures écrites.

5° disposer d'un nombre suffisant d'infirmiers plein temps qualifiés.

6° s'occuper de la formation permanente et organiser au moins tous les mois, une réunion de service pour le personnel infirmier et médical du service de stage.

7° évaluer en interne son activité, éventuellement selon les modalités imposées par le Ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions.

8° se soumettre à des peer review et évaluations régulières externes par un groupe d'experts en hématologie clinique, désignés par le Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

§ 2. Un service de stage avec des possibilités limitées de formation peut assurer une partie de la durée du stage, au maximum la moitié.

La durée admise sera fixée par l'arrêté d'agrément du service de stage, selon son importance.

CHAPITRE V. - Dispositions transitoires

Art. 6. § 1^{er}. Par dérogation à l'article 2, § 1^{er}, 2° peut être agrée comme médecin spécialiste avec qualification professionnelle particulière en hématologie clinique, un médecin spécialiste notoirement connu comme particulièrement compétent en hématologie ou qui apporte la preuve qu'il exerce l'hématologie de manière substantielle et importante, depuis quatre années au moins après son agrément comme médecin spécialiste avec un niveau de connaissance suffisant. Il en fait la demande dans les deux ans à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

La preuve qu'il est notoirement connu comme particulièrement compétent peut être apportée notamment par ses publications personnelles, sa participation à des congrès nationaux et internationaux, à des réunions scientifiques d'hématologie, à un profil de prestations typiques de l'hématologie clinique comme défini dans l'article 1^{er}, § 1^{er}.

§ 2. Par dérogation à l'article 2, § 1^{er}, 2° une période de stage maximale de deux ans en hématologie, en tant que candidat spécialiste ou en tant que médecin spécialiste, entamée avant l'entrée en vigueur du présent arrêté et se prolongeant après celle-ci, pourra être validée en tant que formation pour autant que la

demande soit introduite dans un délai de six mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 7. L'ancienneté du maître de stage et des collaborateurs visée d'une part à l'article 5, 2° de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage et, d'autre part, à l'article 4 § 1^{er}, 3° du présent arrêté, ne sera exigée respectivement qu'après 8 et 5 ans à dater de l'entrée en vigueur du présent arrêté.

NOUVEL ARTICLE 61 DU CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Article 61

§1. Si un médecin soupçonne qu'un enfant est maltraité, est abusé sexuellement ou subit des effets graves d'une négligence, il doit opter pour une approche pluridisciplinaire de la situation, par exemple en faisant appel à une structure conçue spécifiquement pour gérer cette problématique.

Lorsqu'un médecin constate qu'un enfant est en danger grave, il doit sans délai prendre les mesures nécessaires pour le protéger.

Si ce danger est imminent et s'il n'y a pas d'autre moyen pour protéger l'enfant, le médecin peut communiquer ses constatations au procureur du Roi.

Les parents ou le tuteur de l'enfant seront informés des constatations du médecin et des initiatives que celui-ci compte prendre sauf si cette information peut nuire à l'intérêt de l'enfant.

Avant de prendre toute initiative, le médecin doit en parler au préalable avec l'enfant dans la mesure où les capacités de discernement de celui-ci le permettent.

§2 Lorsqu'un médecin soupçonne qu'un patient incapable de se défendre en raison d'une maladie, d'un handicap, ou de son âge, est maltraité, exploité ou subit des effets graves d'une négligence, il parlera de ses constatations avec le patient si les capacités de discernement de celui-ci le permettent. Le médecin incitera le patient à prendre lui-même les initiatives nécessaires, notamment à informer ses proches parents.

Si cette discussion avec le patient s'avère impossible, le médecin traitant peut se concerter avec un confrère compétent en la matière à propos du diagnostic et de la suite à apporter à la situation.

Si le patient est en danger grave et s'il n'y a pas d'autre moyen pour le protéger, le médecin peut avertir le procureur du Roi de ses constatations.

Le médecin informera les proches du patient de ses constatations et des initiatives qu'il compte prendre pour le protéger, si cela ne nuit pas aux intérêts du patient.

D'ORES ET DEJA UN PIED EN PRISON

(Traduction de l'article "Mit einem Bein schon im Gefängnis", de Inge Kloepfer, publié dans le "Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung" du 14 avril 2002, n° 15)

Les médecins hospitaliers travaillent 24 heures sur 24. Et ce bien que la législation du travail l'interdise. Reportage sur la chirurgie traumatologique.

"Il va sans dire que nous discuterons également des urgences", déclare le chef de clinique. "Plan A, plan B, plan C – pour chaque opération, il faut un concept, et tout doit aller très vite". Thomas Bäumlér, âgé de 38 ans, de haute stature, ambitieux, chef de clinique au service de traumatologie

de l'hôpital universitaire, ayant récemment obtenu son doctorat, répète ce que son chef lui a sériné pendant des années. Au cours des dix années de son appartenance à l'unité des chirurgiens traumatologues, il se sera mille fois fait des idées concernant le plan A, le plan B et le plan C : pour les blessures par arme blanche ou par arme à feu, pour les fractures du bassin, pour les patients polytraumatisés ayant par exemple percuté violemment une glissière de sécurité avec leur lourde moto, malgré le port d'un casque de protection.

Son chef, le Professeur Florian Stein, grisonnant, un homme à la fleur de l'âge, de haute stature et robuste, un chirurgien comme on en voit dans les livres d'images – il est fier de son équipe qui fait du travail de coolies à la clinique universitaire. Elle retape ce qui lui est livré pratiquement en morceaux. Et il est fier du niveau d'expertise de ses opérateurs : "Mes chirurgiens sont extrêmement motivés – et ce même s'ils ne gagnent plus vraiment tellement – car la chirurgie est passionnante." Plan A, plan B, plan C – "Pour les patients, nous devons faire aussi bien que possible".

Stein a toutefois un problème pour lequel il n'a pas encore trouvé de solution. Pas de plan A ou de plan B ou de plan C. "Je vous dis ça ouvertement, même si je ne devrais pas". Il en a maintenant la possibilité car sa véritable identité n'est pas révélée, pas plus que la ville ou l'hôpital où il exerce. "J'enfreins tous les jours la législation sur le temps de travail. A de multiples reprises – parce qu'il n'est pas possible de faire autrement." Et : "En attendant, j'ai maille à partir avec la justice, je me fais représenter par des avocats et j'ignore encore comment la procédure engagée contre moi se terminera."

Son assistant, le Dr Jens Kaiser, est un bon exemple de la violation permanente de la législation sur le temps de travail : il commence à 7 h 15 avec la première équipe au service des urgences. "L'après-midi, à la fin du service, je pourrais théoriquement rentrer à la maison", explique le jeune docteur. Cependant, il a alors enfin du temps pour les "tracasseries administratives" et tous les documents, afférents aux différents cas, sous lesquels les médecins croulent de plus en plus. Le soir, le service de nuit commence pour se terminer le lendemain matin, à 7 h 10. Cela fait 24 heures. Et pour peu qu'il y ait encore un trou à combler dans le planning du service, on y inscrit directement le prochain service. Des conditions de travail inhumaines – tel est l'avis du *Marburger Bund*, le syndicat des médecins hospitaliers. La fédération lutte depuis longtemps pour des conditions de travail "plus humaines".

Le Dr Kaiser ne trouve pas du tout que ses conditions de travail sont inhumaines. "Je ne souffre pas d'une surcharge de travail, je souffre du fait de ne pas pouvoir travailler autant." Il prononce ces paroles, est bipé, s'excuse et disparaît. Une chose est sûre : Au regard des dispositions de la législation sur le temps de travail, le docteur ambitieux a travaillé 26 heures de trop.

Pourquoi le professeur ne l'envoie-t-il donc pas à la maison et ne le fait-il pas remplacer par un autre? "Mais il ne veut pas rentrer chez lui. Il veut opérer, compléter rapidement son catalogue d'opérations, devenir médecin spécialiste et probablement aussi devenir un jour médecin-chef, et ce sans que cela lui prenne plus de 15 ans." Il faut avoir opéré soi-même pendant 3100 heures pour devenir médecin spécialiste. "Mais il n'est pas encore bon pour autant. A moins d'être un chirurgien doué", explique le chef. "Mais combien sont dans ce cas? Opérer est un métier qui nécessite de la pratique. Et travailler de manière intensive a un impact considérable sur la formation."

Par ailleurs, Stein n'est pas du tout en mesure d'accorder à son personnel les périodes de repos bien méritées. En effet, qui fera le travail pendant ce temps? Il y a trop de patients pour un nombre insuffisant de chirurgiens : "Pour que je respecte la législation sur le temps de travail", déclare-t-il avec le sourire, "mon équipe d'une trentaine de chirurgiens devrait être doublée".

Adelheid Trotta connaît bien la situation. L'énergique chef de clinique, qui trime depuis plus de dix ans aux côtés du professeur, explique : "Nos médecins devraient assurer, chaque année, 118 shifts de 9 heures si la législation sur le temps de travail était respectée, étant entendu que le service de permanence devrait également être assimilé à une période de travail conformément à un arrêt rendu par la Cour européenne de justice. "Combien de temps faut-il, selon vous, pour devenir médecin spécialiste?" Elle se dirige d'un pas rapide vers son bureau parsemé de dossiers. Elle s'assied, allume une cigarette et disperse des volutes de fumée dans la pièce : "C'est très simple : soit nous enfreignons la législation sur le temps de travail, soit nous nous rendons coupables en ne soignant pas certains patients parce que nous nous en tenons à la législation sur le temps de travail." Le médecin ajoute : "Ou nous faisons appel à davantage de jeunes médecins qui ne sont pas encore médecins spécialistes. Dans ce cas, nous allons à l'encontre du droit légal

des patients à être soignés par un médecin spécialiste." Elle durcit la voix : "Proposez-moi une solution dans ces conditions!" Elle répond par elle-même : "Il y en aurait bien une : des dérogations doivent être possibles lorsque le travail ne peut tout simplement pas être organisé autrement."

Le Professeur Stein signale ensuite un tout autre problème : "Même si je pouvais d'un seul coup engager le double de chirurgiens, je ne les trouverais pas." En effet, les médecins sont de plus en plus rares. "Pénurie de personnel en milieu hospitalier", se plaît-on à répéter. Madame Trotta peut à nouveau nous dire ce qu'il en est exactement : "On ne peut pas parler tout bonnement d'une pénurie de médecins. En fait, on observe un manque de médecins spécialistes disposés à travailler dans ces conditions pour des bas salaires." La majeure partie des heures supplémentaires n'est plus rémunérée. Les augmentations font défaut. Aussi, plus d'un père de famille avec deux enfants nourrit déjà des craintes existentielles avec un salaire net de la fonction publique de 2372 euros (95.686,24 FB). Le Dr Kaiser ne sait pas comment les choses vont évoluer : "Sur le plan financier, je ne peux encore rien dire, car nous n'avons toujours pas de solution".

ANNONCES

- 02062 **LIEGE** : cherche 2 collaborateurs dynamiques en vue de reprendre progressivement cabinet privé, fonctionnant sur base de 14 demi-journées/semaine, dans une région en pleine expansion. Plateau technique tout à fait moderne. Salle d'opérations + phaco attenante au Cabinet. Modalités de reprise progressive mises au point par un réviseur d'entreprises et garantissant, au repreneur, de fonctionner sans emprunt. Opportunité vraiment intéressante d'avoir rapidement une **CLIENTELE MEDICO-CHIRURGICALE** importante. Ecrire au bureau du journal.
- 02066 **NAMUR** : Service de neurologie Clinique Sainte-Elisabeth Namur engage **MÉDECIN GÉNÉRALISTE** full-time. Envoyer C.V. au Dr De Ridder, Clinique Sainte-Elisabeth, 15 Pl. L. Godin, 5000 Namur.
- 02067 **A REPRENDRE** pour cause de pension 3080 Tervuren : centre médical pluridisciplinaire, vaste parking, possibilités diverses (Rx/physio/kiné), accompagnement possible. Tél. : 02/767.43.93.
- 02068 **THULIN** (proximité de Quiévrain) : Cabinet médical, nouveau et spacieux, avec salle d'examen séparée, à louer par demi-journées. Convient pour une consultation de Chirurgie Digestive, Chirurgie Esthétique, Gynécologie, Gastro-Entérologie, Pneumologie, ... Contacter le Dr Luc HOURRIEZ : 065/65.35.26, 0475/42.44.92.
- 02073 **MEDECIN BIOLOGISTE** accrédité, polyvalent, expérimenté, cherche poste dans laboratoire hôpital ou privé Bruxelles ou région wallonne. Tél. : 071/55.74.00 GSM : 0477/53.43.26
- 02076 **LEERNES** : Institut Médico-Pédagogique SAINT-EXUPERY de Leernes, Service Résidentiel pour Jeunes agréé par l'AWIPH, accueillant des garçons de 6 à 18 ans (trouble du comportement, déficience mentale légère) recherche **NEUROPSYCHIATRE**, **PEDOPSYCHIATRE** ou **PSYCHIATRE**, 12 heures par semaine, statut indépendant, travail en équipe pluridisciplinaire. Envoyer CV : Philippe BRUYNDONCKX, Institut Royal Saint-Exupéry, rue Abbaye d'Aulne 2, 6142 LEERNES.
- 03001 **FRANCE** : pour les amateurs de calme, espace, lumière, **A LOUER** 1 sem. ou 15 j. vacances en Provence (ds petit vill. typ. du s/ parc Luberon) petite maison de charme, 4 pers. max. px réduits, propr. priv. jard. arboré et clôt. vue domin. dégagée et imprenable, poss. nombr. excurs. en Prov. profonde à découvrir phot. s/dem. 071/592.592 ou 0498/23.04.23.
- 03002 **OTTIGNIES : VASCULAIRE** - service de chirurgie viscérale, clinique Saint Pierre, engage **CHIRURGIEN VASCULAIRE** (possibilité indépendant) contacter Dr JP Haxhe 010/43.72.35 ou 0477/51.21.08 (jp.haxhe@clinique-saint-pierre.be) ou Dr P. Pierre (dir. méd. 010/43.74.01)
- 03005 **BRUXELLES** : Cabinet privé de radiologie cherche **RADIOLOGUE** avec **COMPETENCE EN SENOLOGIE** pour activité part-time. Pour tout renseignement, s'adresser par fax au 02/687.20.51 ou par GSM au 0477/83.28.76. Confidentialité assurée.
- 03007 **BRUXELLES** : Centre Médico-Social dans les Marolles à Bruxelles cherche **DERMATOLOGUE** pour 1 consult./semaine et **GYNÉCOLOGUE** pour 1 à 2 consult./semaine. Contacter Jacques Verstraeten, Entr'aide des Travailleuses, 169, rue des Tanneurs, 1000 Bruxelles.Tél : 02/510.01.80 Fax : 02/510.01.90 E-mail : entraide@skynet.be

- 03008 **RADIOLOGUE** ayant l'agrément pour lire en première lecture les mammothests, offre sa compétence partout en Belgique. Libre deux demi-journées, à partir du 1.3.2003. Tél. : 0477/29.04.42.
- 03009 **FRANCE (près de Lille) : RADIOLOGUE**, forte activité mais encore à développer, cherche associé(e) (radiologie générale, scanner, RMN). Tél. : 00.33.3.20.27.14.14 – Fax : 00.33.3.20.36.70.95.
- 03010 **FRANCE (Région Rhône-Alpes)** : (2 h des stations de ski et 3 h de la Méditerranée. Groupe de 4 radiologues – cession d'une part (retraite) – deux sites – locaux récents – activité soutenue – écho radio – accès SCAN et IRM (ni garde ni astreinte). Opportunité : apport très faible (S.E.L. récente). Contact J.J. RODA tél. : 00.33.4.77.36.61.01, fax : 00.33.4.77.36.75.63.
- 03011 **FRANCE** : Cabinet de **RADIOLOGIE** (Drs P. HECQUET, A. VERCLYTTTE, J. QUATREBOEUFS et A. ROZIE) à Maubeuge (Nord – 1 h de Lille, 1 h de Bruxelles et 2 h 30 de Paris par autoroute) recherche associé(e) pour cause de départ en retraite. Radiologie générale, sénologie, échographie, scanner et IRM. Remplacements préalables. Tél. cabinet : 00.33.3.27.53.15.03
- 03012 **SAMBREVILLE** : CHR 365 lits aigus et SP région namuroise engage **OPHTALMOLOGUE** consultant (h/f) mi-temps, adjoint au Service d'ophtalmologie, à partir du 1.1.2003. Ecrire, avec CV, au Dr P. Janssens, directeur médical CHR Val de Sambre, rue Chère Voie, 75, 5060 Sambreville ou par e-mail paul.janssens@mail.chrvs.be
- 03013 **A LOUER** : av. Houba 782, 1020 Bruxelles. **CABINET MÉDICAL**, aménagé pour spécialiste. Quatre pièces + cuisine, wc, évt garage. Possibilité permanente de parquer dans l'environnement immédiat. Tél. 053/66.79.79 – Fax : 053/68.16.20.
- 03014 **BRUXELLES** : La Clinique Ste-Anne St-Remi St-Etienne, bd Graindor 66 à 1070 Bruxelles, clinique dynamique de 438 lits répartis sur deux sites, annonce la vacance du poste de **DIRECTEUR MÉDICAL**. Candidature, lettre de motivation et C.V. détaillé sont à adresser avant le 15 février 2003 au Président du Conseil d'administration, le Dr Ph. HUSTINX (tél. : 02/556.57.24).
- 03015 **RADIOLOGUE POLYVALENT** assure votre remplacement à BRU, BRAB. W, HAINAUT. Tél. : 0486/06.59.73

Table des matières

• Petit guide à propos de la loi relative aux droits du patient.....	1
• A propos de la problématique de l'avenir de la médecine spécialisée en Belgique – Distribution géographique et facteurs psychosociologiques.....	21
• Hématologie clinique	23
• Nouvel article 61 du Code de déontologie médicale.....	25
• D'ores et déjà un pied en prison	25
• Annonces.....	27