



Code de déontologie médicale commenté

5 juillet 2019

Avant-propos

Renouvelé en 2018, le Code de déontologie médicale prévoit des règles de comportement relevant des bonnes pratiques professionnelles, structurées en quatre thèmes : le professionnalisme, le respect, l'intégrité et la responsabilité.

En dépit de la complexité croissante de la société, le Code de déontologie médicale est relativement concis. Par sa généralité, il n'apporte ni explications ni justifications propres à faciliter sa mise en œuvre. C'est pourquoi il a paru utile d'en proposer un commentaire.

Pour la commodité de la consultation, une structure commune a été adoptée pour chaque article. Cinq rubriques présentent ainsi des informations générales (1) puis renvoient aux avis du Conseil national (2), aux dispositions légales (3), aux sources documentaires (4) ainsi qu'aux mots-clés (5).

Ce commentaire a été conçu dans une perspective dynamique : au fil du temps, il sera étoffé et actualisé en fonction des nécessités liées à l'évolution de la profession. A cet égard, le lecteur est invité à consulter le site www.ordomedic.be.

5 juillet 2019

GÉNÉRALITÉS

Article 1

La déontologie médicale recouvre les principes et les règles de comportement que tout médecin observe dans l'intérêt de l'individu et de la collectivité et dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession.

1. Généralités

L'établissement du Code de déontologie médicale est une compétence légale du Conseil national de l'Ordre des médecins.

La déontologie médicale est l'ensemble des principes, règles de comportement et usages que tout médecin observe et dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession. Elle tend à veiller, dans l'intérêt du patient, de la santé publique et du bien-être général, au maintien de l'intégrité morale de la profession, à la correcte mise en œuvre de l'autonomie professionnelle, à la qualité des soins, à la confiance que le citoyen place dans le médecin et à la relation particulière de confiance entre le médecin et ses patients.

La déontologie médicale comprend des obligations nécessaires à l'exercice de la profession médicale. Le médecin doit agir de manière professionnelle et qualitative dans l'intérêt de ses patients, ce qui suppose des aptitudes professionnelles, de l'empathie, de l'intégrité et un comportement responsable dans le cadre d'une dispensation de soins reposant sur la solidarité.

Elle invite le médecin à développer une réflexion critique dans sa réponse aux attentes du patient et de la société. Ces attentes peuvent être contradictoires.

Dans une démarche éthique, la déontologie médicale contribue à la prise d'une décision médicale correcte, en accord avec le patient, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire.

Dans un monde évoluant rapidement, la déontologie médicale n'est pas statique. Son élaboration nécessite une réflexion permanente et une concertation avec tous les acteurs de la société. Les dispositions du Code sont non limitatives, un comportement peut être constitutif d'un manquement à la déontologie même s'il n'est pas expressément interdit.

Le Code de déontologie médicale 2018 (CDM 2018) repose sur quatre piliers : le professionnalisme, le respect, l'intégrité et la responsabilité.

2. Avis du Conseil national

- [Force obligatoire du Code de déontologie médicale \(Avis CN 16 juin 2018, a161009\)](#)

3. Dispositions légales

- Art. 15, [arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins](#), *M.B.* 14 novembre 1967

4. Informations – Documentations – Liens

- [Serment d'Hippocrate - version adaptée par le Conseil national de l'Ordre des médecins de Belgique, juillet 2011](#)
- [Déclaration de Genève de l'Association médicale mondiale \(AMM\)](#)
- [Charte européenne d'éthique médicale du Conseil européen des Ordres des médecins \(CEOM\)](#)
- [Recommandations déontologiques du Conseil européen des Ordres des médecins \(CEOM\)](#)

– Manuel d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale (AMM)

5. Mots-clés

code de déontologie médicale – déontologie médicale

Article 2

Le médecin satisfait aux conditions légales de l'exercice de l'art médical.

Le médecin veille à la santé physique et mentale des personnes et à la santé publique.

1. Généralités

1.1. Conditions légales d'exercice de l'art médical

Les articles 3 et 25 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé déterminent les conditions légales d'exercice de la médecine.

Pour exercer la médecine en Belgique, il faut être porteur d'un diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchement, d'un visa délivré par le Service public fédéral ayant la Santé publique dans ses attributions (art. 25, § 1^{er}, 1^o, loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé) et être inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins.

La législation définit l'art médical par rapport à la pratique illégale de l'art de guérir :

Nul ne peut exercer l'art médical s'il n'est porteur du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, obtenu conformément à la législation sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires ou s'il n'en est légalement dispensé, et s'il ne réunit pas, en outre, les conditions imposées par l'article 25 (de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé).

Constitue l'exercice illégal de l'art médical, l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions de tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination.

(...)

Il relève également de l'exercice illégal de l'art médical l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions à l'égard d'un être humain, de tout acte technique médical, comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses, et visant principalement à modifier l'apparence corporelle du patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur (art. 3, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé).

(...)

Note : l'article 69 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé abroge l'article 25 précité. Cette loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

1.1.1. Diplôme

Toute personne souhaitant exercer légalement l'art médical doit être porteuse d'un diplôme européen de docteur en médecine, chirurgie et accouchement (art. 3, § 1^{er}, al. 1^{er}, et art. 104 à 117, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé), à moins qu'elle soit légalement exemptée de cette obligation (art. 3, § 1^{er}, al. 1^{er}, loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé) ou qu'elle soit en possession d'un diplôme non européen ayant été déclaré équivalent (art. 145, § 1^{er}, al. 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé).

À la suite du processus de Bologne (déclaration signée par les ministres européens de l'Enseignement le 19 juin 1999), les étudiants diplômés en médecine obtiennent dorénavant le titre de master en médecine.

Celui qui porte le titre de master en médecine est appelé « médecin » (art. II.76, § 2, 10°, Code flamand de l'Enseignement supérieur ; art. 70, § 1^{er}, 2°, al. 3, du décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études). L'usage permet que le médecin soit appelé « docteur ».

1.1.2. Visa

Pour exercer l'art médical, le médecin doit disposer d'un visa délivré par le SPF Santé publique.

La commission médicale provinciale compétente peut suspendre le visa, le retirer ou subordonner son maintien à des conditions, lorsqu'il apparaît que le médecin n'est plus apte à exercer la médecine pour des raisons physiques ou psychiques (art. 119, § 1^{er}, 2°, b), de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé). Il s'agit d'une mesure administrative visant à protéger la santé publique. Ce n'est pas une sanction.

Note : l'article 10 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé énonce que « le professionnel des soins de santé peut uniquement dispenser des soins de santé s'il dispose d'un visa qui atteste sa compétence à exercer sa profession des soins de santé. Conformément à l'article 8 de la même loi, le médecin peut démontrer sa compétence entre autres au moyen d'un portfolio, dans lequel il consigne ce qu'il a fait durant sa carrière professionnelle pour être compétent et le rester. » Cette loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

1.1.3. Inscription au Tableau de l'Ordre des médecins

Le médecin qui souhaite exercer l'art médical en Belgique doit être inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins (art. 2, al. 2, de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins ; art. 25, § 1^{er}, 2°, loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé). L'inscription doit être demandée.

Les médecins s'inscrivent au Tableau de l'Ordre de la province dans laquelle ils exercent leur activité principale. Il n'est pas possible de s'inscrire à plusieurs tableaux provinciaux. Le médecin dont l'activité principale se trouve dans la Région de Bruxelles-Capitale choisit de s'inscrire au Tableau du Conseil provincial de Bruxelles et du Brabant wallon ou au Tableau du Conseil provincial du Brabant flamand et de Bruxelles.

Les tableaux des conseils provinciaux constituent ensemble le Tableau de l'Ordre des médecins.

Note : après l'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2021, de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, l'inscription au Tableau de l'Ordre des médecins reste obligatoire en vertu de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins.

1.1.4. Agrément

L'arrêté royal du 25 novembre 1991 établit la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical. Cela concerne les spécialités (titres professionnels particuliers de niveau 2) et les compétences (titres professionnels particuliers de niveau 3).

Personne ne peut se prévaloir de l'un de ces titres s'il n'a pas été agréé par le ministre de la Santé publique compétent en la matière.

1.2. Veiller à la santé mentale et physique des personnes et à la santé publique

La déontologie médicale vise aussi au respect de l'intérêt général. Un service médical de qualité répond à un besoin fondamental de la société.

La déontologie médicale dépasse la relation individuelle entre un patient et un médecin et est nécessairement intégrée à la société. Le médecin doit toujours prendre en considération l'intérêt général.

2. Avis du Conseil national

- Réglementation en matière de temps de travail des médecins - Durée maximale (Avis CN 27 avril 2019, a167007)
- Inscription du médecin en formation au Tableau de l'Ordre des médecins (Avis CN 16 février 2019, a164004-R)
- Accès à l'exercice de l'art médical en Belgique pour les médecins originaires et diplômés de pays hors de l'EEE/UE (Avis CN 17 septembre 2016, a154007)

3. Dispositions légales

- Art. 8 à 12 et 69 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Loi du 22 avril 2019 portant modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé
- Art. 3, § 1^{er}, al. 1^{er}, art. 25, § 1^{er}, 2^o, art. 102 à 136, art. 145, § 1^{er}, al. 1, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015
- Art. II.76, § 2, 10^o, du Code flamand de l'Enseignement supérieur (décision du gouvernement flamand de codification des dispositions décrétales relatives à l'enseignement supérieur), *M.B.* 27 février 2014
- Art. 70, § 1^{er}, 2^o, al. 3, du décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études, *M.B.* 18 décembre 2013
- Art. 8/2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002
- Décret flamand du 12 juin 1991 relatif aux universités dans la Communauté flamande (*M.B.* 4 juillet 1991), abrogé par le décret du 20 décembre 2013 sanctionnant les dispositions décrétales relatives à l'enseignement supérieur, codifiées le 11 octobre 2013, *M.B.* 27 février 2014
- Arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, *M.B.* 14 mars 1992
- Art. 11 et suivants de l'arrêté royal du 7 octobre 1976 relatif à l'organisation et au fonctionnement des commissions médicales, *M.B.* 4 février 1977
- Art. 20 à 23 de l'arrêté royal du 6 février 1970 réglant l'organisation et le fonctionnement des conseils de l'Ordre des médecins, *M.B.* 14 février 1970
- Art. 2, al. 2, de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.* 14 novembre 1967

4. Informations – Documentations – Liens

- Infobox INAMI – La réglementation décryptée pour le médecin généraliste (janvier 2019, 6^e édition)
- Infobox INAMI – La réglementation décryptée pour le médecin généraliste (mai 2018, 3^e édition)
- Diplômes étrangers - Mobilité internationale

– Visa pour un diplôme étranger

5. Mots-clés

carte professionnelle – prestation de services – reconnaissance des qualifications professionnelles – aptitudes physiques et psychiques – inscription au Tableau de l'Ordre des médecins – numerus clausus – exercice illégal de la médecine – Commission médicale provinciale – Conseil provincial de l'Ordre – suspension – stage – formation médicale universitaire – visa – diplôme légal de médecin

Chapitre 1 - PROFESSIONNALISME

Article 3

Une pratique médicale de qualité requiert non seulement des connaissances, mais aussi du savoir-faire et du savoir-être.

1. Généralités

1.1. *Connaissances et expertise*

Le diplôme de médecin, l'agrément de médecin généraliste ou spécialiste et l'inscription à l'Ordre des médecins ouvrent l'accès à la pratique professionnelle (entre autres, l'accès au remboursement des soins de santé - *licence to practise*).

Le développement professionnel continu est indispensable pour le maintien à jour des connaissances et des compétences acquises (*fitness to practise*). Cette formation continue favorise la qualité des prestations de soins de santé et la sécurité des patients. À cette fin, le médecin doit s'engager dans un processus d'apprentissage constant (*CME learning*).

Le médecin adopte une attitude critique lors de la collecte et de l'interprétation des informations, il agit en dialogue avec le patient, les autres professionnels des soins de santé et les personnes impliquées dans les soins de santé.

Il agit d'une manière scientifiquement étayée et socialement justifiée et se base sur ses connaissances, son expérience, les directives validées et les « règles de bonne pratique ».

Note : l'article 8 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé énonce que le professionnel des soins de santé tient à jour un portfolio démontrant qu'il dispose des compétences et de l'expérience nécessaires. Le portfolio contient notamment une preuve des recyclages, des spécialisations et de la participation à des études scientifiques. Cette loi entre en vigueur le 1er juillet 2021.

1.2. *Attitude appropriée au service du patient*

Le médecin respecte les droits du patient et agit avec empathie. Il accorde une place centrale au patient avec qui il construit une relation de confiance. Si nécessaire, il élabore avec le patient un plan de traitement, en tenant compte des besoins, valeurs, souhaits et expérience de celui-ci ainsi que du contexte socio-économique et des aspects psychologiques pertinents.

Ce plan de traitement est utile pour la communication avec les confrères et les autres professionnels de santé (« soins de santé intégrés »).

Le médecin contacte son confrère lorsqu'il estime que ce dernier compromet l'intérêt du patient ou la qualité des soins.

Par une information adéquate et transparente du patient et des autres professionnels des soins de santé, le médecin assure une importante fonction sociale en matière de prévention et de promotion de la santé au sein de la collectivité. Le médecin attire l'attention sur les problèmes de santé qu'il dépiste au sein de la société.

Les soins destinés au patient et la communication doivent se faire de façon intègre. Le médecin agit professionnellement et s'implique dans le suivi des soins au patient. Il agit consciencieusement, applique les normes éthiques professionnelles et reste informé de la législation, en ce compris l'évolution de la nomenclature concernant l'exercice de la profession.

2. Avis du Conseil national

- Communiqué de presse relatif au Code de déontologie médicale, 3 mai 2018, a161006

3. Dispositions légales

- Art. 8 et 41 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

- Déclaration de Genève de l'Association médicale mondiale (AMM)
- Principes 4, 7 et 8, de la Charte européenne d'éthique médicale du Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM)

5. Mots-clés

attitude – compétences – expertise – connaissances – professionnalisme – capacités - accréditation

Article 4

Au cours de sa carrière professionnelle, le médecin entretient ses connaissances scientifiques et les complète par le développement professionnel continu.

Le médecin agit conformément à l'état actuel des connaissances scientifiques. Il contribue à les faire progresser et à les transmettre à ses confrères et aux autres prestataires de soins de santé.

1. Généralités

1.1. *Développement professionnel continu*

Le médecin perfectionne ses connaissances tout au long de sa carrière professionnelle. Outre l'actualisation des connaissances théoriques et pratiques, il doit aussi assimiler les changements consécutifs à l'évolution de la société. Les formations relatives à la qualité des soins, à la sécurité des patients, à la communication avec les patients, à la collaboration avec les autres prestataires de soins, à la possibilité d'accompagnement, à la possibilité d'aboutir à une « décision partagée » et aux apports des technologies de l'information et de la communication nécessitent une attention particulière.

Le médecin détermine lui-même la formation utile à sa pratique et à sa carrière professionnelle. Il prévoit lui-même comment répondre par le développement professionnel continu aux besoins des patients, des services des soins de santé et de la société.

Pour favoriser le développement professionnel continu, un système d'accréditation a été mis en place au niveau de l'INAMI.

S'agissant du médecin généraliste agréé, l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes prévoit qu'il doit maintenir et développer ses compétences pendant toute sa carrière par une formation pratique et scientifique.

1.2. *État actuel des connaissances scientifiques*

Le médecin agit conformément à l'état actuel des connaissances scientifiques. Il est guidé dans ses choix par les avis des académies de médecine, la médecine basée sur les preuves (*evidence-based medicine*) et les recommandations des associations scientifiques nationales et internationales.

Le médecin qui s'écarte de l'état actuel des connaissances scientifiques dans les soins qu'il dispense doit justifier son choix.

1.3. *Contribution aux avancées de l'état actuel des connaissances scientifiques et partage de ses connaissances avec les confrères et autres prestataires des soins de santé*

Le médecin contribue aux avancées des connaissances scientifiques. Il prend une part active aux concertations pluridisciplinaires. Il est ouvert à l'évaluation de sa pratique médicale (*peer review*, accréditation) dans le but d'améliorer la qualité des soins.

Si possible, il concourt au développement des publications scientifiques dans son domaine.

2. Avis du Conseil national

- L'usage off label de médicaments fournis par le médecin lors d'une consultation (Avis CN 16 juillet 2016, a154003)
- Arrêt et refus de traitement (Avis CN 12 décembre 2015, a151005)

- Accès aux pratiques non-conventionnelles dans le domaine de l’art médical (Avis CN 9 février 2013, a140017)
- Relation entre les médecins et les entreprises pharmaceutiques - Avis conjoint des Académies royales de Médecine de Belgique (Avis CN 16 novembre 2002, a099007)
- L’avenir des soins de santé en Belgique - Pistes de réflexion et suggestions (Avis CN 15 avril 2000, a089004)
- Accréditation (Avis CN 5 juillet 1997, a079015)

3. Dispositions légales

- Arrêté royal du 26 mars 2014 relatif à l’exercice de l’homéopathie, *M.B.* 12 mai 2014
- Arrêté royal du 26 mars 2014 relatif aux conditions générales applicables à l’exercice de toutes les pratiques non conventionnelles, *M.B.* 12 mai 2014
- Art. 10 de l’arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d’agrément des médecins généralistes, *M.B.* 4 mars 2010
- 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, *M.B.* 24 juin 1999

4. Informations – Documentations – Liens

- Institut national d’assurance maladie-invalidité
- Académie royale de Médecine de Belgique (ARMB)
- Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB)
- Recommandations déontologiques sur le développement professionnel et FMC/DPC, Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM)
- Recommandations déontologiques sur les médecines complémentaires et alternatives, Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM)

5. Mots-clés

accréditation – qualité des soins – formation continue – connaissances scientifiques – recherche scientifique – pratiques non conventionnelles

Article 5

Le médecin est attentif à la prévention, à la protection et à la promotion de la santé.

1. Généralités

La prévention comprend l'ensemble des mesures, tant dans les soins de santé qu'en dehors, qui ont pour objectif de protéger et favoriser la santé du citoyen en évitant les maladies et les problèmes de santé.

Le médecin participe aux programmes de prévention et de promotion de la santé.

Un programme de prévention est « une offre systématisée, validée scientifiquement, à destination d'un groupe-cible défini, axée sur la prévention, la détection précoce et le traitement précoce des risques de santé ou des maladies, avec pour objectif des gains de santé au niveau de la population ou l'efficacité des politiques de santé préventive et curative » (chapitre 1^{er} du protocole d'accord du 21 mars 2016 entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution).

Dans le cadre des mesures préventives, le médecin doit agir conformément à l'état actuel des connaissances scientifiques.

Les dépistages et bilans de santé doivent être faits conformément aux recommandations validées.

Le médecin respecte les droits du patient qui garde son libre choix, même en médecine préventive.

Des mesures préventives peuvent être prises dans l'intérêt du patient individuel, d'un groupe de patients, ou dans l'intérêt de la santé publique. Elles ne peuvent pas avoir d'objectif publicitaire ou commercial.

Le médecin tient compte de la réglementation sur la vie privée lors de l'organisation et de l'exécution de campagnes de prévention.

2. Avis du Conseil national

- [Vente d'autotests en pharmacie \(Avis CN 8 avril 2017, a157001\)](#)
- [Vaccination annuelle \(Avis CN 3 mars 2012, a137023-R\)](#)
- [Médecine préventive – Service “Total Body Scans” proposé par Royal Hospitals \(Avis CN 30 mai 2009, a126018\)](#)
- [Prévention du cancer du col de l'utérus – Invitation par un laboratoire \(Avis CN 23 avril 2005, a109005\)](#)
- [Campagne de sensibilisation à l'ostéoporose suite à l'initiative d'une firme pharmaceutique \(Avis CN 19 mars 2005, a108005\)](#)
- [Prévention du cancer du col de l'utérus \(Avis CN 27 septembre 2003, a102002\)](#)

3. Dispositions légales

- [Code du bien-être au travail](#)
- [Chapitre 1^{er} du protocole d'accord du 21 mars 2016 entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux art. 128, 130 et 135 de la Constitution](#)

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

médecine du travail – promotion de la santé – éducation et informations sanitaires – médecine préventive
– médecine scolaire – sensibilisation – santé publique

Article 6

Le médecin est conscient des limites de ses connaissances et de ses possibilités.

Si l'intérêt du patient le justifie, le médecin sollicite l'avis de confrères ou d'autres professionnels des soins de santé. Le cas échéant, il propose au patient de l'adresser à un autre praticien qualifié.

Le médecin prend en charge un nombre de patients tel qu'il soit en mesure d'assurer à chacun d'entre eux des soins attentifs, consciencieux, respectueux de la personne humaine et conformes à l'état actuel des connaissances scientifiques.

1. Généralités

1.1. *Limites des connaissances et possibilités*

Le médecin sollicite, si nécessaire, l'avis de confrères ou d'autres professionnels des soins de santé pour des questions spécifiques.

Tout praticien a le devoir d'adresser son patient à un autre prestataire de soins compétent lorsque le problème de santé excède son propre domaine de compétence. Il l'indique dans le dossier patient.

L'approche pluridisciplinaire ou interdisciplinaire des soins de santé contribue à une pratique de qualité pour le patient. Dans une équipe pluridisciplinaire, chaque acteur est complémentaire et responsable. Le médecin doit être conscient des limites de ses connaissances et possibilités.

1.2. *Accepter les patients*

Le médecin a la responsabilité de dispenser une médecine de qualité à chacun de ses patients. Il n'est pas déontologiquement acceptable qu'un médecin ne puisse garantir la qualité individuelle des soins par la prise en charge d'un nombre excessif de patients. Pour cette raison, il peut refuser de prendre en charge de nouveaux patients. Les patients doivent être convenablement informés du refus d'accueil de nouveaux patients et des possibilités de réorientation (cf. art. 32 CDM 2018).

2. Avis du Conseil national

- Conditions dans lesquelles un médecin généraliste peut limiter sa pratique et refuser d'accueillir de nouveaux patients (Avis CN 20 octobre 2018, a163003)
- Information du patient concernant son état de santé et les soins qui lui sont proposés (Avis CN 6 mai 2017, a157006)
- Mutualités chrétiennes - Deuxième avis auprès d'un hôpital universitaire (Avis CN 8 avril 2017, a157003-R)
- Permanence médicale en soins intensifs (Avis CN 21 novembre 2015, a151001)
- Garde d'urgences pédiatriques (Avis 25 juillet 2009, a127004)
- Fonction de consultant (Avis CN 18 septembre 2004, a106006)

3. Dispositions légales

- Art. 9 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, M.B. 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Art. 31/1 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, M.B. 18 juin 2015

- Art. 8, 6°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 juin 2015 relatif aux cercles de médecins généralistes, *M.B.* 17 juillet 2015

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

compétences du médecin – consultation – soins pluridisciplinaires – limitation de la patientèle – second opinion – relation de confiance médecin – patient

Article 7

Dans les limites de sa fonction dans le domaine des soins de santé, le médecin veille à son indépendance professionnelle et assume les responsabilités qui en découlent dans l'intérêt de ses patients et de la collectivité.

1. Généralités

L'indépendance professionnelle du médecin lui permet d'apprécier une situation, de poser un diagnostic et de prescrire le traitement qu'il juge le plus adéquat pour le patient.

Le médecin engagé dans une fonction doit garder sa liberté de jugement.

Dans la relation de soins, l'indépendance professionnelle du médecin se manifeste par sa « liberté thérapeutique ».

La liberté diagnostique et thérapeutique est définie légalement par l'article 73, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 qui énonce que le médecin apprécie « en conscience et en toute liberté les soins dispensés aux patients ». En ce qui concerne l'établissement d'un diagnostic et l'exécution d'un traitement, le médecin « ne peut être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à mettre en œuvre » (art. 31, loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé) et « le règlement général ne peut contenir de dispositions qui mettraient en cause l'autonomie professionnelle du médecin hospitalier individuel [...] » (art. 144, § 1^{er}, loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins).

Note : l'article 4 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé énonce que « le professionnel des soins de santé choisit librement, dans les limites des compétences qui lui sont conférées par ou en vertu de la loi, les moyens qu'il met en œuvre dans le cadre de la prestation de soins de santé. Aucune restriction réglementaire ne peut lui être imposée dans ce cadre ». Cette loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

La liberté diagnostique et thérapeutique est une liberté réglementée et conditionnée. Le médecin doit prendre ses décisions de façon responsable, avec pour référence le médecin normalement compétent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

Note : l'article 4 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé énonce que « le professionnel des soins de santé se laisse guider, dans son choix visé à l'alinéa 1^{er}, par des données scientifiques pertinentes et son expertise, tout en tenant compte des préférences du patient. » Cette loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

Dans la pratique, notamment les règles de remboursement par les organismes assureurs et les règles d'harmonisation quant aux choix des médicaments et implants au sein des institutions hospitalières peuvent limiter les choix du médecin.

Le médecin doit être vigilant à ce que ces limites ne portent pas atteinte à la qualité des soins.

Le médecin dispense les meilleurs soins possibles compte tenu du contexte dans lequel la relation médecin-patient s'inscrit.

Les ressources de la société en matière de santé étant limitées, le médecin doit avoir un comportement socialement responsable en utilisant au mieux les moyens mis à sa disposition par la société (art. 41 CDM 2018).

L'autonomie du médecin dans la relation avec le patient doit tenir compte de l'autonomie de celui-ci. Le médecin se consulte avec le patient (art. 17 CDM 2018).

Le médecin doit éviter l'acharnement thérapeutique.

Le médecin peut décider de mettre fin à une relation thérapeutique avec un patient ou refuser une intervention médicale ou un traitement pour des raisons médicales prises sur la base de son indépendance professionnelle et en s'assurant de la continuité des soins (art. 32 CDM 2018). De telles décisions médicales sont à distinguer de celles qui seraient prises par le médecin sur la base de ses convictions personnelles (art. 31 CDM 2018).

La liberté thérapeutique du médecin est orientée par des directives en matière de soins. Ce sont des outils d'aide à la décision en vue d'une pratique rationnelle et de qualité, respectueuse des besoins du patient.

Ces directives émanent en principe des Académies de médecine et des associations professionnelles. Elles se fondent sur une littérature scientifique internationalement reconnue et sont validées par des organes d'avis et de concertation.

L'objectif de ces directives est de donner des lignes de conduite pour une pratique quotidienne de qualité. Si le médecin s'en écarte, il doit pouvoir s'en justifier.

2. Avis du Conseil national

- Communiqué de presse : enregistrement sonore d'une conversation entre un patient et un médecin enregistrée à l'insu de ce dernier (Avis CN 6 mai 2017, a157011)
- Arrêt et refus de traitement (Avis CN 12 décembre 2015, a151005)
- Contrat de travail destiné aux médecins actifs à l'Office des étrangers (Avis CN 16 novembre 2013, a143020)
- Administration de calmants par un médecin appelé par la police (Avis CN 26 octobre 2013, a143014)
- Réanimation des enfants extrêmement prématurés (Avis CN 20 février 2010, a129018)
- Promotion de médicaments génériques (Avis CN 18 août 2001, a094001)
- Acharnement thérapeutique (Avis CN 15 novembre 1986, a035018)

3. Dispositions légales

- Art. 4, 72 et 74 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Art. 31 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015
- Art. 144, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.* 7 novembre 2008
- Art. 73, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *M.B.* 27 août 1994

4. Informations – Documentations – Liens

- GOFFIN, T., *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts-patiëntrelatie*, Brugge, die Keure, 2012
- NYS, H., *Geneeskunde - Recht en medisch handelen*, Mechelen, Wolters Kluwer Belgium, 2016

5. Mots-clés

liberté diagnostique et thérapeutique – autonomie professionnelle – indépendance du médecin – acharnement thérapeutique – responsabilité thérapeutique

Article 8

Le médecin organise sa pratique de telle sorte qu'il puisse exercer sa profession à un niveau de haute qualité et de sécurité, assurer la continuité des soins et respecter la dignité et l'intimité du patient.

1. Généralités

Le cabinet médical doit être adapté, sur le plan logistique, technique et hygiénique, à la pratique du médecin, tenant compte de la nature des actes qu'il pose, dans une perspective de qualité des soins et de sécurité du patient. Le médecin est attentif aux recommandations de bonne pratique et aux évolutions scientifiques en rapport avec ces aspects.

L'intimité du patient doit être préservée et l'accès aux dossiers médicaux sécurisé.

En cas de dispersion des activités sur plusieurs sites, le médecin veille à ce que son éloignement n'entrave pas la continuité des soins.

Le médecin ne doit pas avoir l'accord préalable du conseil provincial d'inscription concernant la répartition territoriale de ses activités, mais il doit l'informer du ou des lieu(x) où il exerce ses activités professionnelles.

Le médecin s'entoure de collaborateurs qualifiés, attentifs à leur formation continuée et informés de leurs obligations professionnelles, notamment sur le plan du respect du secret professionnel.

Les pratiques pluridisciplinaires en dehors du milieu hospitalier, entre médecins généralistes et spécialistes ainsi qu'entre médecins et autres professionnels des soins de santé, tant en première qu'en deuxième ligne, sont de nature à apporter une plus-value tant pour le médecin que pour le patient.

La formation des étudiants en médecine et des jeunes médecins est un devoir déontologique. Il convient d'éviter d'insérer une clause de non-établissement (clause de non-concurrence) dans les conventions de formation.

2. Avis du Conseil national

- [Activité professionnelle d'un médecin sur le territoire de différents conseils provinciaux \(Avis CN 16 février 2019, a164003-R\)](#)
- [Lignes directrices « Contrats et sociétés » \(Avis CN 15 septembre 2018, a162005\)](#)
- [Organisation de consultations par un spécialiste dans le cabinet d'un médecin généraliste \(Avis CN 14 octobre 2017, a159002\)](#)
- [Etablissement d'un cabinet médical dans l'enceinte du métro bruxellois \(Avis BU 19 septembre 2015, a150014\)](#)
- [Publication des données privées des médecins sur les sites internet des mutualités \(Avis CN 4 juillet 2015, a150007\)](#)
- [Problématique des structures qui hébergent des patients après une intervention chirurgicale à visée esthétique \(Avis CN 20 septembre 2014, a147006\)](#)
- [La surveillance de la santé des travailleurs et le secret professionnel \(AR du 28 mai 2003\) \(Avis CN 23 avril 2005, a109002\)](#)

3. Dispositions légales

- Art. 14 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Art. 64 de la loi du 30 octobre 2018 portant des dispositions diverses en matière de santé, *M.B.* 16 novembre 2018
- Art. 99, 7°, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015
- Art. 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002
- Art. 21, § 1^{er}, 2° et 21bis, al. 1, 2°, de l'arrêté royal du 6 février 1970 réglant l'organisation et le fonctionnement des conseils de l'Ordre des médecins, *M.B.* 14 février 1970
- Art. 6, 1°, de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.* 14 novembre 1967

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

continuité des soins – intimité du patient – équipement – qualité des soins – collaborateurs du médecin – (espace de) pratique – dispersion des activités professionnelles – sécurité du patient – dignité du patient

Article 9

Le médecin veille au bien-être et à la sécurité du patient.

En cas d'incident, le médecin agit de façon adéquate et transparente. Avec les prestataires des soins de santé concernés, l'incident est évalué collégalement afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Avec le patient, le médecin communique avec objectivité.

Le médecin doit être assuré afin de couvrir sa responsabilité professionnelle de façon suffisante.

1. Généralités

1.1. Sécurité des patients

Le médecin doit, au sein de sa pratique, être attentif à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Il doit s'impliquer et participer aux démarches qualité/sécurité mises en place par les autorités publiques.

Le SPF Santé publique a lancé dès 2005 des « contrats de coordination pour la qualité et la sécurité des patients ». Une des démarches, développée à l'échelle mondiale, a été la « check-list » préalable aux interventions chirurgicales. Des études internationales ont démontré l'efficacité de cette action à la fois sur la mortalité et la morbidité. Il est du devoir du médecin de contribuer à ces actions et de veiller à la sécurité au sein de sa propre pratique. Cette démarche « sécurité » concerne l'ensemble de l'équipe médicale.

Note : la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé accorde de l'attention à la qualité des soins et à la sécurité des patients, en particulier pour les prestations à risque. L'article 15 de cette loi dispose que « le professionnel des soins de santé qui dispense des soins de santé lors desquels une anxiolyse, une anesthésie locale, une anesthésie locorégionale et/ou une anesthésie générale est pratiquée, dispose d'une procédure qu'il respecte en cas de problème survenant à la suite de l'anxiolyse ou de l'anesthésie visée ». Cette loi entre en vigueur le 1er juillet 2021.

1.2. Incidents

La démarche qualité/sécurité comprend l'analyse de tous les incidents et en particulier des événements indésirables graves associés aux soins de façon à prévenir leur réapparition.

Cette démarche implique l'identification et le signalement des incidents dans un objectif positif sans stigmatisation personnelle et ensuite leur « débriefing » en présence des intervenants et des responsables de l'infrastructure et des modes de fonctionnement.

Il s'agit, du point de vue déontologique, d'agir dans le respect de la confidentialité et de la confraternité sans occulter les problèmes.

Il faut distinguer les incidents, les événements indésirables et les erreurs, d'une part, et les comportements fautifs qui impliquent la responsabilité du praticien et/ou l'institution de soins, d'autre part.

La loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé a défini l'accident médical sans responsabilité : il est lié à une prestation de soins, n'engage pas la responsabilité du prestataire, ne résulte pas de l'état du patient mais entraîne pour lui un dommage anormal (celui qui n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible). Cette loi a mis en place le Fonds des accidents médicaux qui a pour objectif d'indemniser les patients victimes de pareil accident médical moyennant un seuil de gravité.

1.3. Implications déontologiques

En cas d'incident ou d'évènement indésirable, le médecin doit être ouvert et avoir avec le patient une conversation franche. Il s'agit d'expliquer l'évènement objectivement et d'exprimer son regret face à la

mauvaise évolution des choses. Il ne s'agit en aucun cas de s'accuser : l'établissement d'une faute relève d'une décision de justice. L'explicitation objective de l'évènement sans culpabilisation ne pourra être reprochée au praticien par l'assurance qui le couvre en responsabilité professionnelle.

Le dossier médical est un document probant. L'incident ou l'évènement indésirable doit y être mentionné. Néanmoins, l'analyse qui implique souvent des tiers relève d'une démarche indépendante des soins : celle-ci mérite d'être enregistrée non pas dans le dossier du patient mais dans un registre des incidents.

Sur le plan de la confraternité, le signalement des incidents crée une tension entre la volonté d'améliorer les soins et la confidentialité entre soignants. Depuis longtemps, en Grande-Bretagne, l'obligation de signalement prend le pas sur le secret.

1.4. *Vis-à-vis des patients*

1.4.1. *Devoir d'information préalable*

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le patient a droit à des informations avant de donner son consentement, notamment sur les contre-indications, les répercussions financières, les effets secondaires et les risques liés à l'intervention, pertinents pour le patient. Le médecin doit informer le patient des risques qu'il sait ou doit savoir qu'ils sont pertinents pour une personne normale mise dans les mêmes conditions que le patient pour prendre une décision en connaissance de cause. « Pertinents pour le patient » signifie que le médecin tient également compte des caractéristiques personnelles du patient dans l'information qu'il lui apporte (antécédents, activités du patient, âge, etc.).

1.4.2. *Entretien avec le patient*

Lorsqu'un incident survient, le médecin prend personnellement contact avec le patient ou ses représentants à ce sujet dans les plus brefs délais. Le médecin explique l'incident au patient et précise ce qui a pu se passer, ce qu'il est possible de faire dans la situation (soins médicaux, traitements de rétablissement, etc.), ce qui sera mis en place pour que de tels incidents ne se reproduisent plus.

Si le patient demande une confirmation écrite de l'incident, une copie de cette partie du dossier patient peut être transmise conformément à l'article 9, § 3 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

1.5. *Responsabilité professionnelle*

L'article 8/1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient dispose : « Le praticien professionnel informe le patient s'il dispose ou non d'une couverture d'assurance ou d'une autre forme individuelle ou collective de protection concernant la responsabilité professionnelle. ».

Bien qu'une couverture d'assurance ne soit pas légalement obligatoire, elle l'est par contre d'un point de vue déontologique. Le fait que le médecin informe le patient qu'il n'a pas d'assurance, ne le libère pas sur le plan déontologique de sa faute s'il dispense des soins sans que sa responsabilité professionnelle soit assurée.

Au moment de l'inscription au Tableau de l'Ordre, le médecin indique la façon dont il assure sa responsabilité professionnelle.

2. Avis du Conseil national

- [Information complémentaire : Demande du Fonds des accidents médicaux de transmettre une copie du dossier d'un patient décédé \(Avis CN 25 avril 2015, a149002\)](#)

- Procédure de réclamation d'un dossier par le Fonds des accidents médicaux (Avis CN 23 mars 2013, a141009)

3. Dispositions légales

- Art. 15 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Arrêté royal du 12 octobre 2011 déterminant les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement du Fonds des accidents médicaux, *M.B.* 17 octobre 2011
- Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.* 2 avril 2010
- Art. 8/1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

- GENICOT, G., *Droit médical et biomédical*, Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, éd. Larcier, 2010
- *Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients*, Organisation mondiale de la santé, Edition multiprofessionnelle
- *Een goed gesprek na een incidenten: train uzelf*, KNMG, 8 maart 2016
- *Consultation on the changes to the indicative sanctions guidance and the role of apologies and warning*, General Medical Council, 25 February 2015 – www.gmc-uk.org
- « Holding out for an apology. Practice », *BMJ*, 2018, 363
- CRAFT, N., « Whistleblowing in the health service: accountability, law and professional practice; Whistleblowing: subversion or corporate citizenship? », *BMJ*, 1995, 311
- HAWKES, N., « Admitting when mistakes are made. The statutory duty of candour », *BMJ*, 2015, 351

5. Mots-clés

responsabilité professionnelle du médecin – Fonds des accidents médicaux – audit médical – erreur médicale – accident médical – fonction de médiation – sécurité du patient – bien-être du patient – assurance en responsabilité civile du médecin

Article 10

Le médecin est attentif à sa propre santé.

Le médecin s'efforce de maintenir un équilibre entre ses activités professionnelles et sa vie privée.

1. Généralités

Il paraît évident que la bonne santé et le sain équilibre de vie des prestataires de soins contribuent à la qualité des soins. À l'inverse, un médecin fatigué, surmené, voire épuisé, n'est pas dans les conditions idéales pour accueillir ses patients avec empathie et patience.

Depuis quelques années, la communauté médicale s'intéresse à la bonne santé des médecins avec, en particulier, le développement de conférences internationales pour la santé des médecins. Les médecins ne sont pas à l'abri de l'épuisement lié au surmenage professionnel. L'Association américaine de psychiatrie a publié dès 2008 un guide sur la bonne santé mentale des médecins.

La tradition médicale a entretenu l'image d'un médecin fort et résistant. Même malades ou fatigués, beaucoup de médecins continuent à travailler. Cela concerne non seulement les médecins payés à l'acte mais également les médecins salariés. Les facteurs déterminants sont la pression du rythme de travail et la volonté de ne pas reporter sur ses confrères la charge de travail, en particulier sur les confrères de garde.

1.1. *Le médecin est attentif à sa propre santé*

Il lui revient de montrer l'exemple par des choix de vie saine et équilibrée tant sur le plan de la diététique que de l'activité physique. C'est une des façons de remplir son devoir de promotion de la santé (art. 5 CDM 2018).

L'automédication est fréquente dans le milieu médical. Si elle est justifiée pour des problèmes simples voire bénins, elle est formellement à déconseiller en cas d'épuisement ou d'altération de l'état général.

La loi du 12 décembre 2010 fixant la durée du travail des médecins, des candidats-médecins en formation et des étudiants stagiaires s'applique aux médecins exerçant dans le cadre d'un contrat de travail ou sous régime statutaire, sauf quelques exceptions. Elle concerne aussi les candidats, titulaires du diplôme de Master en médecine, en formation en vue de se voir octroyer l'agrément pour l'un des titres visés aux articles 1^{er}, 2 et 2bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire et qui effectuent des prestations de soins de santé dans le cadre de leur formation.

Sur le plan déontologique, il est du devoir des médecins responsables de l'organisation des services et des rôles de garde et des maîtres de stage de veiller à ce que soient respectés la lettre mais aussi l'esprit de cette législation qui transpose la directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003.

La majorité des médecins pratiquent comme indépendants. Le Conseil national n'a pas fixé de règles déontologiques univoques quant au temps de travail ou à la durée maximale d'une prestation, considérant que cette question relève de la responsabilité individuelle. L'organisation du temps de travail doit satisfaire aux exigences de qualité des soins, de sécurité du patient et de bien-être du médecin lui-même.

1.2. *Le médecin s'efforce de maintenir un équilibre entre ses activités professionnelles et sa vie privée*

Cette recommandation a été nouvellement introduite dans le CDM 2018 et également dans les recommandations concernant la constitution de sociétés de médecins.

Un bon médecin est un médecin curieux des avancées scientifiques : il est donc normal qu'il occupe une partie de son temps à approfondir ses connaissances médicales (art. 4 CDM 2018).

1.3. Demander de l'aide

Afin de réduire la difficulté du cap à franchir pour obtenir de l'aide, le Conseil national de l'Ordre des médecins a créé une plate-forme nationale d'aide pour les médecins en détresse : *Médecins en difficulté*.

Médecins en difficulté vise les problèmes psychiques des médecins qui peuvent influencer la qualité des soins qu'ils dispensent.

C'est un organisme indépendant destiné à tous les médecins ainsi qu'aux étudiants en médecine, aux médecins en formation et à leur entourage, axé tant sur la prévention que sur l'offre d'un accompagnement accessible, discret et confidentiel, et ce par une séparation totale du trajet de soins du médecin et du contrôle de l'exercice de sa profession.

Une équipe nationale de médecins de confiance est prête à accompagner des confrères et, si souhaité, à les orienter vers une aide professionnelle adaptée. Il suffit de téléphoner au numéro national gratuit 0800 23 460, d'envoyer un message à l'adresse info@medecinsendifficulte.be ou de remplir le formulaire de contact sur le site www.medecinsendifficulte.be.

2. Avis du Conseil national

- Réglementation en matière de temps de travail des médecins - Durée maximale (Avis CN 27 avril 2019, a167007)
- Charte pour « Médecins en difficulté » (Avis CN 17 décembre 2016, a155013-R)
- Problématique de la fourniture de médicaments par un médecin (Avis CN 16 juillet 2016, a154002)
- Création d'une commission d'aide aux médecins en difficulté (Avis CN 21 novembre 2015, a151004-R)
- Prestation médicale d'un médecin prodiguée à lui-même, (Avis CN 20 septembre 2014, a147002)
- Des médecins qui se prescrivent à eux-mêmes des médicaments (potentiellement) générateurs d'addiction (Avis CN 16 juillet 2011, a134012-R)
- « Enquête dépendances/Les Spécialistes » (Avis CN 16 avril 2011, a133016-R)
- Délivrance à soi-même d'un certificat d'incapacité de travail (Avis CN 8 mai 2010, a130018)

3. Dispositions légales

- Loi du 12 décembre 2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions, M.B. 22 décembre 2010
- Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, en ce qui concerne les médecins, dentistes, vétérinaires, candidats-médecins en formation, candidats-dentistes en formation

4. Informations – Documentations – Liens

- Médecins en difficulté - 0800 23 460
- Déclaration de Genève de l'Association médicale mondiale (AMM)

- Principe 15 de la Charte européenne d'éthique médicale du Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM)
- Advies omtrent de problematiek van artsen die medicatie aan zichzelf voorschrijven, Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, 24 september 2011
- BEKE, P., « Déontologie et assuétudes chez des médecins », *Bulletin du Conseil national (Ethique médicale et déontologie)*, 111, mars 2006, pp. 10-12
- ISAKSSON RØ, K. E., GUDE, T., TYSSSEN, R. et AASLAND, O. G., « Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study », *BMJ*, 2008, 337
- JOSET, J.-P., « Le burn-out du médecin », *Bulletin du Conseil national (Chronique internationale)*, 100, juin 2003, p. 19
- MYERS, M. F. et GABBARD G. O., « The physician as patient: a clinical handbook for mental health professionals », *American Psychiatric Publishing*, 2008, 242
- OXTOBY, K., « Why doctors don't take sick leave », *BMJ*, 12 december 2015, 351
- PETERS, M., HASAN, O., PUDDISTER, D., GARELICK, A., HOLLIDAY, C., RAPANAKIS, T. et RYAN, A. L., « Doctors' health: taking the lifecycle approach », *BMJ*, 2013, 347

5. Mots-clés

santé du médecin – projet Médecins en difficulté – médecin malade

Article 11

Le médecin adopte une attitude confraternelle. Il respecte les compétences spécifiques de ses confrères et des autres prestataires des soins de santé. Il communique de façon adéquate, dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire.

En cas de situation problématique ou de litige avec des confrères ou d'autres prestataires des soins de santé, le médecin cherche une solution consensuelle.

1. Généralités

1.1. Confraternité

La confraternité est un devoir déontologique essentiel.

Le médecin doit soutenir, assister et remplacer ses confrères si nécessaire.

Le principe de confraternité implique qu'un médecin se comporte respectueusement vis-à-vis de ses confrères.

Il est interdit de calomnier un confrère ou un autre prestataire de soins ou de se faire l'écho de propos de nature à lui faire du tort dans l'exercice de sa profession.

Si le médecin constate une erreur médicale ou un comportement fautif, la confraternité lui impose d'agir avec discrétion, mais dans le respect de la justice vis-à-vis du patient victime.

Un dissentiment professionnel ne peut donner lieu à des polémiques publiques. En cas de litiges entre médecins et/ou professionnels des soins de santé, ceux-ci essayent de trouver une solution et de parvenir à un consensus.

La confraternité signifie aussi que, dans sa pratique, le médecin fait appel de façon ciblée et/ou collabore avec d'autres confrères et professionnels des soins de santé, le cas échéant, en collaboration pluridisciplinaire (art. 6, al. 2 CDM 2018).

1.2. Communication en cas de concertation pluridisciplinaire

Le médecin et les autres prestataires de soins travaillent dans le cadre d'une relation collégiale. Pour parvenir à un résultat optimal, il convient de se concerter avec les différentes disciplines des soins de santé. Le principe selon lequel le tout est plus que la somme des parties est central pour les soins de santé pluri- et interdisciplinaires.

Pour que le médecin puisse contribuer au traitement sécurisé et qualitatif du patient, il est nécessaire qu'il partage les informations utiles et nécessaires sur le patient avec les confrères et autres prestataires de soins impliqués dans le traitement du patient. Celui-ci doit en être informé et ne pas s'y être opposé. Les données de santé du patient constituent une source essentielle d'informations dont le médecin doit disposer en vue de soins de santé de qualité. Il est primordial de prévoir un transfert des données de santé lorsque le médecin adresse un patient vers un confrère ou un autre prestataire de soins pour la suite du traitement.

Note : l'article 36 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé insiste sur le consentement préalable et éclairé du patient lors du partage des données de santé entre professionnels des soins de santé traitants. Cette loi entre en vigueur le 1er juillet 2021.

1.3. *Interdiction de rabattage de patients*

Le rabattage sous quelque forme que ce soit et le détournement ou la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

2. Avis du Conseil national

- Charte pour « Médecins en difficulté » (Avis CN 17 décembre 2016, a155013-R)
- Création d'une commission d'aide aux médecins en difficulté (Avis CN 21 novembre 2015, a151004-R)
- Médecins et médias numériques (Avis CN 7 février 2015, a148006)

3. Dispositions légales

- Art. 36 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Loi du 30 octobre 2018 portant des dispositions diverses en matière de santé, *M.B.* 16 novembre 2018

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

confraternité – communication par le médecin – collaboration pluridisciplinaire

Article 12

Le médecin peut conclure des conventions de collaboration en vue de l'exercice de sa profession.

Le médecin évite toute forme de collusion.

Le médecin reste toujours individuellement responsable de ses actes médicaux.

L'exercice de sa profession et l'organisation de la collaboration professionnelle doivent correspondre aux dispositions de la déontologie médicale et être fixés dans une convention écrite.

1. Généralités

Une règle générale pour les conventions de collaboration est que le médecin reste personnellement responsable sur le plan déontologique ; toutes les prescriptions déontologiques sont d'application.

En outre, la forme de collaboration choisie et son objet doivent satisfaire aux règles légales.

L'évolution de la médecine nécessite de collaborer davantage. Les pratiques pluridisciplinaires intra- ou extrahospitalières sont fréquentes et représentent une plus-value tant pour le médecin que pour le patient.

Le médecin ne doit plus soumettre à l'approbation préalable de son conseil provincial tout projet de statuts, de règlement d'ordre intérieur, d'acte de fondation d'une société ou d'une association, ou tout projet de convention. Il en va de même pour tout projet de modification de l'un de ces documents.

Néanmoins, le médecin peut soumettre pour avis à son conseil provincial le projet de ses conventions de collaboration et de modifications. Le conseil provincial rend un avis déontologique.

2. Avis du Conseil national

- [Conventions de collaboration : conséquences de l'abrogation du Code de déontologie médicale 1975 par l'entrée en vigueur du Code de déontologie médicale 2018 \(Avis CN 16 mars 2019, a164006\)](#)
- [Lignes directrices « Contrats et sociétés » \(Avis CN 15 septembre 2018, a162005\)](#)

3. Dispositions légales

- [Art. 7 et 32 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, M.B. 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.](#)
- [Code des sociétés et des associations, M.B. 4 avril 2019](#)

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

clientèle – collusion – commercialisation de la médecine – contrats – associations de médecins – sociétés professionnelles – conventions de collaboration

Article 13

Le médecin garantit la continuité des soins.

Le médecin remplace, dans la mesure du possible, un confrère empêché, en particulier au sein de son service ou de son institution de soins. Le médecin remplaçant dispose en principe de la même qualification que le médecin qu'il remplace.

Le médecin remplaçant s'engage à contribuer au dossier patient de façon à fournir toutes les informations utiles à son confrère au terme du remplacement.

Le médecin participe à la permanence médicale ou au service de garde selon sa qualification, sauf dispense éventuelle accordée par l'autorité compétente.

1. Généralités

La continuité des soins concerne le suivi des traitements des patients par le professionnel de santé traitant ou par un autre professionnel de santé lorsque le professionnel de santé traitant interrompt sa pratique (art. 26, 4°, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé).

La continuité des soins requiert, outre l'organisation d'un service de garde fonctionnant correctement, de la proactivité et de la confraternité de la part de tous les médecins.

Un médecin ne peut, sciemment et sans motif légitime, interrompre un traitement en cours sans avoir pris au préalable toutes les dispositions en vue d'assurer la continuité des soins (art. 27, § 1^{er}, al. 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ; art. 17 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé – en vigueur le 1^{er} juillet 2021).

Lorsque le médecin souhaite interrompre la dispense de soins, pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit temporairement dispenser les soins nécessaires jusqu'à ce qu'un autre médecin prenne en charge le patient.

Le médecin informe préalablement le patient de l'interruption de sa prise en charge et le met en contact avec le médecin auquel il peut s'adresser pour le suivi des soins.

Le dossier patient joue un rôle primordial dans la qualité des soins et dans la continuité de l'administration des soins au patient. Le médecin remplaçant doit pouvoir prendre connaissance de toutes les informations pertinentes relatives aux antécédents médicaux, à l'état de santé actuel du patient ainsi qu'aux traitements antérieurs et actuels. Le patient doit en être informé et y avoir préalablement consenti.

Dans le cadre de la continuité des soins, il convient de distinguer les soins ambulants des soins hospitaliers.

En ce qui concerne les soins ambulants, la continuité des soins est assurée par un autre prestataire qui dispose du même titre professionnel particulier, sauf pendant la nuit profonde (de 23.00 heures à 8.00 heures). Les soins peuvent alors être confiés à tout médecin, à l'exception de la prise en charge palliative et du traitement de la douleur (art. 27, § 2, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé).

Note : l'article 70 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé supprime cette règle. La déontologie médicale prescrit qu'il convient d'examiner au cas par cas si le médecin remplaçant est compétent pour poursuivre les soins.

En milieu hospitalier, une intervention adéquate de médecine spécialisée doit être possible à tout moment.

Pendant le remplacement, le médecin remplaçant ne recrute pas activement les patients du médecin qu'il remplace et ne les encourage pas à venir dans son cabinet.

Il est du devoir de chaque médecin de participer à la permanence médicale ou au service de garde, compte tenu de sa compétence et de son statut. Cette obligation de participation s'applique au médecin généraliste en activité et au médecin spécialiste hospitalier. Le médecin spécialiste qui a une pratique exclusivement extrahospitalière a le devoir déontologique de passer des accords avec un confrère ou une structure de soins susceptibles d'accueillir ses patients pendant ses absences.

Des exceptions peuvent être admises pour des raisons d'âge, de santé, inhérentes à la situation familiale ou à l'exercice effectif de sa profession, sous réserve de l'accord de l'institution ou du cercle concerné (par exemple le médecin-chef, la commission médicale provinciale, le gestionnaire du cercle de garde).

Note : l'article 26 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé énonce que cette exemption est accordée par l'Ordre des médecins. Cette loi entre en vigueur le 1er juillet 2021.

2. Avis du Conseil national

- [Responsabilité du responsable du service de garde en médecine générale \(Avis CN du 15 novembre 2014, a147013\)](#)

3. Dispositions légales

- [Art. 17 à 26, 70 et 71 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, M.B. 14 mai 2019. Sauf en ce qui concerne les dispositions dont la date d'entrée en vigueur est fixée par l'article 87, la présente loi entre en vigueur le 1er juillet 2021. Le Roi peut, pour les articles 1^{er}, 2, 3, 21, alinéa 2, 22 à 26, 64, 66 et 71, fixer une date d'entrée en vigueur antérieure au 1er juillet 2021.](#)
- [Art. 26, 4^o, art. 27, § 1^{er}, al. 1 et § 2, art. 28 et art. 29 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, M.B. 18 juin 2015](#)
- [Art. 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, M.B. 7 novembre 2008](#)
- [Art. 8, § 4, al. 3, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B. 26 septembre 2002](#)
- [Art. 15, § 1^{er}, al. 3, de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, M.B. 14 novembre 1967](#)

4. Informations – Documentations – Liens

- [Infobox INAMI – La réglementation décryptée pour le médecin généraliste \(mai 2018, 3^e édition\)](#)
- [Infobox INAMI – La réglementation décryptée pour le médecin généraliste \(janvier 2019, 6^e édition\)](#)

5. Mots-clés

continuité des soins – poste de garde de médecine générale – permanence médicale – médecin remplaçant – Commission médicale provinciale – urgences – service de garde

Article 14

Le médecin qui s'est vu imposer une interdiction de l'exercice de l'art médical prend des dispositions pour assurer la continuité des soins. Il en informe l'Ordre par écrit.

Le médecin informe les confrères avec lesquels il collabore de toute décision disciplinaire, civile, pénale ou administrative susceptible de retomber quelconques sur leurs relations professionnelles.

1. Généralités

Les patients d'un médecin disciplinairement suspendu n'ont pas à subir un préjudice lié à l'indisponibilité de celui-ci. C'est pourquoi il doit prendre des mesures concrètes pour assurer la continuité des soins. Il convient de rappeler que les soins prodigués par le médecin suspendu ne sont pas remboursés par l'INAMI.

Le médecin se fait remplacer pendant la période d'interdiction par un ou plusieurs médecins ayant la même qualification légale. Il en avise le conseil provincial dont il dépend.

À défaut de veiller à son remplacement ou s'il passe outre la sanction, le médecin pourrait voir sa responsabilité civile mise en cause.

Il est recommandé que le médecin informe ses patients de son indisponibilité, par exemple à l'intervention de son secrétariat, et qu'il suggère de consulter tel ou tel confrère ou centre médical.

Les devoirs de collégialité et de loyauté impliquent également que le médecin qui fait l'objet d'une décision disciplinaire, civile, pénale ou administrative veille à ce que celle-ci ne porte pas préjudice aux confrères avec lesquels il collabore.

Un médecin suspendu ne peut pas bénéficier de revenus liés à des prestations effectuées par ses confrères durant la période de suspension.

Il convient que le médecin hospitalier suspendu par un organe de l'Ordre avertisse le médecin-chef de son institution, compte tenu notamment de l'obligation de celui-ci d'organiser les gardes et du fait qu'il dispose d'une délégation de signature pour les attestations de soins INAMI.

2. Avis du Conseil national

– [Suspension disciplinaire – Pool de revenus \(Avis CN 29 janvier 1994, a064009\)](#)

3. Dispositions légales

– [Art. 8/2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B. 26 septembre 2002](#)

– [Art. 16 de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, M.B. 14 novembre 1967](#)

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

discipline – Commission médicale provinciale – suspension (à la suite d'une condamnation administrative, correctionnelle ou disciplinaire) – visa

Chapitre 2 - RESPECT

Article 15

Le médecin respecte le libre choix du médecin par le patient, même au sein d'une équipe.

Le médecin informe le patient quand le libre choix du médecin est limité, notamment lors du service de garde et en cas de soins urgents.

1. Généralités

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 est essentiel à la relation de confiance entre le patient et le médecin.

Lorsque le patient a fait choix d'un médecin, rien ne l'empêche de recueillir une seconde opinion ou de revenir sur son choix. Il appartient au médecin de respecter le choix du patient sans exercer de pression.

Le choix du médecin peut être limité pour des raisons d'organisation (par exemple dans un service d'anesthésie, de radiologie, de biologie clinique, etc.) sinon rendu impossible dans le cadre d'interventions d'urgence ou du service de garde, ou dans des situations réglées par la loi (médecine de contrôle, médecine scolaire, médecine du travail, traitement des détenus).

Pour éviter les conflits, il est recommandé que le médecin informe le patient des circonstances justifiant que celui-ci ne puisse faire valoir sa liberté de choix.

2. Avis du Conseil national

- Libre choix du professionnel et consentement aux soins des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont soumises à une mesure d'internement (Avis CN du 17 novembre 2018, a163004)
- Refus de soins à un patient au seul motif que celui-ci ne choisit pas une chambre individuelle (Avis CN 24 février 2018, a160008)
- Information du patient concernant son état de santé et les soins qui lui sont proposés (Avis CN du 6 mai 2017, a157006)
- Arrêt des activités dans l'hôpital - Communication d'éléments du dossier hospitalier au médecin (Avis CN 19 novembre 2016, a155002)
- Refus de quelques médecins de prendre en charge les patients qui optent pour une chambre double (Communiqué de presse du 7 février 2015, a148003)
- Libre choix du médecin par le patient qui choisit d'être hospitalisé dans une chambre double ou commune (Avis CN du 22 février 2014, a145003)
- Choix du médecin aux urgences et/ou pendant la garde (Avis CN 26 avril 2008, a120009)
- Collaboration à un acte médical - Droit d'être informé au sujet des données personnelles non médicales du patient (Avis CN 16 février 2008, a120003)

3. Dispositions légales

- Art. 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B. 26 septembre 2002

4. Information – Documentation – Liens

5. Mots-clés

limitation du libre choix du médecin – limitation de la patientèle – urgences – libre choix du médecin – service de garde – changement du choix du médecin

Article 16

Le médecin adopte une attitude empathique, attentive et respectueuse envers chaque patient.

1. Généralités

La relation entre le médecin et le patient est asymétrique : le médecin est celui qui soigne et le patient celui qui est soigné. Le malade a le besoin de faire confiance et d'être rassuré. Il en a résulté pendant des années un rapport paternaliste entre le médecin et ses patients. Depuis la fin du siècle passé, et cela a été confirmé par la loi sur les droits du patient du 22 août 2002, cette relation a évolué vers un partenariat de soins entre personnes.

Pour permettre cette relation, le Code de déontologie médicale recommande une attitude empathique (accueillante) et attentive (se donner le temps de l'écoute). Les principaux obstacles à cet égard sont le rythme du travail et le manque de temps. Le médecin se doit d'organiser son activité et son environnement de façon à permettre cette écoute.

Le médecin doit adopter une attitude respectueuse vis-à-vis de chaque patient. Le comportement du médecin doit être empreint du principe éthique de bienfaisance.

Cette attitude respectueuse implique des limites et des codes dans la façon dont les questions sont posées lors de l'anamnèse et surtout lors des examens cliniques. De même, pour examiner correctement une région anatomique, si la nudité peut être nécessaire à une séméiologie précise, elle doit être justifiée et proportionnelle. Le patient doit toujours être informé préalablement de la façon dont l'examen sera pratiqué et disposer de facilités permettant le respect de son intimité.

Cette attitude respectueuse implique également de faire preuve de réserve et de correction dans la rédaction des dossiers et des comptes-rendus qui doivent contenir des informations pertinentes et actualisées.

Le patient traité dans un hôpital universitaire ou dans un service qui compte des étudiants et stagiaires peut s'attendre à leur présence. Cela étant, dans tous les cas, ceux-ci doivent être présentés et leur statut doit être précisé (niveau de formation). Le patient doit pouvoir s'opposer à leur présence.

2. Avis du Conseil national

- [Acceptation par un médecin d'une donation d'un patient \(Avis CN 24 février 2018, a160006\)](#)
- [Présence d'un avocat lors d'une expertise psychiatrique médico-légale \(Avis CN 5 mai 2017, a157010\)](#)
- [Avis médical dans une situation de fin de vie - Intervention financière \(Avis CN 16 janvier 2010, a129006-R\)](#)

3. Dispositions légales

- [Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, M.B. 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.](#)
- [Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B. 26 septembre 2002](#)

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

empathie – intimité du patient – respect du patient – relation de confiance médecin-patient

Article 17

Le médecin respecte la dignité humaine et l'autonomie du patient.

1. Généralités

Le patient a droit à des soins de santé de qualité dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie. En concertation avec le patient, le médecin vérifie ses besoins en matière de soins et lui dispense, dans son intérêt, des soins professionnellement justifiés et compétents.

La confiance, le respect et la responsabilité sont les fondements de la relation médecin-patient (art. 8, 16, 30 CDM 2018).

Au sein de celle-ci, le respect de la dignité humaine et du droit à l'autodétermination du patient se manifeste par un processus décisionnel commun (« *shared decision making* »). Le patient développe son autonomie au sein de la relation de confiance avec son (ses) médecin(s) traitant(s) et d'autres professionnels des soins de santé qui, en tant qu'experts, l'accompagnent dans un processus de soins de qualité.

Dans le contexte du « *patient empowerment* », le patient est encouragé à participer activement au processus de soins. Selon que le patient est en mesure d'exercer plus ou moins son droit à l'autonomie, le médecin adapte son accompagnement en tenant compte de sa situation et de ses besoins. Il encadre le patient de façon responsable et le guide, ce qui ne signifie pas que le médecin décide à la place du patient ou impose son avis. Dans une relation de confiance médecin-patient optimale, tant le médecin que le patient assument une responsabilité.

L'autonomie du patient n'est pas illimitée. Elle se confronte notamment aux moyens disponibles, aux évolutions sociétales, etc. (art. 41 CDM 2018).

Le médecin respecte l'autonomie du patient, sans porter préjudice à son indépendance professionnelle et à sa responsabilité vis-à-vis de la société (art. 7 CDM 2018).

2. Avis du Conseil national

- [Acceptation par un médecin d'une donation d'un patient \(Avis CN 24 février 2018, a160006\)](#)
- [Tests osseux de détermination d'âge des mineurs étrangers non accompagnés \(MENA\) \(Avis CN 14 octobre 2017, a159004\)](#)
- [Présence de la personne dont l'état de santé fait l'objet de l'expertise lors de la discussion entre les médecins experts et conseils, dans le cadre d'une expertise médicale amiable ou judiciaire contradictoire \(Avis CN 6 mai 2017, a157007\)](#)
- [Information du patient concernant son état de santé et les soins qui lui sont proposés \(Avis CN 6 mai 2017, a157006\)](#)
- [Vente d'autotests en pharmacie \(Avis CN 8 avril 2017, a157001\)](#)
- [Consultation directe par le patient de son dossier médical électronique \(Avis CN 19 septembre 2015, a150010\)](#)
- [Vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique \(Avis CN 25 octobre 2014, a147009\)](#)
- [Maltraitance des personnes âgées \(Avis CN 14 septembre 2013, a143008-R\)](#)
- [Traitement forcé d'un malade mental \(Avis CN 14 septembre 2013, a143004\)](#)

- Le médecin et les tests en vente direct en général, et en particulier dans le domaine de la génétique (Avis CN 24 mars 2012, a137031)
- Propositions de loi portant modification de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes (Avis CN 17 septembre 2011, a135001)
- Proposition de loi instaurant un statut de protection global des personnes majeures incapables (Avis CN 16 juillet 2011, a134011-R)
- La gestion du Dossier Médical Global (DMG) (Avis CN 16 juillet 2011, a134010)
- Choix de la personne de confiance (Avis CN 20 février 2010, a129017)
- Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (Avis CN 25 octobre 2008, a123004)
- Recrutement de volontaires pour des essais cliniques - Mention de l'indemnité (Avis CN 16 février 2008, a120001)

3. Dispositions légales

- Art. 5 et 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

- GENICOT, G., *Droit médical et biomédical*, Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, éd. Larcier, 2010, 858 p.
- GOFFIN, T., *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts-patiëntrelatie*, Brugge, die Keure, 2012, 494 p.

5. Mots-clés

autonomie du patient – traitement de force – empowerment du patient – dignité du patient – droit à l'autodétermination du patient

Article 18

Le médecin implique le patient mineur et le patient incapable en fonction de leur capacité de compréhension dans les soins destinés à leur santé.

1. Généralités

La loi relative aux droits du patient stipule que, pour pouvoir exercer indépendamment ses droits, un patient doit être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts (patient mineur) ou capable d'exprimer sa volonté (patient majeur). Cette estimation revient au médecin.

Il existe de nombreux cas dans lesquels il n'est pas évident de savoir si le patient doit être considéré comme capable ou incapable. En outre, l'« aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts / capacité à exprimer sa volonté » peut évoluer dans le temps et suivant les circonstances. Pour son appréciation, le médecin tient compte de la nature de l'acte médical et peut demander un avis pluridisciplinaire.

Le médecin postule que le patient est capable, plutôt que de recourir rapidement au représentant. Même si le patient est incapable, le médecin doit s'adresser en premier lieu au patient lors de la concertation avec celui-ci et ses représentants.

Même en cas « d'inaptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts / incapacité à exprimer sa volonté », le médecin associe le patient à l'exercice de ses droits autant que possible et compte tenu de son âge et de sa maturité (patient mineur) ou de sa capacité de compréhension (patient majeur).

2. Avis du Conseil national

- Capacité du patient à exprimer sa volonté – Attestation (Avis CN 17 mars 2018, a160009)
- Tests osseux de détermination d'âge des mineurs étrangers non accompagnés (MENA) (Avis CN 14 octobre 2017, a159004)
- Certificat médical circonstancié - Droit d'examiner un patient sans son consentement, ni de son représentant légal (Avis CN 17 décembre 2016, a155010)
- Stérilisation dans un but contraceptif d'une personne déficiente mentale (Avis CN 15 novembre 2014, a147012)
- Accompagnement médical du mineur transsexuel (Avis CN 28 juin 2014, a146001)
- Traitement forcé d'un malade mental (Avis CN 14 septembre 2013, a143004)
- Avortement – Consentement des représentants légaux (Avis CN 23 mars 2013, a141008-R)
- Choix de la personne de confiance (Avis CN 20 février 2010, a129017)
- Dispensation de soins à des mineurs – Consentement des deux parents (Avis CN 6 février 2010, a129013)
- Parents non-cohabitants – Choix du médecin (Avis CN 21 mars 2009, a125015)

3. Dispositions légales

- Art. 12, § 2, et 14, § 4, de loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

faculté de compréhension – mineurs – personnes vulnérables – capacité à exprimer sa volonté

Article 19

Le médecin communique avec le patient de façon correcte et compréhensible pour celui-ci. Il tient compte de la capacité du patient et de son aptitude à recevoir l'information, en particulier lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Le médecin respecte, sauf exceptions légales, le refus formel du patient d'être informé d'un diagnostic ou d'un pronostic.

1. Généralités

1.1. Informations claires et correctes

Le droit à l'autodétermination du patient et la relation de confiance avec le médecin nécessitent que celui-ci communique au patient les informations concernant sa santé.

Il est de l'intérêt de la santé publique et de la santé de l'individu que celui-ci connaisse son état de santé et son évolution probable ; mieux il est informé, meilleures seront sa compliance et sa motivation à préserver son capital santé et à se soigner.

L'information est délivrée verbalement, de manière claire et compréhensible pour le patient.

Les termes médicaux ne font pas partie du langage commun. Face à une situation inédite pour lui, le patient a besoin d'une information accessible, progressive et claire qui lui permette d'appréhender sa situation médicale. Une information structurée (synthétique, hiérarchisée, progressive) favorise la compréhension du patient.

Le médecin est prudent, conscient des limites de ses connaissances et de la part imprévisible dans l'évolution d'un état de santé. L'information doit être conforme aux acquis scientifiques et aux standards déduits des bonnes pratiques médicales.

1.2. Pronostic réservé ou négatif

Le droit d'être informé de son état de santé et de son évolution probable doit être assuré lorsque le pronostic est réservé ou négatif, en faisant preuve de prudence et de nuance. La personnalité du patient, son psychisme et le stress auquel il est soumis influent sur sa capacité de compréhension. Soumis à une émotion, le patient peut être imperméable à l'information scientifique. Dans ce cas, il convient en premier lieu de l'aider à surmonter son émotion avant d'aborder les aspects techniques et scientifiques. Le médecin prend en compte l'aptitude du patient à recevoir, comprendre et assimiler l'information. Il peut s'avérer préférable de la lui fournir progressivement, par étapes, et de la lui répéter ultérieurement.

1.3. Droit de ne pas savoir – exception thérapeutique

Ce droit d'être informé de son état de santé et de son évolution probable connaît deux exceptions : le refus exprès du patient d'être informé et l'exception thérapeutique.

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.

Le praticien professionnel peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à sa santé. Cette exception dite « exception thérapeutique » étant justifiée par la volonté de ne pas créer de préjudice au patient, le médecin communique à celui-ci les informations lorsque ce risque cesse. Cette exception ne

peut être utilisée lorsque l'information doit être délivrée en vue de recueillir le consentement du patient à un acte déterminé (art. 20 CDM 2018).

Face à ces deux situations exceptionnelles, la loi impose au médecin de se concerter avec un confrère sur l'intérêt supérieur du patient, de mettre une note dans le dossier du patient et d'informer l'éventuelle personne de confiance.

2. Avis du Conseil national

- Information du patient concernant son état de santé et les soins qui lui sont proposés (Avis CN 6 mai 2017, a157006)
- Vente d'autotests en pharmacie (Avis CN 8 avril 2017, a157001)
- Implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire (Avis CN 30 mai 2009, a126016)
- Secret professionnel et sida – Information du partenaire (Avis CN 21 mars 2009, a125016)
- Secret professionnel et sida - Information du partenaire (Avis CN 3 février 2007, a116001)
- Information du patient - Exception thérapeutique - Consentement à une intervention médicale (Avis CN 16 octobre 2004, a107002)
- Avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie (Avis CN 22 mars 2003, a100006)
- Euthanasie (Avis CN 17 novembre 2001, a094007)

3. Dispositions légales

- Art. 7, 8 et art. 9, § 2, al. 4, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

- GENICOT, G., *Droit médical et biomédical*, Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, éd. Larcier, 2010

5. Mots-clés

faculté de compréhension – communication par le médecin – aptitude du patient à recevoir l'information – droit à l'information – pronostic – exception thérapeutique

Article 20

Le médecin veille à ce que le patient ou, le cas échéant, ses représentants consentent librement à toute intervention médicale, après avoir été préalablement informés.

Le médecin explique au patient qui refuse un examen ou un traitement les conséquences possibles de sa décision. Il recherche avec lui une solution de remplacement.

Si le patient n'est pas en mesure de donner son accord, le médecin lui apporte les soins adaptés et consciencieux que justifie son état.

1. Généralités

1.1. *Le consentement*

Le consentement est l'accord donné par le patient sur ce qui lui a été proposé en matière d'investigation et de soins. L'exigence du respect de la dignité de la personne implique que le patient soit préalablement et correctement informé pour lui permettre de choisir en toute autonomie.

1.2. *L'information préalable*

Aux termes de l'article 8 de la loi relative aux droits du patient, le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à une information spécifique relative à l'acte pour lequel son consentement est requis. Le consentement doit être donné en connaissance de cause, ce qui signifie qu'il ne peut être recueilli sans précautions. Le médecin doit fournir une information loyale, pertinente, personnalisée, complète et intelligible pour permettre au patient, dans la mesure de ses connaissances et de ses capacités, de comprendre ce qui lui est proposé au plan des investigations, des possibilités thérapeutiques et des risques inhérents tant à la thérapie qu'à son absence. L'information concerne également le diagnostic et le pronostic, elle comprend la réponse aux questions du patient de sorte que celui-ci puisse apprécier ce qui va lui arriver. C'est dans le cadre de ce dialogue qu'il est possible de garantir le consentement éclairé.

Il est nécessaire de mentionner dans le dossier du patient les informations majeures qui lui ont été délivrées, par qui et à quelle date, ainsi que les difficultés de communication éventuelles. Cette information peut être renseignée dans le courrier au médecin traitant. Le médecin doit être conscient qu'en cas de litige, sa responsabilité civile pourrait être engagée s'il n'est pas en mesure d'apporter la preuve de cette information. Un document écrit et signé par le patient peut être un élément de preuve mais il ne remplace pas l'information orale par le médecin.

1.3. *L'étendue du consentement*

Relié à l'information préalable, le consentement n'est pas un accord sans limite mais ponctuel. Le patient peut le retirer quand il le souhaite.

1.4. *Les mineurs*

Si le mineur est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts (suivant son âge et sa maturité), il décide lui-même d'accepter ou non les soins proposés. C'est notamment le cas des mineures proches de la majorité concernant la question des contraceptifs.

Dans le cas du mineur inapte à apprécier raisonnablement ses intérêts, le médecin obtient l'accord de ses parents. Suivant son âge et sa maturité, le mineur est associé à la prise de décision. (Pour davantage de détails, voir l'avis CN 6 février 2010, a129013).

1.5. *Les incapables majeurs*

Si la personne majeure est incapable d'exprimer sa volonté et qu'elle n'est de ce fait pas en mesure de donner son consentement, ce droit est exercé par une personne que le patient a préalablement désignée pour intervenir à sa place. La désignation de cette personne s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par le patient et son représentant.

Si le patient incapable d'exprimer sa volonté n'a pas désigné de représentant ou si le représentant désigné n'intervient pas, ce droit de consentement peut alors être exercé par l'administrateur de la personne.

S'il n'y a pas d'administrateur, le droit est exercé par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait.

S'il n'y a pas de partenaire ou si le partenaire ne souhaite pas exercer ce droit de consentement, celui-ci est alors exercé par un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur majeurs du patient.

Si aucune des personnes susmentionnées ne peut exercer le droit de consentement, le professionnel concerné veille aux intérêts du patient, et ce en concertation pluridisciplinaire.

Le médecin associe le patient à l'exercice de son droit de consentement autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

1.6. *Les refus de soins*

Le patient en pleine possession de ses moyens et dûment informé par le médecin doit bénéficier du respect de sa décision. Dans le cas où cette personne a marqué librement et expressément son opposition à toute intervention, l'abstention demeure la règle dans la mesure où les raisons de cette opposition perdurent.

Si la personne, privée de ses capacités, n'a pas laissé d'instructions contraires, le médecin lui apporte les soins adaptés et consciencieux que justifie son état.

2. Avis du Conseil national

- Information du patient concernant son état de santé et les soins qui lui sont proposés (Avis CN 6 mai 2017, a157006)
- Dispensation de soins à des mineurs – Consentement des deux parents (Avis CN 6 février 2010, a129013)
- Refus des soins par un gréviste de la faim (Avis CN 12 mai 2007, a117001)
- Information du patient - Exception thérapeutique - Consentement à une intervention médicale (Avis CN 16 octobre 2004, a107002)

3. Dispositions légales

- Art. 17 de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes, *M.B.* 2 juillet 2013
- Art. 8, 12 et 14 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

consentement (éclairé) – représentant du patient – personne de confiance du patient – refus d'intervention médicale du patient – consentement libre et éclairé

Article 21

Le médecin attire l'attention du patient sur les conséquences de l'usage inapproprié de médicaments et de l'abus de substances qui peuvent conduire à une assuétude.

Le médecin précise les risques de l'automédication et de la surconsommation médicamenteuse.

La prise en charge d'une dépendance grave nécessite une approche pluridisciplinaire.

1. Généralités

Le médecin a un devoir d'information concernant les risques et les inconvénients liés à l'usage des médicaments. Il lui revient de mettre en garde les patients sur les risques d'une automédication non informée.

Le médecin doit être particulièrement conscient de sa responsabilité dans la prescription de médicaments qui peuvent susciter un état de dépendance.

Le médecin s'interdit de prescrire des traitements ou des médicaments à la seule demande du patient, sans que l'état de ce dernier ne le justifie médicalement. Il veille à prescrire des médicaments sous une forme et en quantité adéquates pour éviter la surconsommation et le surdosage. Le médecin s'emploie à prévenir toute forme d'assuétude.

Lors de la prescription de stupéfiants, le médecin est moralement et socialement tenu d'adopter une attitude préventive et vigilante en fournissant au patient des informations concernant le risque de dépendance. Il attire l'attention du patient sur le mauvais usage et l'abus de substances qui peuvent conduire à une assuétude, et lui indique les risques et les inconvénients d'une consommation prolongée.

Le médecin évite de prescrire des opioïdes sur simple demande du patient. Il doit être pleinement conscient que ces médicaments peuvent faire l'objet de fraudes et qu'ils peuvent par conséquent être utilisés d'une façon médicalement injustifiée (pour l'entretien de la toxicomanie, le trafic et un usage récréatif). Lorsqu'il en prescrit, il veille aussi à le faire sous une forme et en quantité adéquates pour éviter la surconsommation et le surdosage.

Le traitement de la douleur peut justifier la prescription de substances susceptibles d'entraîner une accoutumance. En cas de douleurs orthopédiques ou de douleurs neuropathiques chroniques, la prescription d'opioïdes ne peut être envisagée qu'avec la plus grande prudence.

L'arrêté royal du 19 mars 2004, modifié par l'arrêté royal du 6 octobre 2006, réglementant le traitement de substitution détermine notamment les conditions de participation et l'obligation d'enregistrement des médecins qui traitent régulièrement des consommateurs de drogues (simultanément plus de deux patients) avec des médicaments de substitution.

Ces conditions impliquent qu'une collaboration étroite et continue doit exister entre ces médecins enregistrés et les centres/réseaux professionnels d'aide aux toxicomanes, par l'échange de connaissances et d'informations. L'enregistrement d'un médecin est par conséquent contraignant.

Ce groupe de patients exige un encadrement pluridisciplinaire. Outre la prescription de médicaments de substitution, un accompagnement psychosocial est nécessaire. Pour cette population de patients, le médecin enregistré fait également appel aux équipes pluridisciplinaires agréées des centres/réseaux professionnels d'aide aux toxicomanes.

Du point de vue déontologique, il n'est pas justifié qu'un médecin ou un groupe de médecins développe(nt) des circuits parallèles pour le traitement de cette patientèle, indépendamment de l'assistance pluridisciplinaire spécialisée et agréée. Le médecin enregistré ne peut pas invoquer la « liberté thérapeutique » pour contourner l'offre d'aide professionnelle, équilibrée et étayée scientifiquement (selon les directives internationales), dans le domaine des programmes de substitution.

Ce qui précède s'applique aussi aux médecins qui ne prescrivent des médicaments de substitution qu'occasionnellement ; ils doivent avoir suivi une formation spécifique, participer régulièrement à des formations et être en contact avec un médecin répondant aux conditions légales.

2. Avis du Conseil national

- Toxicomanie – Obligation déontologique du médecin-inspecteur social SECM – INAMI (Avis CN 27 avril 2019, a165006)
- Entretien de la toxicomanie et le risque d'abstention coupable (Avis CN 20 janvier 2018, a160002)
- Vente par Internet de médicaments (Avis CN 10 juin 2017, a157013)
- Traitement à la méthadone et autres médicaments de substitution (Avis CN 17 septembre 2016, a154011)
- Prescription de benzodiazépines ou dérivés morphiniques durant la garde de médecine générale (Avis CN 1^{er} février 2014, a144008)
- Admissibilité de tests salivaires en matière d'alcool et de drogue (Avis CN 20 avril 2013, a141016)
- Des médecins qui se prescrivent à eux-mêmes des médicaments (potentiellement) générateurs d'addiction (Avis CN 16 juillet 2011, a134012-R)
- Enregistrement des traitements de substitution (Avis CN 27 octobre 2007, a119003)

3. Dispositions légales

- Art. 5 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2021.
- Arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques, *M.B.* 26 septembre 2017
- Arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, *M.B.* 30 avril 2004
- Loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.* 6 mars 1921

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

automédication – médicaments – méthadone – surconsommation de médicaments – médication de substitution – toxicomanie

Article 22

Le médecin tient à jour pour chaque patient un dossier dont la composition et la conservation répondent aux exigences légales et déontologiques.

Dans le respect du secret professionnel, le médecin gère le dossier des patients qui est un outil de travail, un moyen de communication, un point de référence qualitatif et un élément de preuve.

1. Généralités

1.1. Composition et conservation

La loi relative aux droits du patient prévoit le droit du patient à un dossier de patient.

Le « dossier patient » désigne le dossier constitué par le praticien professionnel (médecin, dentiste, kinésithérapeute, infirmier, etc.).

La loi définit les soins de santé comme étant les services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient, de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie. Elle s'applique aux rapports juridiques (contractuels et extra-contractuels) de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient. Dès lors, les dossier infirmier, dossier médical, dossier médical général, dossier de soins, dossier médical informatisé, dossier médical global, dossier pharmaceutique partagé, *Summarized Electronic Health Record* (sumehr), etc. sont des dossiers de patients au sens de la loi relative aux droits du patient.

Le contenu du dossier tenu par un médecin est variable du fait des qualifications particulières du professionnel, du type de pratique (en groupe ou solo, expertise, etc.), de la prise charge que nécessite la situation médicale du patient, etc.

Pour autant, la structure et les catégories de données qui doivent y apparaître sont standardisées :

- données socio-administratives personnelles ;
- compte-rendu de chaque consultation (date, raison, antécédents, anamnèse, examen clinique, diagnostic, examen/traitement) ;
- documents contenant les informations et évaluations utilisés pour les soins apportés au patient, relatifs à l'état de santé du patient et à son évolution (compte-rendu d'examens, protocoles, rapports, images médicales, etc.).

Note : l'article 33 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2021, précise les informations que doit contenir le dossier patient.

Le droit d'accès au dossier, du patient ou du praticien professionnel qu'il désigne, porte sur le contenu effectif du dossier et ne peut être limité à ce que doit contenir le dossier (art. 23 CDM 2018).

La loi relative aux droits du patient donne au patient la possibilité de faire joindre des documents au dossier le concernant par le praticien professionnel.

Le dossier doit être conservé trente ans après le dernier contact, ce qui implique un support et des conditions de conservation qui assurent la pérennité de son contenu et de son accès (art. 24 CDM 2018).

Cette conservation doit être conforme à la réglementation en matière de traitement des données à caractère personnel relatives à la santé (loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes

physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel) et aux règles relatives au secret médical.

L'informatisation des données de santé, si elle s'accompagne de très grands bénéfices, accroît les risques d'atteinte à la confidentialité de ces données et au droit au respect de la vie privée. Par opposition au dossier papier où il est nécessaire d'avoir un contact matériel avec le seul exemplaire pour en extraire une information, la consultation du dossier informatique peut se faire à distance à partir de multiples points de contact, internes ou externes via le réseau Internet.

Un système de gestion des accès et des utilisateurs (accès sélectif et contrôle d'accès) doit être mis en place pour garantir que seules les personnes justifiées à le faire y accèdent (art. 23 CDM 2018).

Des réseaux de communication comme eHealth, le réseau Santé wallon, Abrumed et Vitalink ont pour objectif de favoriser les échanges entre professionnels des soins de santé de manière sécurisée, dans le respect de l'autonomie du patient et de la confidentialité.

1.2. Finalités du dossier patient

Le dossier du patient est essentiel à la qualité et à la continuité des soins. C'est un outil de communication entre professionnels des soins de santé, un outil d'évaluation qualitative, un élément de preuve sur le plan médical (tant pour le médecin que pour le patient) et un élément de gestion (il sert à l'enregistrement du Résumé Hospitalier Minimum (RHM), à la classification de la pathologie traitée en ARP/DRG).

Le dossier patient est également un support de la communication entre le prestataire de soins et le patient qui peut y accéder et en recevoir copie.

2. Avis du Conseil national

- Arrêt des activités - Conservation et transmission des dossiers d'un médecin généraliste (Avis CN du 15 septembre 2018, a162007)
- Accès par le médecin-chef de service aux dossiers médicaux des patients pris en charge au sein de son service hospitalier (Avis CN 7 juillet 2018, a162003)
- Sécurité des systèmes d'information dans le secteur de l'imagerie médicale (Avis CN 16 janvier 2016, 152002)
- Dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance - Droits du patient : nouvelles données (Avis CN 17 novembre 2012, a140004)
- La gestion du Dossier Médical Global (DMG) (Avis CN 16 juillet 2011, a134010)
- Opposition d'un patient au contenu de son dossier médical (Avis CN 30 juin 2007, a117013)

3. Dispositions légales

- Art. 458 du Code pénal
- Art. 33 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, *M.B.* 5 septembre 2018
- Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/4

- Art. 20 et suivants de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.* 7 novembre 2008
- Art. 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002
- Art. 2 de l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre, *M.B.* 30 juillet 1999
- Arrêté royal du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général, *M.B.* 17 juillet 1999
- Art. 5 et 6 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987, *M.B.* 25 décembre 1987

4. Informations – Documentations – Liens

- Avis de la Commission fédérale « Droits du patient », *Le dossier patient*, 21 novembre 2017
- Avis de la Commission fédérale « Droits du patient », *La médecine de contrôle et d'expertise*, 21 juin 2013

5. Mots-clés

secret professionnel – Dossier médical électronique (DME) – Dossier patient électronique (DPE) – Dossier médical global (DMG) – dossier médical – Sumehr (SUMmarized Electronic Health Record)/dossier de santé récapitulatif – dossier patient – notes personnelles du médecin

Article 23

Le médecin préserve la stricte confidentialité du dossier patient et accorde au patient l'accès à ses données de santé.

1. Généralités

1.1. Accès par le patient

Le médecin aide le patient à exercer ses droits de consultation et de copie de son dossier. Il collabore aux projets visant à faciliter l'accès par le patient à son dossier.

Le médecin tient compte lors de la rédaction du dossier patient qu'il peut être consulté par d'autres que lui, notamment le patient lui-même et des confrères ; il le rédige de manière compréhensible et respectueuse du patient.

Le patient a le droit de consulter le dossier le concernant hors de la présence du médecin qui l'a constitué.

Le médecin évite les considérations subjectives relatives à la personne du patient étrangères à l'anamnèse ou à la thérapeutique et, sauf nécessité (par exemple en cas de transplantation d'organe), les mentions concernant des tiers recueillies en dehors de l'anamnèse du patient.

Les droits du patient s'appliquent que le dossier soit sur un support papier ou sous format électronique.

L'accès du patient, via Internet, à son dossier médical informatisé est une évolution positive qui mérite le support du corps médical. Sa mise en œuvre est un défi. La sécurisation, l'accès à des données validées (notamment en vue de respecter l'exception thérapeutique définie à l'article 9, § 2, alinéa 4, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient), la préparation du patient à la prise de connaissance des résultats d'examens, l'accès aux images radiographiques, la protection des données relatives aux tiers, l'accès au dossier d'un mineur par ses représentants alors que celui-ci peut exercer son droit de consultation de manière autonome s'il est jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, sont autant d'exemples de la complexité de la concrétisation d'un tel accès qui pourtant doit tendre à se généraliser.

Le droit à la consultation du dossier est un droit distinct du droit d'information du patient.

1.2. Accès des prestataires de soins ayant une relation thérapeutique avec le patient

Le médecin veille au respect de la confidentialité du dossier patient qu'il a contribué à constituer.

Ce dossier n'est pas réservé à l'usage du médecin, c'est également un outil de communication de données relatives à sa santé pour les professionnels des soins de santé qui ont une relation thérapeutique avec le patient. Le médecin doit veiller à ce que le dossier contienne des informations pertinentes et actualisées concernant le patient, sa santé et les soins de santé qu'il reçoit.

Le prestataire de soins, en ce compris le médecin en formation professionnelle, ayant une relation thérapeutique avec le patient est autorisé à y accéder, dans la limite de ce qui est nécessaire pour la qualité des soins qu'il prodigue lui-même au patient.

L'étudiant stagiaire dans le domaine des soins de santé peut être amené à consulter le dossier des patients qu'il rencontre dans le cadre des activités de stage, mais les conditions et les limites de cet accès doivent être formalisées dans le contrat de stage.

Le patient est préalablement informé que ses données de santé sont accessibles à d'autres prestataires ; il peut s'y opposer. Dans ce cas, le médecin explique au patient les conséquences d'un tel refus pour sa santé, mais aussi éventuellement son impact sur le système des soins de santé, notamment celles qui résultent d'examens répétés inutilement, d'interférences médicamenteuses, d'une méconnaissance d'antécédents ou d'allergies, etc. Si le patient maintient son opposition, le médecin veille à se réserver la preuve de l'opposition du patient, inscrit une note en ce sens dans son dossier et ne partage pas les informations.

Le partage de l'information de données relatives à la santé avec d'autres prestataires peut également avoir pour but de protéger l'intégrité physique de ceux-ci ou de tiers (par exemple d'autres patients, en cas d'affection contagieuse, entre autres nosocomiales). Dans ce cas aussi, le patient en est préalablement informé. Dans l'hypothèse exceptionnelle où il s'y oppose malgré les explications qui lui sont fournies, en ce compris concernant l'obligation de confidentialité à laquelle sont soumis tous les prestataires de soins, et l'intervention le cas échéant d'un service de médiation, le médecin apprécie s'il est néanmoins possible de protéger autrement les intervenants médicaux et tiers exposés au risque. À défaut, le médecin apprécie s'il est face à un état de nécessité qui lui impose de lever le secret ou de refuser ses soins (sauf en cas d'urgence).

Pour les études scientifiques, seules les données médicales nécessaires aux finalités de la recherche peuvent être utilisées. Leur traitement se fait en conformité avec les règles de la vie privée (RGPD) et sous la surveillance d'un professionnel des soins de santé.

1.3. *Autres accès*

L'accès au dossier du patient en dehors du cadre strict des soins peut intervenir s'il est prévu par la loi. On peut citer l'accès au dossier du patient après son décès, l'application de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le témoignage en justice et la saisie du dossier, la protection d'une personne vulnérable (art. 458*bis* du Code pénal), etc.

Par ailleurs, le patient est libre de donner accès à la copie de son dossier, reçue conformément à la législation relative aux droits du patient. S'il en a la possibilité, le médecin, soucieux de l'intérêt du patient, le met en garde si ce faisant celui-ci agit de manière contraire à ses intérêts légitimes.

1.4. *Sécurisation des données médicales*

Le traitement électronique de données comporte un risque de fuites ou d'accès abusif à des données couvertes par le secret professionnel. Le respect des règles pratiques, non limitatives, qui suivent permet de réduire ce risque :

- l'utilisation de réseaux informatiques suffisamment protégés, régulièrement contrôlés et qui prévoient un accès à l'aide de l'eID ;
- l'utilisation d'un mot de passe performant ;
- l'utilisation d'un programme antivirus adapté ;
- la clôture du programme lors de la cessation des activités ;
- le recours à des sociétés qui garantissent contractuellement un principe de confidentialité ;
- l'utilisation de l'ordinateur exclusivement à des fins professionnelles.

Des informations détaillées sont renseignées dans le document de l'autorité de protection des données « Mesures de référence en matière de sécurité applicables à tout traitement de données à caractère personnel ».

2. Avis du Conseil national

- Notes personnelles dans le dossier patient (Avis CN 27 avril 2019, a165005)
- Arrêt des activités - Conservation et transmission des dossiers d'un médecin généraliste (Avis CN du 15 septembre 2018, a162007)
- Accès par le médecin-chef de service aux dossiers médicaux des patients pris en charge au sein de son service hospitalier (Avis CN 7 juillet 2018, a162003)
- Modalités d'accès par un médecin hospitalier aux données à caractère personnel relatives à sa santé contenues dans son dossier patient (Avis CN 7 juillet 2018, a162004)
- Accès aux images radiographiques par les praticiens (Avis CN 14 octobre 2017, a159003)
- Proposition de plan d'action global - Disponibilité permanente des données de santé (Avis CN 15 juillet 2017, a158001)
- Accès au dossier médical du patient décédé en cas de contestation testamentaire (Avis CN 17 décembre 2016, a155011)
- Arrêt des activités dans l'hôpital - Communication d'éléments du dossier hospitalier au médecin (Avis CN 19 novembre 2016, a155002)
- Evaluation du bon fonctionnement en matière de gestion du risque et de sécurité du patient (Avis CN 17 septembre 2016, a154009)
- Agressions numériques sur les ordinateurs des médecins (Avis CN 21 mai 2016, a153007)
- Réflexion déontologique et médico-éthique sur l'utilisation de e-Health et m-Health au sein du monde de la santé (Avis CN 21 mai 2016, a153005)
- Accès au dossier médical des mineurs étrangers non accompagnés (Avis CN 20 février 2016, a152005)
- Sécurité des systèmes d'information dans le secteur de l'imagerie médicale (Avis CN 16 janvier 2016, a152002)
- Consultation directe par le patient de son dossier médical électronique (Avis CN 12 décembre 2015, a151007)
- Consultation directe par le patient de son dossier médical électronique (Avis CN 19 septembre 2015, a150010)
- Accès au dossier médical d'un résident par le médecin coordinateur et conseiller (MCC) en maison de repos et de soins (MRS) (Avis CN 4 juillet 2015, a150003)
- Conservation des données médicales détenues par les initiatives d'habitations protégées (IHP) (Avis CN 4 juillet 2015, a150005)
- Demande du Fonds des accidents médicaux de transmettre une copie du dossier d'un patient décédé (Avis CN 25 avril 2015, a149002)
- Envoi d'un dossier médical résumé en parallèle de la feuille de traitement et d'un aperçu du dossier de vaccination d'un patient pour la plate-forme Vitalink (Avis CN 25 avril 2015, a149001)
- Vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique (Avis CN 25 octobre 2014, a147009)
- Accès au dossier médical des détenus par les Commissions de surveillance des prisons (Avis CN 20 septembre 2014, a147007)

- Arrêt des activités dans l'hôpital – Droit de copier les dossiers médicaux hospitaliers (Avis CN 20 septembre 2014, a147005)
- Dossier médical établi par le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance - Droits du patient : nouvelles données (Avis CN 17 novembre 2012, a140004)
- Consultation du dossier médical par un médecin légiste (Avis CN 24 mars 2012, a137026)
- Application informatique – Collaboration pluridisciplinaire dans le cadre des trajets de soins (Avis CN 10 décembre 2011, a136015)
- La gestion du Dossier Médical Global (DMG) (Avis CN 16 juillet 2011, a134010)
- Consultation du dossier médical par un médecin légiste (Avis CN 28 mai 2011, a134004)
- Consultation par le patient de son dossier médical, établi par un médecin expert (Avis CN 26 juin 2010, a130028)
- Rôle du groupe de gestion pluridisciplinaire de l'antibiothérapie (Avis CN 6 mars 2010, a129024)
- Missions du médecin-chef, Aspects déontologiques et juridiques - Recommandations rédigées par la commission "Médecine hospitalière" du Conseil national (Avis CN 14 avril 2008, a120010)

3. Dispositions légales

- Art. 458 et 458*bis* du Code pénal
- Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, *M.B.* 5 septembre 2018
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

- Avis de la Commission fédérale « Droits du patient », *Accès au dossier patient électronique partagé* (Personal Health Record), 9 septembre 2016
- « Mesures de référence en matière de sécurité applicables à tout traitement de données à caractère personnel » (Autorité de protection des données)

5. Mots-clés

secret professionnel – accès au dossier médical – copie du dossier médical – dossier médical – dossier patient

Article 24

Les dossiers des patients doivent être conservés pendant trente ans après le dernier contact avec le patient, de manière sécurisée et en respectant le secret professionnel. Passé ce délai, le médecin peut détruire les dossiers.

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

1. Généralités

1.1. Conservation et délai de conservation

Le Code de déontologie médicale impose de conserver le dossier patient pendant trente ans après le dernier contact. Cette disposition générale s'applique, sauf exception, à tous les dossiers médicaux.

Cette durée de conservation de trente ans paraît en conformité avec les finalités du dossier médical. Le dossier du patient est un outil de travail essentiel à la qualité et la continuité des soins, un outil de communication entre professionnels des soins de santé, un outil d'évaluation (démarche qualité), un élément de preuve sur le plan médical (tant pour le médecin que pour le patient) et un élément de gestion (il sert à l'enregistrement du Résumé Hospitalier Minimum (RHM), à la classification de la pathologie traitée en ARP/DRG). C'est aussi un droit du patient.

Des législations fixent la durée (minimale) de conservation de dossiers médicaux : l'article I.4-89, § 2, du Code du bien-être au travail prévoit que le dossier de santé du travailleur est conservé pendant quinze ans au moins à dater du départ du travailleur tandis que l'article VI.3-35 du même code prévoit que le dossier de santé est conservé au moins quarante ans après la fin de l'exposition à l'amiante. Si la loi impose une durée maximale de conservation de données relatives à la santé ou leur effacement, la durée de conservation définie par la déontologie médicale ne s'applique pas.

Le médecin est responsable et dépositaire du dossier du patient. Il n'en est pas propriétaire. Il le conserve dans des conditions qui sauvegardent le secret médical, en bon état.

Passé le délai de trente ans après le dernier contact avec le patient, le dossier peut être détruit en veillant à ce que la confidentialité de son contenu soit garantie dans le processus de destruction.

Note : l'article 35 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé détermine aussi une durée de conservation maximale de 50 ans à compter du dernier contact avec le patient. Cette loi entre en vigueur le 1er juillet 2021.

1.2. Dossier hospitalier

La durée de conservation de trente ans est conforme à ce que prévoit la loi coordonnée sur les hôpitaux et ses arrêtés d'exécution.

Au sein d'une institution hospitalière, le médecin-chef est responsable de la conservation du dossier hospitalier par l'hôpital.

1.3. Fin de l'activité

Lorsque sa pratique cesse, le médecin en informe de manière proactive ses patients en les invitant à lui faire savoir à quel médecin il doit transmettre les renseignements utiles pour garantir la continuité des soins ou si le patient préfère recevoir ceux-ci directement.

Cette démarche vise à garantir la continuité des soins. Comme énoncé précédemment, la conservation du dossier médical n'a pas pour seule finalité la continuité des soins. Le médecin veille à garder les

informations qui lui paraissent nécessaires à sa défense en cas de litige. Pour la conservation des dossiers et leur transmission, le médecin peut recourir à un professionnel du stockage de données confidentielles.

Si le médecin est dans l'incapacité de prendre lui-même les mesures nécessaires à la conservation des dossiers des patients et à leur transmission, il confie les dossiers à un confrère qui s'en charge pour lui. Si le médecin n'est pas en mesure de trouver un confrère, il s'adresse au cercle des médecins généralistes ou au conseil provincial de l'Ordre pour l'aider à trouver un médecin prêt à assumer cette tâche. Le cercle de médecins généralistes peut lui-même se charger de la conservation de ces dossiers, sous la responsabilité de son président. En dernier recours, il incombe au conseil provincial de trouver une solution pour la conservation adéquate des dossiers des patients, afin de garantir la continuité des soins et la préservation du secret professionnel.

Pour les dossiers électroniques, les packs de logiciels agréés doivent prévoir la possibilité de transmettre un fichier complet de dossiers patients à un autre médecin, en cas d'arrêt d'une pratique.

Le développement des moyens informatiques laisse espérer que, à plus ou moins long terme, la possibilité de déposer les documents médicaux dans un coffre-fort électronique sécurisé se substituera à la conservation des dossiers de santé par un médecin individuel. L'Ordre interpellera le pouvoir politique à ce propos.

Note : l'article 20 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoit un règlement de conservation dans le cas où le médecin n'est plus en mesure d'assurer la continuité des soins après l'arrêt définitif de sa pratique, par exemple décès soudain du médecin. Dans une telle situation, la Commission de contrôle prend les dispositions nécessaires pour la conservation adéquate des dossiers des patients. L'Ordre des médecins en est informé et prend les mesures nécessaires. Cette loi entre en vigueur le 1er juillet 2021.

2. Avis du Conseil national

- Arrêt des activités - Conservation et transmission des dossiers d'un médecin généraliste (Avis CN 15 septembre 2018, a162007)
- Accès aux images radiographiques par les praticiens (Avis CN 14 octobre 2017, a159003)
- Arrêt des activités dans l'hôpital - Communication d'éléments du dossier hospitalier au médecin (Avis CN 19 novembre 2016, a155002)
- Délai de conservation des coupes et des blocs de paraffine en anatomie pathologique (Avis CN 17 septembre 2016, a154010)
- Délais de conservation des rapports de garde au sein des postes de garde de médecine générale (Avis CN 17 janvier 2015, a148001)

3. Dispositions légales

- Art. 2262bis du Code civil
- Art. 20, 34 et 35 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, M.B. 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, M.B. 5 septembre 2018
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B. 26 septembre 2002
- Arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre, M.B.

[30 juillet 1999](#) (La loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins a de nouveau été coordonnée le 10 juillet 2008 de sorte que le dossier médical hospitalier est désormais traité à l'article 20 de cette loi.)

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

responsabilité professionnelle du médecin – secret professionnel – continuité des soins – dossier médical – dossier patient – arrêt de la pratique

Article 25

Le médecin respecte le secret médical. Celui-ci vise tous les renseignements qui ont été portés à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession ou à l'occasion de celle-ci. Cette obligation subsiste après le décès du patient.

Le médecin veille au respect du secret professionnel par ses collaborateurs.

1. Généralités

1.1. *Introduction au secret médical*

Le secret médical est au cœur de la relation entre le patient, le médecin (l'équipe de soignants) et la société.

C'est d'abord une question de confiance pour tous : le secret protège non seulement la personne qui s'est confiée au médecin, mais aussi l'ensemble des citoyens pour que chacun puisse solliciter des soins sans crainte d'indiscrétion du corps médical.

Cette obligation de secret vise également à protéger le droit fondamental à la vie privée de la personne qui se confie, parfois dans son intimité profonde.

Toutefois, le secret médical n'est pas absolu : différentes lois le tempèrent, elles prévoient tantôt une obligation, tantôt une possibilité de parler. Par ailleurs, la liberté de la personne, que la loi sur les droits du patient met en valeur, autorise le médecin à tenir compte de la volonté du patient.

En outre, le secret médical peut entrer en concurrence avec d'autres valeurs auxquelles la société attache également une importance. Il n'y a pas de hiérarchie stricte entre les valeurs qui fondent le secret médical et les autres : dans la pratique, il convient de les soupeser en fonction des circonstances et selon un principe de proportionnalité. Il en va ainsi notamment des valeurs liées à la sécurité et à la santé publique, à l'intégrité des mineurs et des personnes vulnérables, à la protection des droits de la défense et à la bonne administration de la justice. Il arrive que la loi elle-même les arbitre, ce qui simplifie le problème, mais pas toujours. L'incertitude qui pèse alors sur la résolution du conflit oblige à trancher entre des exigences contradictoires. À cet égard, la sagesse invite à prendre conseil et à privilégier la concertation avec des confrères avant de prendre une décision.

1.2. *Le contenu du secret*

En sanctionnant la violation du secret médical, l'article 458 du Code pénal ne vise pas seulement les confidences du patient mais aussi tous les renseignements qui ont été portés à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession ou à l'occasion de celle-ci.

Comme l'article 25 CDM 2018 le précise, il s'agit de « tous les renseignements qui ont été portés à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession ou à l'occasion de celle-ci ».

Des informations non strictement médicales mais présentant un rapport raisonnable avec la santé du patient sont ainsi visées : les renseignements financiers, psychologiques, familiaux ou sociaux, pour autant que l'information soit venue à la connaissance du médecin en raison de cette qualité et dans le cadre de l'exercice de la profession.

Si le secret médical s'étend aux faits délictueux dont le patient aurait été l'auteur, la jurisprudence est plus libérale lorsqu'il s'agit de faits dont le patient est la victime.

Cependant, avant de prendre une initiative, mieux vaut toujours essayer d'en parler avec le patient ainsi que de se concerter avec des confrères.

Le médecin poursuivi ne peut se prévaloir du secret professionnel pour échapper aux poursuites en justice : ce secret ne peut être le pavillon de complaisance d'éventuelles fautes. Il s'agirait là d'un détournement de la protection légale.

Le secret médical reste d'application même après le décès du patient et le médecin a le devoir déontologique de veiller à ce que ses collaborateurs respectent la confidentialité.

1.3. *La loi impose ou permet parfois de parler*

La loi peut contraindre le médecin à parler dans des cas spécifiques.

Dans d'autres situations, la loi prévoit la possibilité pour le médecin de parler, sans craindre des poursuites correctionnelles. C'est d'abord le cas lorsqu'il est appelé à comparaître comme témoin en justice, lorsqu'il est entendu par un juge d'instruction ou à la demande de ce dernier. Le médecin n'est toutefois pas obligé de répondre à toutes les questions, il apprécie en conscience et dans l'intérêt du patient ce qu'il y a lieu de dire (il ne peut pas non plus mentir), sachant que, comme pour tout citoyen, sa participation à l'administration de la justice est une chose importante. Le médecin qui témoigne en justice peut uniquement invoquer le droit au silence dans l'intérêt de son patient (art. 28 CDM 2018).

1.4. *Équilibre entre parole et silence*

Il arrive également que le médecin doive passer outre le secret professionnel. C'est le cas, en particulier, de l'état de nécessité. Cet état correspond à la situation dans laquelle se trouve une personne qui, en présence d'un danger grave et imminent, peut raisonnablement estimer qu'il ne lui est pas possible de sauvegarder, autrement qu'en dévoilant une information confidentielle, un intérêt plus impérieux qu'elle a le devoir ou qu'elle est en droit de sauvegarder avant tous les autres (p. ex. le cas d'un patient objectivement dangereux dont le médecin peut craindre qu'il porte atteinte à l'intégrité d'autrui). Si le médecin se trouve dans ce type de situation, il peut parler.

La société attend du médecin qu'il prenne ses responsabilités pour contribuer à protéger les personnes vulnérables.

Il est légalement et déontologiquement autorisé, sur la base du devoir légal d'assistance, de signaler au procureur du Roi des sévices ou maltraitements, à caractère principalement sexuel, qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession au préjudice d'une personne vulnérable (p. ex., un enfant, une femme enceinte, une personne atteinte d'une infirmité) si le praticien se trouve dans l'incapacité de protéger le mineur ou la personne vulnérable, seul ou avec l'aide d'un tiers.

Bien que la loi crée cette possibilité de parler, le médecin doit, en âme et conscience et en fonction des valeurs présentes, apprécier le comportement le plus adapté à la situation à laquelle il est confronté. Il est toujours recommandé que le médecin discute du problème avec l'intéressé (la personne vulnérable) dans la mesure de ses capacités et l'incite à prendre lui-même des initiatives. Si l'intéressé y consent, le médecin consulte un prestataire de soins compétent en la matière ou fait appel à une structure pluridisciplinaire. Le médecin en informe les proches de l'intéressé, uniquement dans son intérêt et avec son consentement.

1.5. *Les relations entre praticiens*

Tout médecin est tenu, à la demande ou avec l'accord du patient, de communiquer à un autre praticien traitant désigné par ce dernier pour poursuivre ou compléter soit le diagnostic, soit le traitement, toutes

les informations utiles et nécessaires d'ordre médical ou pharmaceutique le concernant. Le médecin ne viole donc pas le secret professionnel lorsqu'il transmet des informations à un confrère à la requête ou avec l'accord du patient.

Lorsque la demande ou le consentement du patient ne sont pas disponibles, le partage des informations doit être limité aux informations nécessaires dans l'intérêt du patient et pour autant que les médecins traitent réellement le patient.

2. Avis du Conseil national

- Arrêt des activités - Conservation et transmission des dossiers d'un médecin généraliste (Avis CN 15 septembre 2018, a162007)
- Accès par le médecin-chef de service aux dossiers médicaux des patients pris en charge au sein de son service hospitalier (Avis CN 7 juillet 2018, a162003)
- Capacité du patient à exprimer sa volonté – Attestation (Avis CN 17 mars 2018, a160009)
- Suspicion de maltraitance d'un enfant - Photographie de lésions par un médecin scolaire (Avis CN 16 décembre 2017, a159007)
- Accès aux images radiographiques par les praticiens (Avis CN 14 octobre 2017, a159003)
- Accès au dossier médical du patient décédé en cas de contestation testamentaire (Avis CN 17 décembre 2016, a155011)
- Sécurité des systèmes d'information dans le secteur de l'imagerie médicale (Avis CN 16 janvier 2016, a152002)
- Consultation des dossiers médicaux dans le but de recruter des patients pour des études cliniques (Avis CN 21 novembre 2015, a151002)
- Respect du secret médical et de la vie privée dans le cadre de l'adoption (Avis CN 19 septembre 2015, a150015)
- Respect du secret médical lorsque le médecin apprend que son patient a été victime d'une infraction (Avis CN 4 juillet 2015, a150004)
- Envoi d'un dossier médical résumé en parallèle de la feuille de traitement et d'un aperçu du dossier de vaccination d'un patient pour la plate-forme Vitalink (Avis CN 25 avril 2015, a149001)
- Demande du Fonds des accidents médicaux de transmettre une copie du dossier d'un patient décédé (Avis CN 25 avril 2015, a149002)
- Médecins et médias sociaux (Avis CN 7 février 2015, a148006)
- Projet, dans le cadre d'une expertise judiciaire, d'obtenir toutes les informations relatives au sinistre (Avis CN 7 février 2015, a148005)
- Accès au dossier médical des détenus par les Commissions de surveillance des prisons (Avis CN 20 septembre 2014, a147007)
- Sécurité des données couvertes par le secret professionnel (Avis CN 28 juin 2014, a146003)
- Respect du secret professionnel par le médecin de l'administration de l'expertise médicale (Medex) dans le cadre d'une procédure en justice (Avis CN 22 mars 2014, a145010)
- Aptitude à la conduite d'un véhicule – Obligation de signalement - Co-responsabilité du médecin (Avis 13 juillet 2013, a142005)

- Secret professionnel médical entre les Soins de santé mentale et l’Aide spéciale à la jeunesse (Avis CN 20 avril 2013, a141015)
- Mère positive pour le VIH (Avis CN 9 février 2013, a140022)
- Infirmier atteint de VIH et HCV - Secret professionnel (Avis CN 4 février 2012, a137007)

3. Dispositions légales

- Art. 458, 458*bis* et 458*ter* du Code pénal

4. Informations – Documentations – Liens

- Il existe trois plans de route/codes de signalement (suspensions de mutilations génitales féminines, violences conjugales et violences sexuelles graves) qui aident le médecin à peser le pour et le contre entre parole et silence (www.ordomedic.be).
- DEJEMEPPE, B., « Paroles de médecins - Paroles de juristes : Le secret médical et la justice », CN (a144011), 30 septembre 2013

5. Mots-clés

secret professionnel – devoir de discrétion – collaborateurs du médecin – secret médical – vie privée

Article 26

Le médecin remet au patient les documents médicaux dont il a besoin.

Conscient de la confiance que la société place en sa fonction, le médecin les rédige de façon sincère, objective, prudente et discrète sans mentionner d'éléments relatifs à des tiers.

Le médecin fournit, à la demande du patient, les documents au médecin désigné par le patient.

1. Généralités

1.1. Dans diverses circonstances le patient est tributaire d'une déclaration de son médecin traitant concernant son état de santé ou de l'assistance de celui-ci pour répondre à des questionnaires médicaux afin d'obtenir un avantage social, répondre à une obligation légale, lors d'une expertise ou dans le cadre d'une relation contractuelle.

Répondre, dans les limites de ses compétences et avec objectivité, aux demandes légitimes du patient qui ne peuvent se concrétiser sans la coopération du médecin traitant est un devoir déontologique auquel celui-ci ne peut se soustraire sans motif légitime.

Lorsque le médecin traitant est sollicité par son patient pour remplir des documents en vue de la souscription ou de l'exécution d'un contrat d'assurance, il agit sur mandat de son patient. Il doit se préoccuper de l'intérêt de son patient et l'informer correctement quant aux données médicales que le formulaire requiert.

1.2. Tout certificat, attestation ou déclaration doit être rédigé par le médecin de façon sincère. Attester faussement de manière intentionnelle est passible de poursuites pénales et disciplinaires.

Le médecin doit être rigoureux dans le recueil et l'analyse des éléments sur lesquels il se fonde. Il doit faire preuve d'objectivité, en veillant notamment à ne pas se laisser influencer par des demandes indues. Ses propos doivent être prudents, nuancés et limités à des considérations médicales. Il doit être attentif à la motivation de la demande et au destinataire de l'attestation.

L'attestation doit préciser si elle se fonde sur l'anamnèse par le médecin, l'examen clinique ou sur des documents médicaux (dossier médical), voire les déclarations du patient (attestation dixit).

S'il s'agit d'attester la situation médicale actuelle du patient, l'examen médical et la rédaction du certificat doivent être concomitants ou très rapprochés, sauf situation exceptionnelle d'un état de santé définitif. Par contre, si l'attestation a pour objet d'attester l'état de santé du patient à un moment passé (antérieur à la rédaction), elle peut se fonder sur des éléments médicaux recueillis à ce moment-là. Elle doit toujours être datée du jour de sa rédaction.

Sauf si la loi en dispose autrement, le médecin remet au patient l'attestation le concernant.

1.3. Le médecin est tenu, à la demande ou avec l'accord du patient, de communiquer à un autre praticien traitant désigné par ce dernier pour poursuivre ou compléter soit le diagnostic, soit le traitement, toutes les informations utiles et nécessaires d'ordre médical ou pharmaceutique le concernant.

Le médecin ne viole donc pas le secret professionnel lorsqu'il transmet des informations à un confrère à la requête ou avec l'accord du patient.

2. Avis du Conseil national

– [Tests et certificats de virginité \(Avis CN 16 février 2019, a164002\)](#)

- Demande du patient au médecin traitant de remplir des formulaires médicaux pour la souscription ou l'exécution d'un contrat d'assurance (Avis CN 15 septembre 2018, a162008)
- Communiqué de presse : Certificats médicaux et élections (Avis CN 17 mai 2014, a145016)
- Délivrance pour soi-même d'un certificat de maladie (Avis CN 22 mars 2014, a145011)
- Aptitude à la conduite d'un véhicule – Obligation de signalement - Co-responsabilité du médecin (Avis CN 13 juillet 2013, a142005)
- Délivrance pour soi-même d'un certificat d'incapacité de travail (Avis CN 18 février 2012, a137014)
- Délivrance à soi-même d'un certificat d'incapacité de travail (Avis CN 8 mai 2010, a130018)
- Attestations médicales, attestations dixit et attestations anti-datées (Avis CN 28 juillet 2007, a117017)

3. Dispositions légales

- Art. 33, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015
- Art. 19 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002
- Art. 61 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.* 30 avril 2014

4. Informations – Documentations – Liens

- Infobox INAMI – La réglementation décryptée pour le médecin généraliste (mai 2018, 3^e édition)
- Infobox INAMI – La réglementation décryptée pour le médecin généraliste (janvier 2019, 6^e édition)

5. Mots-clés

incapacité de travail – secret professionnel – prescription électronique – prescription médicamenteuse – attestation médicale – certificat médical – rapport médical – prescription médicale – vie privée – avantage social

Article 27

Le médecin respecte la finalité et la proportionnalité en matière de traitement de données à caractère personnel relatives à la santé.

À la demande du patient ou avec son accord, le médecin transmet les informations et éléments pertinents à un autre professionnel de santé.

1. Généralités

Le médecin recueille et traite des données de santé, lesquelles relèvent d'une catégorie particulière des données à caractère personnel, conformément au Règlement général sur la protection des données. Le médecin prend les mesures nécessaires pour sécuriser ces données et respecte le droit à la vie privée du patient.

Étant donné qu'il s'agit d'informations sensibles, le médecin traite uniquement les données à caractère personnel nécessaires à la réalisation du but pour lequel il les recueille, par exemple la dispensation de soins de santé, l'exercice de la médecine préventive ou du travail, l'appréciation de la capacité de travail de l'employé, etc.

Les données de santé du patient sont uniquement partagées dans le cadre de soins de santé avec d'autres prestataires de soins avec qui le patient a une relation de traitement. Seules les informations nécessaires à la réalisation du but supposé de l'autre prestataire de soins sont communiquées. Les données de santé sont partagées à la demande du (de l'autre) prestataire traitant avec le consentement informé du patient ou à la demande de ce dernier.

Note : l'article 36 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé énonce que les informations utiles et nécessaires peuvent uniquement être communiquées à un autre professionnel des soins de santé moyennant l'accord préalable et éclairé du patient. Cette loi entre en vigueur le 1er juillet 2021.

Le médecin doit envoyer les données de santé à un autre professionnel de santé via un canal sécurisé.

Conformément au Règlement général sur la protection des données, le médecin établit pour l'ensemble de sa pratique un registre de l'activité de traitement dans lequel il décrit les données à caractère personnel qu'il recueille, la raison du traitement, la durée de la conservation et la façon dont il les envoie et les sécurise.

2. Avis du Conseil national

– [Règlement sur la sécurisation des données privées \(RGPD\) \(Avis CN 21 avril 2018, a161003\)](#)

3. Dispositions légales

- Art. 19, 36 à 40 et 75, de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, M.B. 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, M.B. 5 septembre 2018
- Art. 9.3 du Règlement (EU) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)
- Art. 10 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B. 26 septembre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

secret professionnel – consentement (éclairé) – dossier (médical) – secret professionnel partagé – vie privée

Article 28

Le médecin qui témoigne en justice n'invoque le droit au silence que dans l'intérêt de son patient.

1. Généralités

Les praticiens se sentent parfois démunis face aux demandes des autorités judiciaires ou des services de police. Devant ce qui peut être ressenti comme une pression, le médecin est confronté à un dilemme : doit-il communiquer des informations sur son patient ou se taire au risque de s'exposer à des ennuis ?

L'article 458 du Code pénal délie du secret le médecin appelé à témoigner en justice.

Un témoignage en justice est une déclaration faite, le plus souvent oralement, devant un juge d'instruction ou un juge qui statue au fond, et par laquelle on fait état de ce qu'on a constaté ou de ce qu'on sait.

Les services de police, ou le parquet au stade de l'information judiciaire, procèdent souvent à des devoirs consistant à recueillir des déclarations, mais il ne s'agit toutefois pas de « témoignages en justice » au sens de l'article 458 du Code pénal. Dans ce cas, l'obligation au secret prime.

La raison pour laquelle le droit de parole est consacré par la loi est à rechercher dans la valeur que la société attache à la bonne administration de la justice et qui peut peser plus lourd que la valeur attachée au secret médical : les tribunaux, qui ont pour mission de chercher la vérité, sont en droit d'attendre de tout citoyen apte à y contribuer, qu'il y collabore.

Ainsi, lorsque le médecin est appelé à témoigner dans une affaire qui ne le concerne pas, par exemple, en cause d'un de ses patients qui a commis une infraction de roulage, le juge souhaitant vérifier l'état mental de la personne, il a le droit de parler. Si le choix entre se taire ou parler relève de la conscience individuelle, dans la balance des intérêts de la justice et du patient, le silence du médecin qui n'est pas concerné par les faits litigieux ne peut se justifier que parce que l'intérêt du patient lui paraît prépondérant.

Le refus de venir témoigner est sanctionné pénalement. Le médecin doit se présenter devant le juge suite à la convocation qui lui est adressée même s'il ne veut pas lever le secret médical.

Si le médecin est entendu parce qu'il est personnellement mis en cause devant la justice, par exemple, du point de vue de sa responsabilité médicale, la situation est différente. Le droit à un procès équitable est une garantie fondamentale de l'exercice de la justice et le droit de défense du médecin justifie qu'il puisse utiliser l'ensemble des éléments à sa disposition pour contredire les prétentions de son adversaire. La jurisprudence dispense le médecin de respecter le secret professionnel, mais il doit néanmoins veiller à ne faire état d'éléments confidentiels que dans la mesure nécessaire à sa défense.

2. Avis du Conseil national

- Réquisitoire du juge d'instruction (Avis Bureau 28 janvier 2016, a152003-R)
- Respect du secret médical lorsque le médecin apprend que son patient a été victime d'une infraction (Avis CN 4 avril 2015, a150004)
- Secret professionnel – Informations au tribunal relatives à un patient décédé dans le cadre d'une assurance vie (Avis CN 26 novembre 2011, a136002-R)
- Secret médical à l'égard des services de police dans les hôpitaux (Avis CN 8 mai 2010, a130014)
- Infanticide présumé – Secret professionnel (Avis CN 6 février 2010, a129008)

3. Dispositions légales

- Art. 458 [du Code pénal](#)
- Art. 929 [du Code judiciaire](#)

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

responsabilité professionnelle du médecin – secret professionnel – témoignage en justice – vie privée – police – juge – obligation de parole – droit au silence

Article 29

Le médecin qui soupçonne qu'une personne vulnérable est maltraitée, abusée, exploitée, harcelée ou subit des effets d'une négligence fait immédiatement le nécessaire pour protéger cette personne.

Le médecin discute du problème avec l'intéressé dans la mesure de ses capacités et l'incite à prendre lui-même des initiatives. Si l'intéressé y consent, le médecin consulte un prestataire de soins compétent en la matière ou fait appel à une structure pluridisciplinaire. Le médecin en informe les proches de l'intéressé, uniquement dans son intérêt et avec son consentement.

Le médecin qui soupçonne qu'une personne vulnérable est menacée par un danger grave et imminent ou qu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres personnes vulnérables soient victimes de maltraitance ou de négligence peut, dans le cadre de son obligation légale d'assistance, avertir le procureur du Roi lorsqu'il ne peut pas lui-même ou avec l'aide d'autrui protéger l'intégrité physique ou psychique.

1. Généralités

La protection d'une personne vulnérable implique des devoirs à la mesure de la responsabilité sociale du médecin.

La loi n'a envisagé cette question que sous l'angle d'une exception au secret professionnel (art. 25 CDM 2018). Ainsi, l'article 458*bis* du Code pénal permet au médecin de signaler au procureur du Roi des sévices ou maltraitements, à caractère principalement sexuel, qu'il a constatés au préjudice d'un mineur ou d'une personne vulnérable, p. ex., un enfant, une femme enceinte, une personne atteinte d'une infirmité, si le praticien se trouve dans l'incapacité de protéger le mineur ou la personne vulnérable, seul ou avec l'aide d'un tiers.

Les articles 422*bis* et 458*bis* du Code pénal et l'article 29, troisième alinéa, CDM 2018 visent le même but. Lorsque le médecin peut raisonnablement supposer que la personne vulnérable est ou peut être victime de maltraitance ou de négligence, le médecin peut avertir le procureur du Roi lorsqu'il ne peut pas lui-même ou avec l'aide d'autrui protéger l'intégrité physique ou psychique de cette personne. Les soupçons du médecin peuvent être éveillés par des constatations cliniques ou des discussions avec le patient ou des tiers lors de la consultation médicale.

Cette approche binaire, limitée à la question de savoir si le médecin doit se taire ou peut parler, ne rend pas compte de la complexité d'une réalité qui mérite de prendre en considération d'autres possibilités d'action en vue de préserver le climat de confiance qui doit présider à la relation entre le médecin et la personne vulnérable et de respecter le droit à l'autonomie de cette personne.

Du point de vue déontologique, il est recommandé d'envisager d'abord des initiatives autres que répressives et de procéder par étapes avant d'avertir le parquet :

- mettre la personne en sécurité par tous les moyens possibles ;
- assurer les soins adéquats par rapport aux faits de maltraitance constatés ;
- examiner avec la personne si elle est en mesure de prendre des initiatives ;
- consulter, si elle y consent, un prestataire de soins compétent en la matière ou faire appel à une structure pluridisciplinaire ;
- examiner si d'autres personnes courent un risque similaire.

Lorsque le médecin ne peut pas lui-même ou avec l'aide d'autrui protéger l'intégrité physique ou psychique, signaler la situation au procureur du Roi.

À titre d'exemple, il est renvoyé à l'initiative commune, développée en 2018, entre l'Ordre des médecins et le secrétaire d'État à la lutte contre la pauvreté et l'égalité des chances en vue de combattre le risque de mutilation génitale féminine.

2. Avis du Conseil national

- Formulaire : Code de signalement – violences sexuelles (Communiqué de presse CN du 20 mai 2019)
- Codes de signalement relatifs aux mutilations génitales féminines, violences conjugales et violences sexuelles, communiqué de presse CN du 2 mars 2018
- Acceptation par un médecin d'une donation d'un patient (Avis CN 24 février 2018, a160006)
- Suspicion de maltraitance d'un enfant - Photographie de lésions par un médecin scolaire (Avis CN 16 décembre 2017, a159007)
- Proposition de loi relative aux mutilations génitales (Avis CN 16 juillet 2016, a154005)
- Respect du secret médical lorsque le médecin apprend que son patient a été victime d'une infraction (Avis CN 4 juillet 2015, a150004)
- Maltraitance des personnes âgées (Avis CN 14 septembre 2013, a143008-R)
- Dénonciation par le médecin généraliste de mauvais traitements d'enfants (Avis CN 10 décembre 2011, a136016-R)
- Signalement d'une maltraitance d'enfant : le médecin entre la loi et le Code (Avis CN 11 décembre 2010, a132005)

3. Dispositions légales

- Art. 422*bis* et 458*bis* du Code pénal.

4. Informations – Documentations – Liens

- DEJEMEPPE, B., « Paroles de médecins - Paroles de juristes : Le secret médical et la justice », CN (a144011), 30 septembre 2013

5. Mots-clés

autonomie du patient – secret professionnel – intégrité physique – devoir d'assistance – personnes vulnérables – mineurs – mauvais traitement d'un enfant, d'un malade, d'une personne ayant un handicap, d'une personne âgée – état de nécessité – vie privée – procureur du Roi – intégrité psychique – abstention coupable – sécurité du patient – relation de confiance médecin-patient – droit à l'autodétermination du patient

Chapitre 3 - INTÉGRITÉ

Article 30

L'activité médicale est guidée par une réflexion éthique, respectueuse du patient, des tiers et de la société.

Le médecin ne pose aucun acte contraire à la dignité humaine.

Le médecin soigne avec la même conscience tous les patients, sans discrimination.

1. Généralités

L'éthique renvoie à la notion de bien et de juste. Elle concrétise la morale en ce sens qu'elle confronte les règles avec la situation qui est analysée dans son ensemble et dans son contexte.

La réflexion éthique des soignants fait appel à des principes de nature à orienter la décision et le comportement des soignants. Ces principes sont pluriels : le respect de l'autonomie, les principes de bienfaisance et de non-malfaisance, de justice et de sincérité en prenant en compte la vulnérabilité, le besoin de sens, de respect de proportionnalité et d'efficacité. Dans la pratique du médecin, il peut y avoir un conflit entre l'intérêt d'un patient particulier et les intérêts de la société et de tiers. Il importe que la prise de décision s'appuie sur l'analyse de la situation à la lumière de ces principes éthiques.

Pour le philosophe Emmanuel Kant, la notion de dignité humaine est le fait que la personne ne doit pas être traitée comme un moyen mais comme une fin en soi. La déclaration d'Helsinki, élaborée par l'Association médicale mondiale suite aux excès de la Deuxième Guerre mondiale, a introduit la prévalence du bien-être du sujet et des objectifs d'amélioration des méthodes de diagnostic, de traitement et de prévention dans la recherche médicale avec une évaluation précise des risques.

La Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) dispose que nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Un manque de soins adaptés dans le cas d'une personne souffrant d'une maladie grave peut aussi constituer, dans certaines circonstances, une violation de l'article 3 de la CEDH.

Le médecin ne doit jamais admettre des actes de torture ou autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments invoqués et ce dans toutes les situations ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé. Il ne peut jamais y assister ni y participer.

Toute personne a droit à la dignité humaine et à l'intégrité. Dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, cela implique, dans le cadre de la médecine, que le consentement libre et éclairé de la personne concernée doit être respecté, que les pratiques eugéniques sont prohibées, notamment celles qui ont pour but la sélection des personnes, qu'il est interdit de faire du corps humain une source de profit et que le clonage reproductif des êtres humains est interdit.

Le médecin s'interdit toute attitude d'acharnement thérapeutique ou diagnostique, mais il veille en toutes circonstances à soulager au mieux la souffrance de ses patients.

Il veille à ne pas heurter les convictions personnelles de ses patients. Il s'abstient de toute intrusion dans les affaires de famille, sauf lorsque la protection des personnes vulnérables l'impose.

Toute personne a droit à des soins de santé de qualité, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite. Le médecin ne peut dès lors pas faire de discrimination et a le devoir de soigner tout patient, sans distinction d'âge ou de sexe, de conviction

idéologique, philosophique ou religieuse, de race ou d'orientation, et sans distinction de situation patrimoniale de l'intéressé.

Les soins de santé doivent être accessibles à tous. Le patient qui consulte un médecin doit avoir l'assurance que les soins prodigués sont de qualité et sont administrés sans discrimination.

2. Avis du Conseil national

- Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique (Avis CN 27 avril 2019, a165002)
- Tests et certificats de virginité (Avis CN 16 février 2019, a164002)
- Stérilisation dans un but contraceptif d'une personne déficiente mentale (Avis CN 15 novembre 2014, a147012)
- Eugénèse humaine (Avis CN 15 novembre 2003, a103008)

3. Dispositions légales

- Art. 3 et 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne
- Art. 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH)
- Art. 11 et art. 23, al. 3, 2° de la Constitution
- Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, *M.B.* 30 mai 2007
- Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, *M.B.* 18 mai 2004
- Art. 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002
- Loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs, *M.B.* 26 octobre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

- Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale sur les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains
- Principe 10, Principes d'Éthique médicale européenne, Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM)
- Recommandations déontologiques sur les médecines complémentaires et alternatives, Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM)
- Recommandations déontologiques sur le développement professionnel et FMC/DPC, Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM)
- DUPUIS, M., *Le soin, une philosophie*, Seli Arslan, 2013
- FLETCHER, J. C., LOMBARDO, P. A., et SPENCER, E. M., *Fletcher's introduction to clinical ethics*, University Publishing Group, 2005

5. Mots-clés

discrimination – devoirs humanitaires – intégrité du médecin – éthique médicale – réflexion médico-éthique – pratiques indignes – relation de confiance médecin-patient – dignité du patient – Déclaration d'Helsinki

Article 31

Les convictions personnelles du médecin ne peuvent compromettre la qualité des soins à laquelle le patient a droit.

1. Généralités

La qualité et l'accès aux soins ne peuvent pâtir des opinions personnelles (par opposition au jugement professionnel qui relève de la liberté thérapeutique) du médecin.

Le médecin doit adopter une attitude objective, neutre et sans préjugé. Ce n'est que de cette façon que peut naître entre le patient et lui une relation de confiance, fondamentale à des soins de qualité.

Dans le respect de la loi, la clause de conscience objectée à la pratique de certains actes médicaux est acceptable. Dans ce contexte, le médecin a la responsabilité d'informer en temps utile le patient et de l'orienter vers un autre médecin. Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire les collaborateurs médicaux et les autres professionnels des soins de santé doivent également en être informés à temps.

Deux situations retiennent en particulier l'attention.

Le médecin qui refuse de collaborer à une interruption volontaire de grossesse est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention. La loi prévoit qu'il renvoie le patient vers un autre médecin ou un centre d'interruption de grossesse et qu'il transmette le dossier médical au nouveau médecin consulté par la femme.

Le médecin qui refuse de pratiquer une euthanasie est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient. Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie a le devoir déontologique de renvoyer le patient vers un autre médecin. Il a également l'obligation, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

2. Avis du Conseil national

- [Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique \(Avis CN 27 avril 2019, a165002\)](#)
- [Tests et certificats de virginité \(Avis CN 16 février 2019, a164002\)](#)
- [Obligation déontologique de renvoi en cas de refus de pratiquer une euthanasie \(Avis CN 16 septembre 2017, a158004\)](#)
- [Avortement – Consentement des représentants légaux \(Avis CN 23 mars 2013, a141008-R\)](#)
- [Enregistrement de la déclaration anticipée en matière d'euthanasie \(Avis CN 6 mars 2010, a129021-R\)](#)
- [Avis médical dans une situation de fin de vie - Intervention financière \(Avis CN 16 janvier 2010, a129006-R\)](#)
- [Kit euthanasie \(Avis CN 4 juin 2005, a109012\)](#)

3. Dispositions légales

- [Art. 9 de la Convention européenne des droits de l'homme \(CEDH\)](#)
- [Art. 11 de la Constitution](#)

- Art. 2, 7°, de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives, *M.B.* 29 octobre 2018
- Art. 5 de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *M.B.* 17 juillet 2007
- Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, *M.B.* 30 mai 2007
- Loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs, *M.B.* 26 octobre 2002
- Art. 14 de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *M.B.* 22 juin 2002

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

continuité des soins – qualité des soins – convictions personnelles du médecin

Article 32

Si le médecin estime qu'il est impossible de poursuivre une relation thérapeutique ou de réaliser une intervention ou un traitement, il en informe à temps le patient et organise la continuité des soins.

1. Généralités

Le médecin a le droit de se démettre, s'il estime impossible de poursuivre une relation thérapeutique ou d'accepter de nouveaux patients. Il peut également estimer que le problème qui lui est soumis dépasse sa compétence et ses moyens. Il doit dans ce cas proposer l'orientation du patient vers un confrère ou un service spécialisé et mieux adapté (art. 6 CDM 2018).

Le comportement du patient, notamment l'agressivité ou le manque de compliance, peut également amener le médecin à interrompre une relation thérapeutique.

Le médecin peut refuser de poursuivre les soins à un patient après s'être assuré qu'il n'a pas affaire à une pathologie extrêmement urgente. Dans ces situations, il y a lieu d'agir en conscience et de tenir compte du contexte global, dans le respect des exigences contenues dans le CDM 2018. Cela signifie que le médecin doit se concerter avec le patient, et le cas échéant, avec les proches de celui-ci, qu'il doit veiller à la continuité des soins et fournir toutes les informations utiles au médecin qui lui succède. Cela signifie aussi que le médecin doit prendre un certain nombre d'initiatives et organiser la prise en charge, les soins et le traitement ultérieurs.

Le médecin généraliste peut être soumis à des exigences contradictoires : le nombre de demandes de patients et la protection de sa propre santé. Comme stipulé à l'article 10 CDM 2018, le médecin a le devoir déontologique de s'efforcer de maintenir un équilibre entre ses activités professionnelles et sa vie privée. Un médecin surchargé et extrêmement sollicité s'expose à des problèmes de santé et à l'altération de la qualité de ses soins. Il y a un risque de surmenage quand la pression du travail est plus forte que la capacité à l'affronter. Des raisons personnelles, des raisons relatives à la pratique (départ d'un membre du personnel, cessation d'activités de confrères, etc.), ou encore des raisons locales ou régionales (manque de médecins généralistes) peuvent être à la base d'une surcharge de travail. La défection des médecins surmenés augmente en outre la pression de travail sur les autres confrères. Chaque médecin doit organiser sa pratique pour pouvoir garantir la continuité et la permanence des soins et la réponse aux demandes urgentes. Lorsqu'il est décidé d'appliquer une limitation de pratique ou de refuser d'accueillir de nouveaux patients, il faut prévoir une réorientation de ceux-ci selon un plan préalablement établi. Dans les pratiques de groupe, il est conseillé d'organiser si possible ce renvoi en « interne ». Conformément à l'article 13 CDM 2018, tout médecin doit remplacer, dans la mesure du possible, un confrère empêché. Les patients doivent être convenablement informés tant du type de limitation de pratique et du refus d'accueil de nouveaux patients que des possibilités de réorientation (art. 32 CDM 2018).

Par contre, ce refus de prise en charge ne peut être basé sur des exigences concernant les suppléments d'honoraires, comme cela a été rappelé à plusieurs reprises dans les avis du Conseil national. Cette position déontologique exprimée en 2014 est devenue loi en 2016. La législation sur les hôpitaux prévoit explicitement que le patient a droit à la même offre de soins de santé de qualité sur le plan des prestations fournies, du délai dans lequel ces prestations sont offertes et des médecins qui sont actifs à l'hôpital, qu'il choisisse une admission en chambre individuelle, en chambre à deux lits ou en chambre commune. Le choix du type de chambre revient exclusivement au patient. Le médecin ne peut pas influencer ce choix pour faire accepter au patient des conditions financières d'hospitalisation qu'il ne souhaite pas. L'article 30 CDM 2018 enjoint au médecin de soigner tous ses malades avec la même conscience.

2. Avis du Conseil national

- Conditions dans lesquelles un médecin généraliste peut limiter sa pratique et refuser d'accueillir de nouveaux patients (Avis CN 20 octobre 2018, a163003)
- Arrêt des activités - Conservation et transmission des dossiers d'un médecin généraliste (Avis CN 15 septembre 2018, a162007)
- Acceptation par un médecin d'une donation d'un patient (Avis CN 24 février 2018, a160006)
- Refus de soins à un patient au seul motif que celui-ci ne choisit pas une chambre individuelle (Avis CN 24 février 2018, a160008)
- Arrêt des activités dans l'hôpital - Communication d'éléments du dossier hospitalier au médecin (Avis CN 19 novembre 2016, a155002)
- Pratique de certains médecins consistant à imposer au patient, comme condition de sa prise en charge durant une hospitalisation, d'opter pour une chambre individuelle (Avis CN 20 février 2016, a152004)
- Refus du médecin urgentiste de poursuivre les soins (Avis CN 12 mai 2007, a117005)

3. Dispositions légales

- Art. 17 à 20 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Art. 29/1 et 128, 13°, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.* 7 novembre 2008

4. Informations – Documentations – Liens

- Recommandations déontologiques sur le refus de soins, Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM)

5. Mots-clés

continuité des soins – refus d'intervention médicale par le médecin – arrêt de la relation médecin-patient

Article 33

Le médecin détermine ses honoraires correctement et conformément aux prestations réellement fournies.

Le médecin informe au préalable et de manière claire le patient de la façon dont il détermine ses honoraires.

1. Généralités

1.1. *Le médecin fixe correctement ses honoraires sur la base des prestations réellement fournies*

Le médecin a droit à des honoraires ou des rémunérations forfaitaires pour les prestations qu'il a fournies. Des honoraires ne peuvent être demandés que pour les prestations réellement fournies ; le médecin ne peut pas percevoir des honoraires pour un rendez-vous qu'un patient n'a pas respecté. Par contre, il peut réclamer à son patient un dédommagement raisonnable s'il démontre qu'il a subi un dommage à cause du non-respect de ce rendez-vous. Le patient doit avoir été préalablement correctement informé des conditions d'application d'un tel dédommagement en cas d'annulation tardive ou de non-présentation à un rendez-vous. Cette indemnisation doit rester raisonnable et ne peut en aucun cas atteindre le montant des honoraires prévus pour la prestation. Enfin, si le patient a été confronté à des circonstances particulières, il y a lieu de les prendre en considération.

Une attestation de soins donnés doit être conforme à la réalité des prestations effectuées et respecter la nomenclature.

En principe, le médecin fixe librement le montant de ses honoraires. Cette libre fixation peut être limitée par ou en vertu de la loi ou prévue par des statuts ou par des conventions auxquelles le praticien a adhéré.

Le médecin fixe ses honoraires en bonne foi. Il fait preuve d'honnêteté et de modération.

Réclamer des honoraires manifestement trop élevés peut entraîner d'une part des mesures disciplinaires imposées par les conseils provinciaux et d'autre part la modération des honoraires par les tribunaux.

Les conseils provinciaux peuvent arbitrer en dernier ressort les contestations relatives aux honoraires réclamés par le médecin à son client.

1.2. *Le médecin donne au patient une information claire et préalable sur la fixation de ses honoraires*

Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant une information préalable. Il en résulte que le médecin a le devoir d'informer préalablement le patient, notamment des répercussions financières des prestations de soins.

Le médecin informe le patient si les soins proposés (en ce compris les médicaments et les dispositifs médicaux) ne font pas l'objet d'un remboursement dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités.

Le médecin doit également communiquer à ses patients s'il est conventionné. Le médecin partiellement conventionné doit clairement informer ses patients des jours et heures durant lesquels il n'est pas conventionné.

En ce qui concerne les prestations médicales dans un établissement hospitalier, il incombe à l'hôpital de mettre à la disposition de ses patients une liste indiquant si le médecin hospitalier applique les tarifs de l'engagement.

En outre, lors d'une admission à l'hôpital, le patient doit être informé conformément à l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital.

Le médecin dispense des informations sur ses honoraires ainsi que sur le choix et les coûts des implants et prothèses.

Enfin, il est important que le médecin essaye d'éviter la discrimination liée aux moyens financiers. Dans ce cadre, il est contraire à la déontologie médicale de refuser, en tant que médecin, des soins à un patient parce que celui-ci n'opte pas pour une chambre individuelle.

La situation financière précaire du patient ne peut empêcher le médecin de lui dispenser l'aide médicale nécessaire.

2. Avis du Conseil national

- Facturation de suppléments d'honoraires par des médecins déconventionnés (Avis CN 21 avril 2018, a161001)
- Acceptation par un médecin d'une donation d'un patient (Avis CN 24 février 2018, a160006)
- Information du patient concernant son état de santé et les soins qui lui sont proposés (Avis CN 6 mai 2017, a157006)
- Refus de quelques médecins de prendre en charge les patients qui optent pour une chambre double (Communiqué de presse CN 7 février 2015, a148003)
- Devoir d'information du patient par le médecin concernant les honoraires médicaux (Avis CN 22 février 2014, a145004-R)
- Honoraire forfaitaire de prise en charge personnalisée en chambre double ou en chambre commune (Avis CN 22 février 2014, a145002-R)
- Honoraires médicaux pour des soins donnés à des proches, des confrères ou des collaborateurs (Avis CN 25 mai 2013, a141018-R) et (Avis CN 25 mai 2013, a141019)
- Avis d'un médecin par téléphone - Honoraires (Avis CN 7 juin 2008, a121005)
- Rendez-vous manqué (Avis CN 17 septembre 1994, a066007)

3. Dispositions légales

- Art. 35 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015
- Arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital, *M.B.* 14 juillet 2004
- Art. 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002
- Art. 6, 5°, de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.* 14 novembre 1967

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

tiers payant – honoraires – attestation de soins donnés – INAMI – assurance maladie

Article 34

Le médecin place les intérêts du patient et de la collectivité au-dessus de ses propres intérêts financiers.

Sauf si la loi l'y autorise, le médecin ne peut pas vendre ou produire des médicaments. Il ne peut pas non plus vendre ou louer des dispositifs médicaux ou produits de santé, ni contribuer à leur promotion commerciale.

1. Généralités

L'article 10 CDM 1975 précisait que « l'art médical ne peut en aucun cas ni d'aucune façon être pratiqué comme un commerce ». Cet article a disparu dans le CDM 2018 dans un contexte où le Code de droit économique prévoit que le médecin est un entrepreneur et qu'il peut faire faillite.

Il n'en persiste pas moins qu'il existe une incompatibilité entre l'esprit commercial et l'esprit médical : dans un contexte commercial, il est normal d'augmenter la production, de faire de la publicité, de recevoir des participations ou des commissions, de multiplier les points de vente. En un mot, de poursuivre des intérêts purement matériels.

En médecine, le patient doit pouvoir être assuré que les examens pratiqués et les traitements prescrits se limiteront à ce qui est nécessaire à ses soins et *in fine* à sa guérison. Tout accord ou convention d'un médecin plaçant son intérêt (financier) personnel au-dessus de celui de son patient est donc répréhensible. Aussi, la dichotomie, sous quelque forme que ce soit, et avec qui que ce soit, est toujours sévèrement condamnée.

Le Conseil national a ainsi examiné la situation de certains médecins-chefs d'institutions hospitalières auxquels le pouvoir organisateur proposait une rémunération liée aux résultats de l'exploitation de l'hôpital. Il a considéré qu'une partie du résultat d'exploitation d'un hôpital se composant de retenues sur les honoraires des médecins, une rémunération avec « *success fee* » devait être considérée comme constituant une forme de dichotomie et qu'elle devait, par conséquent, être rejetée. La Cour de cassation a estimé qu'était interdite la convention prévoyant une participation dans les gains, au profit d'un médecin, à l'occasion de prestations accomplies par d'autres personnes (arrêt du 28 avril 1987). Bien qu'en partie accepté par les avocats, le « *success fee* » n'est déontologiquement pas acceptable pour les médecins.

La pratique de la médecine est un métier et le médecin a droit à une juste rémunération.

La vente d'un médicament par un médecin est interdite, sauf exception légale.

Un médecin ne peut à la fois être praticien de l'art médical et fabricant ou distributeur de médicaments, de prothèses ou d'appareils médicaux.

La loi prévoit que relèvent exclusivement de l'art pharmaceutique la préparation, l'offre en vente, la vente au détail et la délivrance de médicaments.

L'article 6, § 2, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé prévoit les circonstances exceptionnelles où le médecin est autorisé à délivrer des médicaments (notamment les échantillons). La loi s'oppose à ce qu'un médecin s'approvisionne en médicaments qu'il fournit ensuite à son patient.

En ce qui concerne la promotion de médicaments, le Conseil national s'est fait l'écho de l'avis commun des académies de médecine de Belgique qui rappelle les devoirs des médecins présentés comme « leaders d'opinion » dans la presse et en particulier dans la presse diffusée gratuitement au corps

médical. Il convient que ces médecins ne se laissent pas influencer par l'industrie pour transmettre des messages non fondés sur des preuves scientifiques. Certaines revues n'établissent parfois pas de distinction entre les données scientifiques et la publicité.

2. Avis du Conseil national

- Promotion d'un médicament (Avis CN 4 février 2019, a112004)
- L'usage off label de médicaments fournis par le médecin lors d'une consultation (Avis CN 16 juillet 2016, a154003)
- Problématique de la fourniture de médicaments par un médecin (Avis CN 16 juillet 2016, a154002)
- La prescription de médicaments « off-label » (Avis CN 26 juin 2010, a130029)
- Participation du médecin-chef au résultat d'exploitation d'un hôpital (Avis CN 12 mai 2007, a117004)
- Relations entre médecins et entreprises en Belgique - Avis commun des académies royales de médecine (Avis CN 16 novembre 2002, a099007)
- La commercialisation de la médecine (Avis CN 1^{er} janvier 1978, a027001)

3. Dispositions légales

- Art. 6, 22, 35 et 38 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015

4. Informations – Documentations – Liens

- *Relations entre médecins et entreprises en Belgique, avis commun des académies royales de médecine, 16 novembre 2002*

5. Mots-clés

commercialisation de la médecine – avantage financier – promotion des médicaments, dispositifs médicaux, produits de santé – vente de médicaments, dispositifs médicaux, produits de santé

Article 35

Le médecin n'a pas de droit de rétention sur les données médicales ou sur le dossier patient en cas de non-paiement des honoraires.

1. Généralités

Le non-paiement des honoraires et le dossier médical sont deux choses qui ne se comparent pas. Une ligne claire de démarcation entre ces deux éléments doit être tracée : en cas de dette d'honoraires du patient, le médecin n'a pas le droit de retenir les informations médicales dont il dispose.

Le dossier médical n'est pas un bien susceptible d'appropriation au sens du droit civil. Il est d'ailleurs hors commerce. Du seul point de vue juridique, le droit de rétention du dossier médical n'est donc pas admissible.

Une telle attitude de rétention est en outre susceptible de compromettre la santé du patient dont le droit à la continuité des soins ne saurait être mis en balance avec la dette qu'il a contractée à l'égard d'un médecin.

Enfin, la loi relative aux droits du patient confère au patient le droit de consulter son dossier médical et d'en obtenir une copie (les frais de copie pouvant être mis à charge du patient). Ce droit ne peut pas être neutralisé par la circonstance que le patient reste en défaut d'avoir réglé les honoraires du médecin.

2. Avis du conseil national

- Refus de soins à un patient au seul motif que celui-ci ne choisit pas une chambre individuelle (Avis CN 24 février 2018, a160008)
- Interprétation de l'article 45 du Code de déontologie médicale 1975 (Avis CN 14 novembre 1998, a083009)
- Honoraires pour un rendez-vous non respecté (Avis CN 17 janvier 1998, a080011)
- Rendez-vous manqué (Avis CN 17 septembre 1994, a066007)

3. Dispositions légales

- Arrêté royal du 2 février 2007 fixant le montant maximal par page copiée pouvant être demandé au patient dans le cadre de l'exercice du droit d'obtenir une copie du dossier de patient le concernant, *M.B.* 7 mars 2007
- Art. 7 et 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

propriété du dossier médical – honoraires

Article 36

Le médecin déclare de manière spontanée et transparente ses liens d'intérêt susceptibles de générer un doute quant à son indépendance.

1. Généralités

Le médecin doit s'interroger s'il est ou peut être influencé lors de la prise de décision par la fonction qu'il exerce au sein d'une structure ou par les partenaires avec lesquels il collabore, en particulier l'industrie pharmaceutique.

Le médecin examine si la combinaison des mandats et/ou fonctions qu'il exerce donne lieu à un conflit d'intérêts. À titre d'exemple, le Conseil national a considéré que le cumul des fonctions de médecin-chef et de médecin-chef de service au sein d'une institution hospitalière est incompatible, notamment en raison de la présence du risque de conflit d'intérêts.

En outre, le médecin se préserve de l'influence de tiers lors de la prise de décisions médicales, en particulier de l'influence du secteur pharmaceutique. Les avantages économiques que le médecin prescripteur ou chirurgien reçoit d'un tiers ne peuvent aucunement être en conflit avec la qualité des soins vis-à-vis du patient.

Pour garantir la relation de confiance entre le médecin et le patient et pour continuer à garantir la confiance de la société dans le secteur des soins, le médecin est déontologiquement tenu de communiquer spontanément et en toute transparence les conflits d'intérêts (parfois inévitables) qui peuvent compromettre l'indépendance de son jugement.

Les médecins ayant un mandat au sein d'un organe de l'Ordre doivent aussi se demander si les mandats qu'ils exercent ailleurs sont compatibles avec leur fonction ordinale. Ils doivent notifier tout conflit d'intérêts et s'abstenir pendant leur mandat de cumuls incompatibles.

2. Avis du Conseil national

- [Acceptation par un médecin d'une donation d'un patient \(Avis CN 24 février 2018, a160006\)](#)
- [Cumul des fonctions de médecin-chef et de médecin-chef de service au sein d'une institution hospitalière \(Avis CN 21 janvier 2017, a156002\)](#)
- [Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage \(Avis CN 23 octobre 2010, a131016\)](#)
- [Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage \(Avis CN 5 juin 2010, a130020\)](#)
- [Cumul de la fonction de médecin spécialiste en médecine aiguë et de celle de médecin généraliste \(Avis CN 6 février 2010, a129011\)](#)
- [Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage \(Avis CN 19 décembre 2009, a128004\)](#)
- [Cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre \(Avis CN 5 septembre 2009, a127006\)](#)
- [Incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital \(Avis CN 20 décembre 2008, a123018\)](#)

3. Dispositions légales

- Art. 10 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, *M.B.* 17 avril 1964

4. Informations – Documentations – Liens

- [Recommandations déontologiques sur les conflits d'intérêts, Conseil européen Ordres des médecins \(CEOM\)](#)

5. Mots-clés

conflits d'intérêts du médecin – incompatibilité des mandats – indépendance du médecin

Article 37

Le médecin peut porter son activité médicale à la connaissance du public.

Les informations données, quelle qu'en soit la forme, doivent être conformes à la réalité, objectives, pertinentes, vérifiables, discrètes et claires. Elles ne peuvent pas être trompeuses ni inciter à des prestations médicales superflues.

Le médecin s'oppose à toute publicité de son activité médicale par des tiers qui ne respectent pas les dispositions du précédent alinéa.

1. Généralités

1.1. *Publicité relative à son activité médicale*

Le droit du médecin à faire de la publicité découle de la réglementation européenne et nationale relative au droit de la concurrence. On entend par publicité toute forme de communication faite par un médecin ou un tiers en faveur du médecin, dans le but de promouvoir ses services ou de valoriser son image, hors campagne de promotion de la santé publique.

Les limitations du droit du médecin à faire de la publicité se justifient soit en vertu d'une réglementation légale, soit sur la base de raisons contraignantes d'intérêt général. Ces limitations doivent être propres à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi et ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre.

Les informations diffusées par le médecin ou en son nom doivent être conformes à la déontologie médicale et aux règles professionnelles en vigueur, en particulier l'indépendance, la dignité et l'intégrité de la profession ainsi que le secret professionnel. L'information donnée est véridique, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire.

Il est loisible au médecin de demander l'avis du conseil provincial sur ces aspects.

1.2. *Restrictions déontologiques*

Sont notamment interdits :

- toute forme de publicité trompeuse ;
- un tarif comparatif des honoraires ;
- l'incitation à la réalisation d'investigations ou de traitements superflus ;
- les publications, les conférences et autres communications sans caractère scientifique ou qui poursuivent un but commercial ;
- la publication de témoignages de patients ;
- la communication de données couvertes par le secret médical ;
- l'utilisation d'outils visant à identifier ou à profiler les visiteurs d'un site Internet à leur insu ;
- la promotion commerciale de médicaments et d'autres produits de santé.

1.3. *Opposition à toute publicité de son activité médicale par des tiers*

Le médecin doit s'opposer à toute publicité de son activité médicale par des tiers si celle-ci relève des restrictions susmentionnées.

1.4. *Respect de l'intégrité physique et psychique du patient*

Lorsque des patients sont impliqués dans une information médiatique, le médecin doit respecter leur vie privée et leur dignité. Il doit s'assurer que les patients sont complètement informés et qu'ils consentent

librement à cette collaboration. L'intégrité physique et psychique du patient doit être respectée à tout moment.

2. Avis du Conseil national

- Publicité faite pour la réalisation d'échographies 3D/4D de fœtus in utero, à des fins non médicales (Avis CN 16 juillet 2016, a154004)
- Médecins et médias numériques (Avis CN 7 février 2015, a148006)
- Collaboration de médecins avec des centres de beauté, de bien-être et de soins (Avis CN 17 janvier 2015, a148002)
- Émission télévisée – Publicité (Avis CN 22 février 2014, a145009-R)
- Publicité de médecins par le site Internet www.vlazoem.be (Avis CN 29 octobre 2011, a135012)
- La plateforme internet www.verbeterjezorg.be – Complément (Avis CN 29 octobre 2011, a135009)
- Adaptation des recommandations du Conseil national des 21 septembre 2002 et 17 janvier 2004 relatives à la gestion de sites Internet par des médecins (Avis CN 1^{er} octobre 2005, a110008)
- La participation de médecins à un programme de télé-réalité/docu-soap (Avis CN 16 juin 2005, a109015)
- Placement d'appareils vidéo dans les salles d'attente des médecins par une firme pharmaceutique. Publicité (Avis CN 19 juin 2004, a105002)
- Sites Internet de médecins (Avis CN 17 janvier 2004, a104001)
- Publicité - Enseigne lumineuse pour les médecins (Avis CN 15 février 2003, a100004)

3. Dispositions légales

- Art. 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne
- Art. 64 de la loi 30 octobre 2018 portant des dispositions diverses en matière de santé, *M.B.* 28 décembre 2018
- Directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions
- Chapitre 6/1 de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes, *M.B.* 2 juillet 2013
- Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles
- Code de droit économique, livres IV et VI

4. Informations – Documentations – Liens

- Recommandations déontologiques sur l'information et la publicité, Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM)

5. Mots-clés

activités professionnelles du médecin – publicité par le médecin – publicité par des tiers – publicité

Article 38

Lorsque le médecin communique publiquement, il le fait avec objectivité et dans le respect de la déontologie.

Lorsqu'un médecin et un patient participent ensemble à une information via les médias, le médecin s'assure que le patient a été clairement informé et que sa participation a été librement consentie. Il veille au respect de la vie privée et de la dignité du patient.

1. Généralités

L'information médicale de la population émanant à titre principal des médias, il est justifié que le corps médical prête son concours à ces initiatives. S'il est souhaitable de parler à la presse en vue d'informer le public, il y a lieu d'être vigilant pour que cette information soit conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire. Elle ne peut en aucun cas être trompeuse.

Si des patients participent avec le médecin à ces contacts avec les médias, le médecin doit s'assurer que ces patients ont été informés de façon précise, que leur consentement a été obtenu et que leur dignité est respectée.

Lorsqu'il participe à une émission de télévision, le médecin veille à informer le public avec la discrétion nécessaire, honnêtement, clairement et objectivement. Le médecin n'apporte sa collaboration aux médias qu'à la stricte condition de respecter le secret professionnel et de veiller à ce que son intervention ne se transforme pas en consultations individuelles ni en publicité personnelle.

En ce qui concerne la communication par les membres de l'Ordre, le Conseil national de l'Ordre des médecins a établi des règles de bonne conduite dans les relations avec les médias (publication ou communication). Les vice-présidents du Conseil national, chacun dans leur langue, sont les porte-parole de ce Conseil quand il s'agit de répondre en temps réel à l'interpellation d'un média.

Au niveau des conseils provinciaux, le Conseil national estime indiqué que ce soit le président, ou en son absence le vice-président, qui assume ce rôle, en respectant le secret professionnel. Ils agissent avec prudence et rendent compte de leurs interventions à leur Conseil. Ils s'abstiennent de tout commentaire à propos d'une procédure disciplinaire.

Les anciens membres d'un organe de l'Ordre des médecins ne peuvent s'exprimer qu'à titre personnel.

Dans son avis du 7 février 2015, le Conseil national a développé les règles déontologiques concernant l'utilisation des nouveaux médias.

Elles traitent notamment de :

1. la gestion de sites Internet par des médecins ;
2. l'utilisation des médias sociaux ;
3. le contact en ligne entre le médecin et le patient.

2. Avis du Conseil national

- Médecins et médias numériques (Avis CN 7 février 2015, a148006)
- Publication dans ou communication avec les médias par un membre ou un ancien membre d'un organe de l'Ordre (Avis CN 19 janvier 2013, a140002)
- Participation des médecins à des émissions de télévision et des articles parus dans la presse (Avis CN 16 juillet 2011, a134009)

- Le médecin et la presse écrite (Avis CN 20 septembre 2008, a122004)
- Publicité - Nouveau service hospitalier, nouvel appareillage diagnostique ou thérapeutique (Avis CN 24 juin 2006, a113002)
- Publicité et médecine hospitalière (Avis CN 18 février 1995, a068024)

3. Dispositions légales

- Loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes, *M.B.* 2 juillet 2013
- Art. 30 de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.* 14 novembre 1967
- Code de droit économique, Livre VI. Pratiques du marché et protection du consommateur

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

médias - promotion de la santé – éducation et informations sanitaires – vie privée – publicité – santé publique

Chapitre 4 - RESPONSABILITÉ

Article 39

Le médecin donne les soins requis à une personne en danger, en respectant les mesures de sécurité nécessaires pour lui-même et pour les autres.

1. Généralités

Le médecin a une obligation déontologique de traitement et de soins.

En particulier tout médecin, quelle que soit sa spécialité ou sa fonction, doit porter secours à une personne en danger grave et imminent.

Cela ne signifie pas qu'il doive faire abstraction de sa propre sécurité ni de celle des autres.

Le dilemme auquel le médecin est confronté, entre son devoir d'humanité d'apporter des soins et la protection de son intégrité, ne doit pas être réduit à définir la valeur qui prédomine. Il requiert une approche visant à répondre à ces deux impératifs.

L'obligation de traitement va de pair avec la préservation maximale de la sécurité et de l'avenir du médecin ainsi que de ceux de ses proches, par des mesures d'hygiène, sanitaires et sociales adéquates (assurances maladie, invalidité ou décès, etc.). Ces mesures sont à charge du médecin concerné, mais également de l'institution de soins et de la société.

La formation professionnelle, le développement d'une infrastructure adaptée, l'élaboration de stratégies préventives, une juste répartition des risques, transparente, professionnelle et élaborée avec tous les intéressés sont des mesures justifiées par le respect, l'équité et la solidarité à l'égard des professionnels de santé soumis à un risque pour leur intégrité dans l'exercice de leur profession.

L'infraction pénale d'abstention coupable requiert que la personne qui n'a pas porté secours à une autre en danger grave et imminent, pouvait le faire sans craindre pour sa propre sécurité.

Note : l'article 39 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé énonce que « lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant au consentement du patient concernant l'accès du professionnel des soins de santé aux données à caractère personnel relatives à la santé du patient, le professionnel des soins de santé, en vue de dispenser les soins de santé nécessaires dans l'intérêt du patient, a accès aux données ». Cette loi entre en vigueur le 1er juillet 2021.

2. Avis du Conseil national

- [Attaque violente d'un médecin généraliste par un patient \(Avis CN 18 août 2016, a154006\)](#)
- [Constitution d'un point de contact national pour les agressions commises à l'encontre des médecins \(Avis CN 21 mai 2016, a153006\)](#)
- [Violence à l'égard des médecins et des autres professionnels de la santé \(Avis CN 16 avril 2016, a153001\)](#)
- [Risque d'abstention coupable – Ebola \(Avis CN 24 janvier 2009, a147015\)](#)
- [L'obligation de traitement \(Avis CN 15 novembre 2014, a125001\)](#)
- [Listes de noms de patients considérés comme potentiellement dangereux pour le médecin de garde. Avis de la Commission de la vie privée \(Avis CN 4 février 2006, a112005\)](#)

3. Dispositions légales

- Art. 39 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Art. 422*bis* du Code pénal

4. Informations – Documentations – Liens

5. Mots-clés

obligation de traitement – épidémie – devoir d’assistance – situation d’urgence – pandémie – abstention coupable – sécurité du médecin – sécurité du patient

Article 40

Le médecin collabore aux plates-formes d'accès aux données de santé mises en place ou validées par l'autorité publique.

1. Généralités

L'accès par le médecin aux données de santé actualisées du patient, recueillies par lui-même et par les autres confrères et professionnels des soins de santé qui prennent en charge le patient, est nécessaire pour la dispensation de soins de qualité. Il est du devoir du médecin de consulter le dossier du patient s'il y a accès.

La mise à disposition de ces données permet en outre de prévenir la répétition inutile d'exams.

Cet accès nécessite l'existence d'une relation thérapeutique entre le patient et le médecin qui doit respecter notamment les principes de proportionnalité et de finalité chaque fois qu'il utilise les données de santé de son patient.

La mise à disposition des données de santé se fait en concertation avec le patient qui a le droit de savoir qui peut consulter ses données.

L'opposition du patient au partage de ses données de santé actualisées, pertinentes et nécessaires peut porter préjudice à la qualité des soins et à la protection de la santé publique. Il faut rechercher avec le patient un équilibre entre les impératifs du respect de la vie privée et du secret professionnel, d'une part, et la qualité des soins et la protection de la santé publique, d'autre part.

Le partage des données nécessite l'utilisation d'une plate-forme correctement sécurisée qui permette notamment une traçabilité des accès.

2. Avis du Conseil national

- Proposition de plan d'action global - Disponibilité permanente des données de santé (Avis CN 15 juillet 2017, a158001)
- Réflexion déontologique et médico-éthique sur l'utilisation de e-Health et m-Health au sein du monde de la santé (Avis CN 21 mai 2016, a153005)
- Sécurité des systèmes d'information dans le secteur de l'imagerie médicale (Avis CN 16 janvier 2016, a152002)
- Consultation directe par le patient de son dossier médical électronique (Avis CN 19 septembre 2015, a150010)
- Envoi d'un dossier médical résumé en parallèle de la feuille de traitement et d'un aperçu du dossier de vaccination d'un patient pour la plate-forme Vitalink (Avis CN 25 avril 2015, a149001)
- Délais de conservation des rapports de garde au sein des postes de garde de médecine générale (Avis CN 17 janvier 2015, a148001)

3. Dispositions légales

- Art. 40 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019. Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
- Loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions, *M.B.* 13 octobre 2008

4. Informations – Documentations – Liens

- [Vitalink](#)
- [RSW](#)
- [Abrumed](#)
- [BelRAI](#)
- [esanté](#)
- [DMI](#)
- [Sumehr](#)

5. Mots-clés

secret professionnel – disponibilité des données de santé – consentement (éclairé) – plate-forme e-health – m-health – relation de confiance médecin-patient

Article 41

Le médecin utilise de façon responsable les ressources mises à disposition par la société.

Le médecin ne pratique pas d'examens, traitements et prestations inutilement onéreux ou superflus, même à la demande du patient.

1. Généralités

Le médecin s'efforce d'utiliser de la meilleure façon possible les ressources de santé au bénéfice des patients et de la collectivité.

Le médecin répond de ses choix médicaux à l'égard du patient (sur le plan individuel) et à l'égard de la société (sur le plan collectif).

Dans l'exercice de sa liberté thérapeutique, il doit prendre en considération la protection de la santé publique et l'utilisation optimale des ressources de la collectivité, lesquelles sont limitées, dans une perspective de solidarité et d'équité.

L'intervention ou non de l'assurance-maladie dans le paiement des honoraires ou des médicaments ne justifie jamais de pratiquer des examens, traitements et prestations inutilement onéreux ou superflus.

2. Avis du Conseil national

- [Utilisation médicale justifiée de l'échographie 3D \(Avis CN 21 avril 2012, a138009\)](#)
- [Promotion de médicaments génériques \(Avis CN 18 août 2001, a094001\)](#)
- [L'avenir des soins de santé en Belgique - Pistes de réflexion et suggestions \(Avis CN 15 avril 2000, a089004\)](#)
- [Répétition d'examens préopératoires \(Avis CN 15 juin 1991, a053016\)](#)

3. Disposition légales

- [Art. 73 et 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. 27 août 1994](#)

4. Informations – Documentations – Liens

- [Déclaration de Genève de l'Association médicale mondiale \(AMM\)](#)
- [Manuel d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale \(AMM\)](#)

5. Mots-clés

liberté diagnostique et thérapeutique – surconsommation – sécurité sociale – autonomie professionnelle – responsabilité sociale du médecin – responsabilité thérapeutique

Article 42

Le médecin traitant informe adéquatement et selon les conditions légales le médecin de l'organisme assureur de l'état de santé du patient qui sollicite un avantage social. Le médecin de l'organisme assureur prend en considération toutes les informations qu'il a reçues et qui lui sont accessibles lors de sa prise de décision.

1. Généralités

« *Médecin-conseil* » est la dénomination légale du médecin d'assurance dans l'assurance obligatoire (article 153, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994). Ses compétences et devoirs sont décrits dans la loi et ses arrêtés d'exécution. Il est assermenté, et ses décisions peuvent uniquement être contestées et levées par le tribunal du travail.

« *Médecin-inspecteur* » est une fonction définie par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Il est assermenté. Il a une fonction d'examen et de conseil (Service des soins de santé (SSS), Service des indemnités, SPF, etc.) et, dans certains cas, une compétence de constatation (Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)).

« *Médecin-contrôleur* » est le médecin qui, pour le compte d'un employeur, contrôle l'impossibilité pour un travailleur de fournir son travail par suite de maladie ou d'accident (loi du 13 juin 1999 relative à la médecine de contrôle).

De nombreux médecins ont uniquement une compétence d'avis (compagnies d'assurances, experts, notamment) que l'on appelle conseillers-médecins / sapiteurs.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur, médecin-conseil de mutuelle, est le médecin assermenté visé aux articles 153 et 154 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (médecin-conseil de l'organisme assureur).

Les médecins des autres organismes ou compagnies d'assurances font l'objet de l'article 43 CDM 2018.

Des éléments du dossier médical du patient peuvent être utilisés pour évaluer les conditions d'obtention d'un avantage social, dans le respect des règles en matière de secret professionnel.

À la demande du patient, le médecin traitant remplit correctement les documents nécessaires à l'obtention d'un tel avantage. Le médecin traitant doit se préoccuper de l'intérêt de son patient et l'informer quant aux données médicales que le formulaire requiert.

Si l'évaluation par le médecin-conseil est guidée par des critères d'appréciation, ce médecin doit garder son autonomie professionnelle et son indépendance décisionnelle.

L'évaluation doit être faite sur la base d'informations pertinentes et vérifiables. Le dossier doit être constitué avec méticulosité et objectivité ; il doit être complet et précis.

Si le médecin de l'organisme assureur n'a pas suffisamment d'éléments pour prendre sa décision, il doit demander au patient de fournir des informations complémentaires et peut prendre contact avec son médecin.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur a également pour mission de conseiller et d'informer les assurés sociaux afin que les soins et les traitements les plus adéquats leur soient dispensés.

La déclaration d'incapacité de travail au médecin-conseil de la mutualité est constituée d'un certificat médical qui précise la cause et les dates de début et de fin d'incapacité. Le médecin-conseil de la mutuelle fixe la durée de l'incapacité primaire qui donne droit aux indemnités légales.

Le médecin traitant peut juger devoir accompagner son patient en cas d'évaluation par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI (CMI).

La relation entre le médecin et le patient est basée sur le respect et la confiance. Le fait d'exclure le patient d'une discussion qui le concerne est un manque de considération, préjudiciable à son autonomie et induit la suspicion. Rien ne justifie l'exclusion du patient de la discussion entre les médecins.

2. Avis du Conseil national

- Présence de la personne dont l'état de santé fait l'objet de l'expertise lors de la discussion entre les médecins experts et conseils, dans le cadre d'une expertise médicale amiable ou judiciaire contradictoire (Avis CN 6 mai 2017, a157007)
- Incompatibilité entre le rôle du prestataire de soins ayant une relation thérapeutique et le rôle de médecin-conseil, contrôleur ou expert (Avis CN 8 avril 2017, a157002)

3. Dispositions légales

- Art. 458 du Code pénal
- Circulaire de l'INAMI du 21 décembre 2015 « Nouveau certificat de déclaration d'incapacité de travail »
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002
- Loi du 13 juin 1999 relative à la médecine de contrôle, *M.B.* 13 juillet 1999
- Art. 153 et 154 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, *M.B.* 27 août 1994
- Arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 portant le statut et le barème des médecins-conseil chargés d'assurer auprès des organismes assureur le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

4. Informations – Documentations – Liens

- Intervention du 11 mars 2017 du professeur Jean-Jacques Rombouts, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, relative à la régularisation médicale, devant la commission de l'Intérieur, des Affaires générales et de la Fonction publique – application de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980
- Avis de la Commission fédérale « Droits du patient » concernant la médecine de contrôle et d'expertise, 21 juin 2013
- <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/conseil-medical-invalidite.aspx>
- <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/Pages/default.aspx>
- <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/Pages/centre-expertise.aspx>
- <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/default.aspx>
- <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/controle/Pages/default.aspx>

– <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/salaries-chomeurs/Pages/controle-medical-incapacite-travail.aspx>

5. Mots-clés

médecin conseil – incapacité de travail – médecin traitant – secret professionnel – rapport médical – attestation médicale – INAMI – avantage social – sécurité sociale – mutuelle – assurance maladie

Article 43

Le médecin chargé d'une mission d'expert, de médecin conseil ou de médecin contrôleur l'exécute conformément aux règles légales et aux principes déontologiques, dans le respect du patient et des limites propres à sa mission et à sa fonction. Ces tâches sont incompatibles avec celles de médecin traitant.

Le médecin traitant peut assister son patient dans ces procédures comme médecin conseil de celui-ci.

Le médecin précise préalablement à quel titre il agit.

1. Généralités

L'évaluation de l'état de santé d'une personne relève de l'art médical et entre dans le champ d'application de la loi relative aux droits du patient.

Le médecin doit toujours accomplir sa mission avec indépendance et objectivité ; ses conclusions médicales sont rédigées en liberté et en conscience.

Le médecin chargé d'une mission d'évaluation doit préalablement faire connaître au patient sa qualité, sa mission et les personnes qui auront accès aux données qu'il collectera.

L'évaluation est réalisée à la demande du patient, d'un tiers (autorité publique ou personne privée) ou sur la base de la loi. Elle intervient dans un cadre judiciaire ou extra-judiciaire (amiable ou unilatérale).

Les médecins amenés à y procéder ont des missions différentes, certaines étant légalement définies.

Il est nécessaire que l'évaluateur ait une compétence suffisante dans le domaine soumis à son appréciation. Le recours à l'avis complémentaire de sages (experts spécialisés) s'impose si la problématique est éloignée de la formation professionnelle du praticien.

Les experts judiciaires sont soumis à un code de déontologie spécifique.

Lorsque l'évaluation de l'état de santé est réalisée à la demande du patient, elle peut être le fait d'un médecin de recours (usuellement appelé médecin-conseil) choisi par le patient pour le représenter et défendre ses intérêts. Ce médecin peut être le médecin traitant du patient. Par ailleurs, tout médecin traitant qui rédige un certificat médical ou remplit les documents nécessaires à l'obtention d'un avantage social ou contractuel procède *stricto sensu* à une évaluation médicale (art. 26 CDM 2018).

La déontologie médicale s'oppose au cumul du rôle de prestataire de soins ayant une relation thérapeutique avec l'exécution d'une mission d'évaluation de l'état de santé du même patient lorsque celle-ci intervient à la demande d'un tiers. La finalité des soins qui justifie la collecte de données à caractère personnel au cours d'une relation thérapeutique n'est pas compatible avec une évaluation de l'état de santé du patient sur mandat d'un tiers. Cette évaluation ne peut intervenir que si le patient y consent ou si elle se fonde sur la loi. Le fondement de la relation thérapeutique est la confiance. En utilisant les confidences de son patient et les renseignements appris au cours de la relation thérapeutique à des fins d'évaluation pour le compte d'un tiers, le médecin trahit cette confiance. Tel n'est cependant pas le cas si le médecin agit à la demande et pour le compte du patient.

L'examen médical préalable à la souscription d'un contrat d'assurance du secteur vie (assurance vie, solde restant dû ou revenu garanti) est une prestation demandée et rémunérée par la compagnie d'assurance. Il convient donc que le médecin traitant n'accepte pas cette mission.

2. Avis du Conseil national

- Présence de la personne dont l'état de santé fait l'objet de l'expertise lors de la discussion entre les médecins experts et conseils, dans le cadre d'une expertise médicale amiable ou judiciaire contradictoire (Avis CN 6 mai 2017, a157007)
- Incompatibilité entre le rôle du prestataire de soins ayant une relation thérapeutique et le rôle de médecin-conseil, contrôleur ou expert (Avis CN 8 avril 2017, a157002)
- Médecin-conseil d'une mutualité - Renseignements à fournir par le médecin traitant (Avis CN 19 juin 1999, a086003)

3. Dispositions légales

- Art. 458 du Code pénal
- Art. 99^{decies} du Code judiciaire
- Arrêté royal du 25 avril 2017 fixant le Code de déontologie des experts judiciaires en application de l'article 991^{quater}, 7°, du Code judiciaire, *M.B.* 31 mai 2017
- Art. 61 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.* 30 avril 2014
- Art. 17 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.* 2 avril 2010
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002
- Loi du 13 juin 1999 relative à la médecine de contrôle, *M.B.* 13 juillet 1999
- Art. 153 et 154 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, *M.B.* 27 août 1994
- Art. 31 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, *M.B.* 22 août 1978
- Arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 portant le statut et le barème des médecins-conseil chargés d'assurer auprès des organismes assureur le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

4. Informations – Documentations – Liens

- Recommandation n° 17/01 du 16 mai 2017 relative à l'incompatibilité entre le rôle de prestataire de soins ayant une relation thérapeutique et le rôle de médecin-conseil, contrôleur ou expert à la demande d'un tiers à l'égard du même patient. Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, Section « santé »
- Avis de la Commission fédérale « Droits du patient » concernant la médecine de contrôle et d'expertise, 21 juin 2013
- ENGLEBERT, V., « L'expertise médicale : de la médecine au droit », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, Anthemis, 2018/3
- DE MOL, J., « La fraude en expertise médico-légale », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, Anthemis, 2018/2

- BOXHO, Ph., « Communication par un médecin de données médicales à un médecin expert : positionnement du problème sur le plan déontologique », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, Anthemis, 2017/1
- FAGNART, J.-L., « Ethique et médecine d'expertise », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, Anthemis, 2011/4
- BOXHO, Ph., « L'expertise pénale en matière de responsabilité médicale », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, Anthemis, 2001/2

5. Mots-clés

médecin conseil – médecin fonctionnaire – médecin expert – médecin traitant – médecin contrôleur – contrôle médical – expertise médicale – incompatibilité de la fonction de médecin traitant – relation thérapeutique avec le patient – relation de confiance médecin-patient – assurances du patient

Article 44

Le médecin désigné comme expert judiciaire remplit sa mission en toute indépendance, impartialité et objectivité, dans la limite de ses compétences et qualifications professionnelles. Il s'en tient strictement à la mission qui lui est confiée.

Le médecin traitant ne fournit au patient, à l'attention du médecin désigné comme expert judiciaire, que les informations nécessaires à l'exécution de la mission judiciaire.

1. Généralités

Le médecin expert judiciaire est le médecin inscrit au registre national des experts judiciaires ou désigné par l'autorité judiciaire.

Il doit accomplir sa mission avec indépendance et objectivité ; ses conclusions médicales relèvent de sa seule conscience, comme il l'affirme sous serment. S'il estime ne pas disposer des compétences ou de l'impartialité nécessaires à l'accomplissement de sa mission, il doit la refuser. L'expert judiciaire est soumis à un code de déontologie spécifique.

Lorsque l'expertise a pour objet des actes qui nécessitent des compétences relevant de différentes professions ou domaines, sa scission entre plusieurs experts ou le recours par l'expert désigné à un spécialiste s'impose.

Le spécialiste en médecine légale a une formation en médecine d'expertise.

La spécialisation en médecine d'assurance et expertise médicale comprend une formation spécifique de niveau universitaire qui porte notamment sur les règles déontologiques et éthiques en médecine d'assurance et expertise médicale. La plupart des titulaires de ce titre professionnel l'ont obtenu sur la base de droits acquis. Le Conseil national insiste pour que la formation des médecins qui choisissent cette spécialité comprenne effectivement une sensibilisation à la spécificité de la déontologie et de l'éthique de la médecine d'expertise, telle que prévue par le législateur.

La médecine d'expertise entrant dans le champ d'application de la loi relative aux droits du patient, celui-ci a le droit de consulter le dossier tenu par le médecin expert.

Dans le cadre d'une procédure civile, l'expertise est contradictoire, ce qui implique notamment que les parties ont la faculté de prendre connaissance de toute pièce déposée dans ce cadre.

Dans le cadre d'une procédure pénale, le droit de consultation du patient du dossier de l'expert peut être confronté au principe du secret de l'instruction et aux spécificités du droit répressif.

La Commission fédérale « Droits du patient » distingue les règles applicables à l'expertise en matière pénale en fonction des phases de la procédure pénale (information, instruction, jugement) et des intérêts en cause (action publique et intérêts civils) ; c'est au procureur du Roi ou au juge d'instruction, selon le cas en fonction du stade de la procédure, qu'il revient de permettre l'accès au dossier médical tenu par le médecin expert.

2. Avis du Conseil national

- Désignation d'un psychologue comme expert unique dans un dossier judiciaire d'évaluation de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) (Avis CN 15 septembre 2018, a162009)

- Tests osseux de détermination d'âge des mineurs étrangers non accompagnés (MENA) (Avis CN 14 octobre 2017, a159004)
- Présence de la personne dont l'état de santé fait l'objet de l'expertise lors de la discussion entre les médecins experts et conseils, dans le cadre d'une expertise médicale amiable ou judiciaire contradictoire (Avis CN 6 mai 2017, a157007)
- Présence d'un avocat lors d'une expertise psychiatrique médico-légale (Avis CN 6 mai 2017, a157010)
- Accès au dossier médical des mineurs étrangers non accompagnés (Avis CN 20 février 2016, a152005)
- Projet, dans le cadre d'une expertise judiciaire, d'obtenir toutes les informations relatives au sinistre (Avis CN 7 février 2015, a148005)
- Désignation de médecins en qualité d'experts dans une procédure judiciaire (Avis CN 20 septembre 2014, a147008)
- Respect du secret professionnel par le médecin de l'administration de l'expertise médicale (Medex) dans le cadre d'une procédure en justice (Avis CN 22 mars 2014, a145010)
- Consultation par le patient de son dossier médical, établi par un médecin expert (Avis CN 26 juin 2010, a130028)
- Tests de détermination d'âge des mineurs étrangers non accompagnés (Avis CN 20 février 2010, a129015)

3. Dispositions légales

- Art. 962 et suivants du Code judiciaire
- Arrêté royal du 25 avril 2017 fixant le code de déontologie des experts judiciaires en application de l'article 991quater, 7°, du Code judiciaire, *M.B.* 31 mai 2017
- Arrêté ministériel du 22 janvier 2007 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, maîtres de stage et services de stage en médecine d'assurance et expertise médicale, *M.B.* 5 février 2007
- Arrêté ministériel du 27 février 2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de médecine légale, *M.B.* 11 juillet 2002

4. Informations – Documentations – Liens

- Avis de la Commission fédérale « Droits du patient », *Avis concernant la consultation du dossier médical tenu par le médecin-expert dans le cadre d'une affaire pénale*, 9 octobre 2009

5. Mots-clés

secret professionnel – médecine d'expertise – médecine légale – accès au dossier médical – dossier médical – expertise médicale – indépendance du médecin – relation de confiance médecin-patient – médecine d'assurance

Article 45

Dans le cadre des expérimentations humaines, le médecin protège, avant toute autre considération, les intérêts des participants, en particulier ceux des sujets vulnérables.

Le médecin expérimentateur obtient explicitement et par écrit le consentement libre et éclairé du participant ou de son représentant et respecte le retrait de ce consentement à tout moment de l'expérimentation.

Il garantit son indépendance à l'égard du promoteur.

1. Généralités

1.1. *Protection des intérêts des participants aux expérimentations*

L'expérimentation clinique humaine est nécessaire pour faire progresser les sciences médicales.

Elle requiert, outre une intégrité scientifique irréprochable, le sens des responsabilités guidé par le devoir de sauvegarder l'intégrité physico-psychique et la dignité de la personne qui participe à l'expérimentation. Le médecin doit toujours servir l'intérêt des sujets quel que soit son rôle dans l'expérimentation : promoteur, chercheur, clinicien ou membre des organismes de contrôle comme l'AFMPS ou d'une commission d'éthique médicale. La santé et le bien-être du sujet de l'étude est la priorité.

La question émergente de l'équité d'accès aux essais cliniques, porteurs d'espoirs pour certains patients, est significative des enjeux complexes qui sous-tendent l'expérimentation humaine.

Le médecin qui collabore à une expérimentation veille à ce qu'elle respecte les conditions suivantes :

- elle est scientifiquement justifiée et basée sur l'état actuel des connaissances scientifiques ;
- elle a pour but l'élargissement des connaissances de l'homme ou des moyens qui peuvent améliorer son état ;
- il n'existe pas de méthode alternative dont l'efficacité est comparable ;
- les risques et inconvénients prévisibles ont été mis en balance par rapport à l'avantage individuel des participants concernés ;
- les bénéfices escomptés compensent les risques ;
- le protocole de recherche est approuvé par une commission d'éthique ;
- les participants ont donné leur consentement explicite ;
- elle est réalisée exclusivement sous la responsabilité d'un professionnel scientifiquement qualifié et expérimenté ;
- une assurance couvrant correctement les dommages éventuels pour les participants a été conclue.

1.2. *Consentement éclairé*

Le recueil préalable du consentement écrit de la personne concernant sa participation à l'expérimentation nécessite une information complète, compréhensible et transparente quant aux objectifs, méthodes et bénéfices escomptés ainsi que sur les risques et désagréments potentiels, afin de permettre une décision éclairée. Le droit de ne pas participer à l'expérimentation et de s'en retirer à tout moment doit lui être signifié. Aucune pression ne peut être exercée sur le sujet. La qualité du consentement est un enjeu crucial.

La participation de la personne incapable d'exprimer son consentement à une expérimentation nécessite, tenant compte de sa vulnérabilité, des précautions accrues que la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine précise en son article 8.

1.3. Indépendance vis-à-vis du promoteur

Le Code d'éthique de la recherche scientifique en Belgique rappelle que le chercheur doit garder sa liberté dans la mise en œuvre de l'étude en ce qui concerne les modalités de recherche, les hypothèses, les méthodes utilisées et la formulation des conclusions. Il doit être guidé par des règles scientifiques et non par des intérêts financiers ou la reconnaissance.

Afin d'éviter tout doute quant à son impartialité, le médecin déclare de manière spontanée et transparente dès le début de l'expérimentation et lors des communications et publications scientifiques les conflits d'intérêts auxquels il est confronté. Des personnes ou instances indépendantes estiment si le conflit d'intérêts signalé compromet l'intégrité scientifique de l'étude.

L'éthique de la recherche relative aux soins de santé, dont la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale est l'expression la plus aboutie, fixe les principes d'éthique fondamentaux en cette matière, lesquels ont influencé la législation belge relative aux expérimentations humaines.

2. Avis du Conseil national

- Consultation des dossiers médicaux dans le but de recruter des patients pour des études cliniques (Avis CN 21 novembre 2015, a151002)
- Expérimentations sur des détenus (Avis CN 19 février 2011, a133003-R)
- Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (Avis CN 25 octobre 2008, a123004)
- Avant-projet de loi relatif aux expérimentations sur la personne humaine (Avis CN 17 janvier 2004, a103013)
- Avant-projet de loi relatif aux expérimentations sur l'homme (Avis CN 13 décembre 2003, a103012)

3. Dispositions légales

- Loi du 7 mai 2017 relative aux essais cliniques de médicaments à usage humain, *M.B.* 22 mai 2017
- Loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique, *M.B.* 30 décembre 2008
- Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, *M.B.* 18 mai 2004

4. Informations – Documentations – Liens

- Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale sur les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains
- Le « Code d'éthique de la recherche scientifique en Belgique », initiative commune de l'Académie Royale des Sciences, des Lettres et des Beaux-Arts de Belgique, l'Académie Royale de Médecine de Belgique, la Koninklijke Vlaamse Academie van België voor Wetenschappen en Kunsten

5. Mots-clés

consentement (éclairé) – expérimentations humaines – indépendance du médecin – sujet – consentement libre et éclairé