

Samedi 27 novembre 2004.

Discours du Docteur Jean-Claude DEPRESSEUX, Président du Conseil provincial de Liège de l'Ordre des Médecins.

Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur, au nom du Conseil Provincial de Liège de l'Ordre des Médecins, de vous souhaiter la bienvenue à cette cérémonie solennelle de prestation de serment des médecins récemment promus et à la manifestation annuelle d'hommage aux médecins jubilaires.

Je tiens à remercier tout particulièrement pour leur présence les personnalités politiques, judiciaires, académiques, philosophiques et ordinaires, ainsi que les représentants de la Commission médicale provinciale, de l'Ordre des Pharmaciens et des Organisations professionnelles.

Les salutations respectueuses du Conseil provincial vont aussi aux membres de nos propres autorités ordinaires, qui sont viennent rehausser cette manifestation.

J'ai aussi le privilège d'accueillir notre invité, le Professeur Edouard Delruelle, qui enrichira le contenu et l'intérêt de cette séance et lui confèrera une dimension d'actualité, par une conférence sur certains aspects culturels de l'intégration européenne.

Mesdames, Messieurs, chers Consoeurs et chers Confrères,

Cette séance de prestation de serment et d'hommage aux jubilaires, empreinte de solennité et d'émotion, comporte en outre deux dimensions symboliques très perceptibles.

La première dimension est interne au corps médical et en quelque sorte diachronique, puisque nous vivons ce soir une occasion unique de voir réunis des médecins jubilaires, qui ont acquis expérience et pratique au contact des patients, et de jeunes consoeurs et confrères qui possèdent la connaissance des derniers développements des sciences médicales et qui entrent dans une profession dont ils ne tarderont pas à vivre pleinement la grandeur et aussi les servitudes.

Cette présence simultanée de deux générations est un symbole fort à la fois de la pérennité du lien confraternel entre les praticiens de l'art de guérir, mais aussi de la capacité de renouvellement et d'évolution du corps médical, dans un esprit de continuité.

La seconde dimension est externe à la profession médicale elle-même : la présence ce soir de représentants éminents de la société montre combien l'activité médicale, sous ses aspects scientifique, curatif et social, mais aussi dans sa dimension économique, est reconnue par l'ensemble de la société civile. Cette reconnaissance implique en contrepartie que l'art de guérir soit exercé de manière responsable non seulement vis-à-vis des patients,

mais aussi vis-à-vis de la société : c'est la raison pour laquelle la prestation du serment d'Hippocrate sera tout à l'heure présentée comme un engagement public.

Il est de tradition que le discours prononcé à cette cérémonie rappelle et commente les principaux événements à portée éthique ou déontologique qui ont émaillé la vie médicale de l'année écoulée.

Les projets de lois et règlements discutés cette année ont été comme à l'accoutumée extrêmement divers et sont allés de préoccupations structurelles comme les projets multiples de réforme de l'Ordre des Médecins, à des mesures gestionnaires, comme les dispositions récurrentes de refinancement des hôpitaux ou le tout récent budget de la sécurité sociale.

Pour ce qui concerne les projets de réforme de l'Ordre, vous me permettrez de ne pas commenter dans le détail la pertinence, le fond ou la forme de ces textes, sachant que ces sujets sont encore en discussion, que les interpellations éventuelles à ce propos sont de la compétence du Conseil National de l'Ordre et que, lorsque les remarques émanent de membres des conseils se prononçant ex-officio, elles doivent bien sûr se faire par le truchement de l'instance ordinale supérieure.

Je voudrais cependant exprimer ici mon inquiétude que certains projets de réforme soient trop utopiques, soient détachés de la réalité de terrain, ne tiennent pas suffisamment compte de critère de faisabilité, et ne donnent pas une place adéquate aux membres du corps médical. Sous couvert d'apporter une amélioration, souhaitable, à ce qui ne fonctionne pas de manière optimale, certain projet risque de perturber ce qui marche bien et le bilan de l'opération pourrait ne pas être aussi positif qu'il était espéré. Cette préoccupation n'est certes pas académique, car nous sommes tous convaincus que tout facteur altérant le bon fonctionnement de la médecine au sens large risque d'avoir en définitive un impact négatif sur la qualité des soins apportés aux patients.

Pour ce qui concerne les aspects économiques de notre profession, qui sont un sujet de discussion récurrent et nécessaire, je me permettrais de souligner, si besoin en est, que cette contingence matérielle a deux visages.

Le maintien et la protection de la santé et du bien-être, dont les professions de santé au sens large sont des acteurs centraux, constitue une part importante du secteur économique tertiaire dans les pays dits développés.

L'équilibre financier et budgétaire de ce secteur est évidemment essentiel pour sa survie même, mais je pense qu'il convient tout de même de ne pas le ravalier au rang d'un simple secteur de la société de consommation. Il est du devoir des médecins de tout faire pour que rien ne valide cette locution trop souvent entendue de « consommation médicale ».

En effet, le niveau d'investissement d'un pays dans la santé et le bien-être de ses citoyens est et doit rester un choix politique, c'est-à-dire être perçu et discuté en termes d'objectif et non pas de contrainte. Cette notion est confortée par le fait que l'Indice de développement humain, l'IDH, défini par l'organisation des Nations unies pour qualifier le niveau de développement des états, comprend, comme paramètres, outre le produit national brut et

le niveau d'instruction, l'espérance de vie et donc la santé.
Il demeure que le maintien d'un sain équilibre entre les moyens et les objectifs est un exercice difficile de gouvernement.

Je voudrais vous soumettre maintenant quelques lignes de réflexion plus fondamentale. Je pense en effet que le caractère événementiel de l'actualité ne doit pas occulter l'essentiel d'évolutions plus lentes et donc moins visibles.

Nous vivons dans un monde en mouvement où, comme je me suis permis de la souligner l'année passée dans mes propos sur l'euthanasie et la fin de vie, certaines notions d'éthique, mêmes considérées naguère comme immuables, peuvent être amenées à révision.

Il y aura par exemple 30 ans cette année que Simone Veil, exposée aux quolibets de certains de ses collègues députés, montait à la tribune de l'Assemblée Nationale française pour défendre son projet de loi sur la libéralisation de l'interruption volontaire de grossesse. Force est d'admettre que la situation de cette question dans les mentalités a bien évolué depuis ces trois décennies et que l'éthique n'est donc pas aussi intemporelle que nous pourrions le croire.

La pratique de l'art de guérir et de l'art médical reste bien sûr fidèle à un principe supérieur de bien par lequel il prend en charge le patient dans le respect de sa dignité, de son intégrité et de son autonomie. C'est ce principe général qui soutient tout le contenu symbolique et affectif du serment d'Hippocrate.

Les temps ont cependant changé et loin sont derrière nous les temps où l'on sacrifiait des bœufs, où l'on organisait des processions ou des pogroms pour conjurer la progression des épidémies ou les progrès des maladies.

Les techniques d'approche du patient et de son mal ont progressé, soit par évolution, soit par bonds, et les obligations éthiques et déontologiques ont bien sûr subi des adaptations successives, nécessaires pour encadrer ces changements.

C'est dans cette optique que je voudrais pointer quelques-uns des traits qui caractérisent la pratique médicale actuelle et qui ont insensiblement modifié ce qu'était la relation médecin - patient il y a ne serait-ce que cinquante ans, lorsque les confrères dont nous allons fêter le jubilaire ont prêté le même serment que celui que nous allons entendre aujourd'hui.

Ces changements sont multiples, mais portent surtout à mon sens sur le concept de patient, sur le secret médical, sur l'aspect collégial de la pratique médicale, sur la notion de responsabilité en médecine.

Je vais donc reprendre un à un chacun de ces points.

Tout d'abord le patient. Celui-ci reste le sujet, je dis bien le sujet et non l'objet, de toute l'attention et des soins du praticien, dont l'activité vise à préserver ou à restaurer la santé.

Le patient est certes un sujet, mais c'est aussi un concept. Les principes éthiques fondamentaux régissant l'activité préventive ou curative ont évolué durant ces dernières décennies, pour faire place insensiblement à une conception du patient, non pas comme une personne malade, ce qui implique l'application systématique d'un concept de norme de santé, en quelque sorte imposée au patient lui-même, mais plutôt comme une personne vulnérable.

La nuance implique que la conception initialement paternelle de la relation médecin 'malade' se trouve déplacée vers un autre centre de gravité, tenant compte de l'autonomie du patient. La loi sur les droits du patient du 22 août 2002 repose notamment sur cette relation duale entre médecin et patient et sur les modalités par lesquelles le médecin informe celui-ci de manière à ce qu'il puisse exercer sa capacité d'autonomie. Le paradigme actuel de la personnalité du patient est donc caractérisé par sa vulnérabilité plutôt que par une norme de santé, et par sa participation éclairée et autonome aux gestes diagnostiques et thérapeutiques, plutôt que par sa soumission à un geste paternel.

L'information du patient acquiert donc un statut plus explicite et contraignant que naguère, par le prérequis d'un accord éclairé du patient et pas les conditions d'accès du patient à son dossier.

La notion de secret médical a elle aussi subi des modifications importantes.

Depuis sa formulation au Vème siècle avant notre ère dans le serment hippocratique, cette notion est restée un élément essentiel de l'éthique médicale, mais elle a été depuis lors abondamment commentée, discutée, voire contredite et elle a été entourée de cadres légaux et réglementaires.

Elle est passée d'un devoir librement consenti telle qu'elle figure dans le serment qui va être prêté, à une obligation légale, telle que sanctionnée par le Code Pénal, à un droit fondamental, tel que libellé dans l'article 12 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

En fait, le secret médical avait initialement une valeur instrumentale, puisqu'il repose sur la nécessité pour un bon diagnostic et dans le propre intérêt du patient que le médecin puisse recevoir de celui-ci une information complète sur ses plaintes et sur sa vie privée.

L'obligation légale du secret médical érige ce secret en notion d'ordre publique, soulignant que la transgression du secret risque d'entraîner des utilisations abusives incontrôlables, éventuellement fausses ou perverses dans leur contenu, avec un effet préjudiciable ou discriminatoire dans le chef de la personne concernée ou du groupe social auquel elle appartient.

Enfin, l'article 12 de la Déclaration des Droits de l'Homme opère un nouveau recentrage de cette notion sur la personne et consolide l'obligation du secret professionnel comme une valeur en soi.

La question du secret médical reste cependant un domaine d'analyse très difficile dans certaines situations concrètes. Et je voudrais tracer quatre pistes de réflexion à ce propos.

Le fait que le code de déontologie prévoit des nuances, voire des dérogations, au secret médical résulte de conflits possibles, dans certaines situations, entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif.

Cette pression croissante de la société sur la relation singulière entre la patient et son médecin apparaît de nouveau ici et génère un certain nombre de questions posées par les confrères à leur conseil provincial, qui bien sûr s'efforce d'y apporter les réponses aussi collégiales et adéquates que possible.

Il est clair que certaines parties du dossier médical sont et doivent, dans l'intérêt même du patient être partagées entre le médecin et certains membres de l'équipe soignante, et que ceci étend la notion de secret partagé. D'autres auxiliaires, notamment administratifs, sont amenés à devoir respecter le secret, ce qui implique une extension de la responsabilité du médecin, garant et responsable des auxiliaires dont il s'entoure.

D'autre part, le fait que le médecin doive la vérité au patient lui-même voire à ses ayants droit est un domaine de réflexion extrêmement actuel, régi par la loi sur les droits du patient et éclairé par les avis du Conseil National : ici aussi nous assistons à un recentrage de la relation médecin ' patient, donnant un poids croissant à l'autonomie et au droit de décision du patient.

Enfin la transmission électronique des données médicales est la source d'importantes contraintes en matière de secret médical et constitue un domaine de réglementation et de réflexion où l'ordre des médecins est amené à intervenir. Le conseil provincial de Liège organisera d'ailleurs un colloque sur ce sujet, sous le titre « Médecine, droit et informatique » le 22 janvier prochain, et tous les médecins et juristes intéressés à participer aux discussions y sont dès à présent cordialement invités.

L'équipe médicale et les activités médico-techniques Un autre aspect actuel modifiant les conditions d'exercice des règles d'éthique et de déontologie résulte de l'évolution des sciences et techniques médicales elles-mêmes.

Le temps de la médecine hippocratique ou même l'époque de la médecine telle qu'elle était pratiquée au milieu du XXe siècle, où l'essentiel de l'acte médical était condensé dans une relation singulière entre le patient et son médecin traitant et où l'intervention d'un autre médecin se faisait essentiellement sous forme d'une consultation ou d'une hospitalisation est largement révolue.

Dorénavant, une grande partie des actes de diagnostic est le fait d'un groupe de médecins. Cette dispersion de l'acte médical pose de considérables problèmes, notamment :

- quant à la constitution et à la conservation du dossier médical,
- quant à la transmission des données médicales essentielles entre spécialistes et médecin traitant et au choix de ces données essentielles,
- quant à la notion même de médecin traitant, c'est-à-dire du médecin ayant la responsabilité de la thérapeutique et de son application. Ce médecin est en général le médecin spécialiste en médecine générale, mis il eut être, dans certains cas et durant des périodes limitées un autre médecin spécialiste ou un médecin urgentiste ou de garde, durant la période où celui-ci exerce la responsabilité thérapeutique. Les relations entre médecin traitant ainsi défini et médecin à activité ponctuelle ou à activité subordonnée fait l'objet d'une réflexion continue.

Il y a ici un autre point sur lequel j'attire votre vigilance. L'évolution actuelle des techniques médicales, notamment des techniques de diagnostic biologique et d'imagerie au sens large modifie insensiblement le regard médical sur le patient, transformant parfois celui-ci en ce que je dénommerais un corps objectif, où le patient est l'objet et non plus le sujet d'une médecine exercée comme l'une des sciences naturelles.

Le médecin peut être amené à évaluer un aspect particulier de la physiologie ou de la pathologie du patient par le truchement de données chiffrées, dont il fait une interprétation statistique semi-automatique. D'autres peuvent devoir analyser des images anatomiques ou fonctionnelles interprétées en dehors du contexte clinique ou en dehors d'un dialogue avec le patient.

Ceci est peut-être encore marginal, mais il est de mon devoir de dire ici avec force que cette évolution, si on n'y est attentif, peut constituer une dérive par rapport à l'objet même de l'art de guérir.

Cette manière de pratiquer de manière parcellaire risquerait d'être préjudiciable à la qualité des soins et a pu servir d'ailleurs de prétexte à certains pour considérer par exemple que la biologie clinique pourrait n'être plus une activité médicale à part entière. Croyez bien que je suis convaincu du contraire, mais il appartient ici aux médecins de démontrer qu'ils exercent pleinement leur activité médicale spécifique, éclairée et responsable.

La responsabilité médicale. Après avoir survolé les traits évolutifs des concepts de personnalité du patient, de secret médical, de collégialité de l'acte médical et avoir discuté les conséquences de la technicité croissante de la médecine, je voudrais, pour terminer, examiner avec vous l'évolution de la notion de responsabilité médicale.

Le médecin hippocratique s'imposait une règle de déontologie librement consentie, correspondant à ce que je qualifierais de condition instrumentale de pratique de son art : essentiellement agir en conscience pour le bien du patient, mériter sa confiance et adopter une attitude humble vis-à-vis de ses maîtres, en d'autres termes et dans l'esprit de cette époque, être ouvert à une formation

continue.

La responsabilité déontologique, dont les points ci-dessus restent le socle, fait maintenant l'objet d'un code qui est devenu une norme à force contraignante. Cette norme est bien sûr subordonnée aux normes et obligations légales, et elle vient rajouter ses prescriptions à celle-ci. Elle n'est, bien entendu pas, comme certains pourraient le penser, au-dessus de la loi, mais elle ajoute des obligations spécifiques aux soins dus aux patients et aux conditions spécifiques de la pratique de l'art médical.

L'autorisation de pratiquer l'art de guérir, outre la disposition d'un diplôme légal visé par la Commission Médicale Provinciale, nécessite d'être inscrit au Tableau de l'Ordre et de ne faire l'objet d'aucune sanction suspensive.

Exercer la médecine sans une telle inscription ou durant une période de suspension ou d'omission constitue une pratique illégale de l'art de guérir, sanctionnée comme telle par la loi.

Cela dit, et en parenthèse, la tenue du Tableau des médecins et l'activité disciplinaire ne constitue heureusement qu'une petite partie des compétences et du travail des Conseils provinciaux de l'Ordre.

Une part importante de leur activité consiste à assister les confrères pour les aider à résoudre les divers problèmes de déontologie auxquels ils sont confrontés quotidiennement.

Outre son aspect déontologique, la responsabilité du médecin est encore

- pénale, en cas de manquement grave à la loi,
- civile, en cas de préjudice porté au patient,
- et administrative, en cas notamment d'abus vis-à-vis de la Sécurité Sociale.

Ceci a fait l'objet de l'éditorial du dernier Bulletin publié par notre Conseil provincial.

Comment dès lors gérer une thérapeutique dans chaque cas concret, face à ces quatre impératifs en partie contradictoires et sous la pression d'une menace de requête auprès de la justice, de l'administration ou des instances ordinales ?

Je ne puis vous proposer de recette permettant de sortir systématiquement de cette problématique de décision.

Il convient toujours de revenir à l'indispensable promotion de la relation de confiance entre le médecin et son patient, mettant ce dernier en position centrale, et permettant de concilier la dignité du patient, la liberté thérapeutique, et la responsabilité du médecin.

La promotion de cette relation singulière évitera d'autre part que l'application générale du principe de précaution et la recherche du risque zéro n'annihilent

les bénéfices d'une pratique médicale qui doit être à la fois efficace et responsable.

Cette pondération, telle celle du Marchand de Venise, requiert de la part du praticien une compétence et une vigilance quotidiennes qui méritent sûrement respect et considération.

Vue sous cet angle, la notion de responsabilité du médecin conservera ainsi une dimension positive, dont l'exercice se fait dans l'intérêt du patient et de la société, et dans le plein esprit des articles fondateurs du code de déontologie médicale.

La médecine est et reste typiquement une discipline confrontée à la nécessité de prendre des décisions et de poser des actes, parfois sous la pression de l'urgence, dans des cas particuliers et en vertu de principes généraux.

Le cas particulier se réduit toujours en une relation singulière entre le patient et le médecin auquel il est confié.

Les principes généraux sont de trois ordres.

Ce sont bien sûr les connaissances scientifiques du moment que le médecin applique dans sa démarche diagnostique et thérapeutique.

Ce sont aussi les règles d'éthique et de déontologie qu'il s'est engagé à respecter et qui lui sont imposées.

Ce sont enfin, et je terminerai sur ce point fort, la conscience professionnelle du médecin, qui est une valeur humaine personnelle et qu'aucune norme ne pourra ou ne devra bien sûr remplacer. Je suis persuadé, mes chers confrères que vous êtes persuadés de ceci.

Si nous continuons à exercer notre art selon ces principes, je ne doute pas que les décideurs, la population et les patients ne conservent la conviction que le corps médical, à côté de sa compétence scientifique et technique, cultive et applique aussi une conscience aiguë de la condition et de dignité humaines