



Équipes, travailleurs de maison médicale:

.....

# Recueil de réponses du comité d'éthique aux interpellations des équipes

.....

Série « Comité d'éthique »



Fédération des  
maisons médicales



Le comité d'éthique  
de la Fédération des maisons médicales  
(année 2015)

*Présidente :*

Monique Boulad

*Membres :*

Natacha Carrion

Michel Elias

Olivier Schmitz

Saphia Mokrani

Vincent Vrijens

Latifa Serguini

Serge Devaux

Jean Hachez

Aude Hachez

Marie Rondeux

Marie Duhaut

Anne Vandebroeck

*En cours d'admission*

*(stage 6 mois) :*

Mendez Yopez Marisel

Claeys Serge

*Contact :* mboulad@hotmail.com

*Ont participé à cette réflexion :*

Monique Boulad (médecin généraliste),

Natacha Carrion (médecin généraliste),

Jean-Philippe Cobbaut (philosophe,

juriste et enseignant à l'UCL),

Paul Decruyenaere (kinésithérapeute),

Marianne Demeulemeester (accueillante),

Bénédicte Dubois (kinésithérapeute),

Marie Duhaut (infirmière , enseignante),

Michel Elias (psychiatre, psychanalyste),

Anne Gillet (médecin généraliste),

Chantal Hoornaert (médecin généraliste),

Guy Lebeer (sociologue et chargé de  
cours à l'ULB),

Pierre de Lochet (théologien moraliste),

Daniel Burdet (Médecin généraliste),

Nik Van Larebeke (professeur de

carcinogénèse et de prévention du  
cancer UGent),

Thierry Poucet (journaliste).

**2002**

**Editeur responsable:**

**Isabelle Heymans**

**25, bld. du Midi 1000**

**Bruxelles Belgique**

# Sommaire

1	Introduction	Page 05
2	Collaboration avec un laboratoire coupable de malversations	Page 07
3	A propos d'un protocole d'enquête	Page 11
4	Dépistage des maladies génétiques	Page 15
5	Responsabilité financière des mineurs	Page 19
6	Pluridisciplinarité dans le code de déontologie	Page 23
7	Mineurs et secret médical	Page 27
8	Acte/forfait, différence enrichissante ou obstacle entre les équipes	Page 31
9	Animation lors d'une manifestation publique: éducation à la santé ou publicité ?	Page 35
10	Attitude à adopter par les travailleurs face à la violence de patients porteurs d'armes à feu	Page 41

**11 Proposition de changement du mode  
d'inscription des nouveaux patients**

Page 47

# 1 Introduction

Au cours des années 2000-2001, le comité d'éthique a reçu plusieurs interpellations émanant de professionnels de la santé.

5

Ces lettres témoignent de la vie des maisons médicales avec les questions, les écueils, les doutes de la pratique quotidienne. Elles illustrent le souci éthique inhérent au travail de soignant, souci qui a débouché sur une dynamique entre le comité d'éthique et les équipes des maisons médicales. Le comité d'éthique se voudrait le lieu où les interrogations peuvent s'exprimer et se réfléchir. Ces avis ne sont pas des réponses, au contraire, ils ont pour but de stimuler la questionnement et l'interaction qui s'est installée entre le comité d'éthique et les équipes.

Vu l'intérêt des problématiques soulevées pour toutes les équipes des maisons médicales, les lettres et les avis du comité sont publiés dans cette brochure.



Handwritten notes on a notebook page:

- Adapt to environment
- Focus on the task
- Use your resources
- Stay organized

## 2 Collaboration avec un laboratoire coupable de malversations

Bruxelles, le 08 septembre 2000

7

Au comité d'éthique,

Nous sollicitons l'avis du comité d'éthique quant au problème suivant. Depuis le début de nos activités en maison médicale en décembre 1999 et depuis des années pour deux des médecins de la maison médicale, nous utilisons les services d'un laboratoire d'analyse, à savoir : X.

Nous lisons dans la presse de ce matin que le directeur de cette société est en état d'arrestation et que donc, au travers de sa personne, cette société est condamnée, en appel pour diverses malversations.

Nous sommes convaincus de la qualité et de la rigueur du travail de cette société à la fois de par notre expérience propre mais aussi par des témoignages fiables internes à cette société. Par ailleurs rien ne dit qu'actuellement les pratiques dénoncées soient encore d'actualité. Nous nous posons quand même la question de la pérennité de nos relations professionnelles avec ce laboratoire parce qu'il nous apparaît comme difficile de continuer à confier les analyses de nos patients à un laboratoire officiellement condamné pour malversations et ce même si nous savons que les pratiques incriminées ne sont pas le fait de ce seul laboratoire.

Nous vous remercions donc d'apporter votre éclairage à notre réflexion. Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de notre entière considération.

*Lenel Luc, gestionnaire de la maison médicale Botanique ASBL*

23 septembre 2000

Cher collègue,

le comité d'éthique a bien reçu votre lettre du 8 septembre dernier dans laquelle vous sollicitez un avis concernant les relations de la maison médicale Botanique avec le Laboratoire X.

Nous en avons discuté lors de notre séance du 20 septembre et avons fait les remarques suivantes :

- ▶ En premier lieu, il semble acquis pour vous que la qualité du laboratoire en question est bonne et non remise en cause. Les faits qui se sont déroulés n'ont donc apparemment pas eu de conséquence au niveau du travail, des analyses et de la transmission des résultats, sur ce plan, les patients n'ont pas eu et n'ont pas actuellement à pâtir de problèmes concernant leurs analyses ;
- ▶ Concernant le fond du problème, nous manquons évidemment d'informations sur le procès en cours : les motifs exacts d'accusation, etc. ;
- ▶ Nous pensons que s'il s'agit de malversations internes, au sein même du laboratoire, sans retentissement au niveau des finances publiques ainsi qu'au niveau du travail effectué, cela concerne essentiellement le personnel et la direction d'une société d'ordre privé et ne regarde pas directement les prescripteurs d'analyses ni les patients (pour autant que la qualité et les tarifs n'en subissent pas les conséquences) ;
- ▶ Si les malversations concernent en tout ou en partie des fonds publics (détournement de biens sociaux, fraude à l'INAMI, etc.), il en est bien entendu autrement à notre avis. En effet, l'agent public est en cause, la société civile pâtit de pratiques frauduleuses et cela est socialement, moralement et politiquement (au sens plein du terme politique = gestion de la cité) inadmissible. Dans ce cas de figure, deux situations peuvent se présenter :
  - ▶ Les malversations continuent à être pratiquées alors que le problème est apparu publiquement. Il apparaît effectivement difficile de pouvoir poursuivre une collaboration avec une telle société, de continuer à lui confier des analyses. La recherche d'un laboratoire de qualité au moins équivalente et dont la gestion ne laisse planer aucun doute devrait nécessairement être envisagée ;
  - ▶ Les malversations en question semblent, en toute probabi-

lité ou certitude, ne plus avoir cours actuellement, vous avez l'intime conviction qu'il n'y a pour le moment pas de détournement de fonds publics, pas de fraude à l'INAMI ou autre malversation à caractère public ou social. Dans ce cas, il ne nous semble pas y avoir d'empêchement d'ordre éthique, morat à continuer à travailler avec ce laboratoire. En effet, la justice s'occupe des délits commis, un procès est en cours et il n'appartient à personne de se substituer à cette procédure, à condamner ou à déterminer la réparation ou la sanction à la place des juges. La question pourrait éventuellement rebondir si vos patients avaient à souffrir actuellement encore de ce qui s'est passé ; dans ce cas, vous pourriez considérer vous trouver dans une situation analogue au cas de figure précédent.

Par ailleurs si votre crédibilité, en tant que thérapeutes ou prescripteurs, devait être mise en cause en raison des événements passés, on pourrait légitimement y voir une raison de renoncer éventuellement à une collaboration avec le laboratoire. Mais ce sont là des considérations d'ordre plus stratégique, politique ou social, peut-être relationnel, avec la patientèle, que réellement éthique.

Nous espérons avoir pu contribuer à votre réflexion et vous avoir fourni des arguments utiles pour prendre une décision (nous ne pouvons ni ne désirons nous substituer à vous en cette matière).

Nous serions intéressés à connaître votre décision et ce qui l'aura motivée, si vous êtes d'accord.

Nous vous adressons nos salutations amicales ainsi qu'à toute l'équipe de votre maison médicale.

Pour le comité d'éthique,

*Daniel Burdet*

Bruxelles, le 19 octobre 2000

Nous avons bien reçu votre avis motivé du 23 septembre 2000 répondant à notre question posée le 08 septembre 2000 concernant nos relations avec le laboratoire X.

Nous avons pris la décision de continuer nos relations avec ce laboratoire dans la mesure où, effectivement, la chose jugée relève à notre connaissance de pratiques antérieures.

Nous vous remercions de nous avoir éclairés et donc d'avoir pu prendre une décision sereine.

Veuillez recevoir l'expression de notre entière considération.

# 3 A propos d'un protocole d'enquête

Bonjour,

11

je vous contacte pour vous demander de m'aider à réfléchir à l'enquête que nous voulons faire sur le motif de consultations dans notre maison médicale.

Voici le texte de l'enquête (ci-dessous).

D'avance merci de votre collaboration.

*André Crismer*

## Relevé des motifs de consultation dans les maisons médicales de l'Intergroupe liégeois

---

### **Introduction**

Les maisons médicales sont des centres de santé intégrés de 1<sup>re</sup> ligne. Leurs activités sont multiples mais une part importante est occupée par des activités curatives qui consistent en une analyse et une prise en charge des plaintes des patients. Elles sont un lieu privilégié d'observation de la souffrance de la société.

Leurs travailleurs s'interrogent sur les priorités de santé des populations qu'ils prennent en charge. Ils s'interrogent aussi sur le type de problèmes auxquels ils se trouvent confrontés. Pourquoi certains problèmes arrivent-ils au centre de santé? Les soignants ne pensent-ils pas parfois que les patients demandent une aide pour des pro-

blèmes qu'ils pourraient gérer eux-mêmes ? Ou qui devraient être gérés par d'autres intervenants ?

Au niveau du recueil de données, nous avons, en tant qu'association de centres de soins de santé, un potentiel unique qui pourrait être utilisé au niveau scientifique. Nous pourrions nous positionner comme interlocuteurs du centre local de promotion de la santé qui est demandeur de ce genre de données, qui intéressent aussi d'autres partenaires comme les syndicats. Notons encore que des données statistiques sur nos activités pourraient être utiles dans nos discussions avec l'INAMI.

Nous avons donc proposé, au niveau de l'intergroupe liégeois une étude qui pourrait avoir des effets multiples et en cascade. Une étude qui nous aiderait à mieux analyser nos pratiques et qui pourrait aussi être diffusée à l'extérieur. Cette étude constituerait une étape d'un processus qui pourra déboucher sur des actions concrètes ou d'autres études.

12

Nous avons voulu dans un premier temps un projet léger, sensé intéresser un maximum de gens et donner aux équipes un feed back rapide. Nous espérons que l'appétit viendra en mangeant.

### **Objectifs globaux**

- ▶ Analyser les problèmes de santé de notre population;
- ▶ Evaluer les activités des maisons médicales;
- ▶ Développer un observatoire de santé au niveau des maisons médicales liégeoises.

### **Objectifs intermédiaires**

- ▶ Mesurer l'importance des problèmes de santé qui occasionnent les contacts dans les maisons médicales liégeoises;
- ▶ Familiariser les thérapeutes des maisons médicales avec la classification internationale de soins primaires (CISP).

### **Réalisation**

- ▶ Dans chaque équipe, on a présenté et discuté le projet et choisi un promoteur pour le projet;
- ▶ En septembre, une réunion a été organisée pour l'ensemble des promoteurs, animée par Michel Roland, ressource en matière de CISP;
- ▶ L'étude a eu lieu deux jours consécutifs les deux et trois octobre.

Nous demanderons à tous les thérapeutes des maisons médicales de l'intergroupe liégeois d'y participer. Il s'agit des thérapeutes des professions suivantes: infirmiers, médecins, kinés, psychologues, consultations sociales.

Dans chaque maison médicale participante, le promoteur a expliqué la CISE; répondu aux questions, stimulé à la participation et rassemblé les données.

Chaque thérapeute participant recevra une grille CISP et une feuille à remplir, durant les deux jours de l'étude.

Sur cette feuille, il notera pour chaque contact le problème qui lui paraîtra avoir été le motif de contact (épisode) et le code correspondant selon la grille ICPC (soit le code diagnostic soit le code symptôme).

### Résultats

Les résultats seront regroupés par profession, par maison médicale. Nous aurons ainsi une photographie des problèmes que les thérapeutes de nos maisons médicales doivent gérer. Cette première analyse nous permettra de cibler nos recherches ultérieures.

13

### La grille

Profession : \_\_\_\_\_

Maison médicale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Contact	Motif de la consultation	Code CISP
1		
2		
3		

Marchienne, le 7 octobre 2000

A André Crismer,

Dans ta lettre, tu sollicites l'avis du comité d'éthique à propos de l'enquête de ta maison médicale sur le motif de consultation des patients. En réponse à ta demande, nous pouvons te transmettre les remarques suivantes.

Tout d'abord, notre avis se limite au point de vue éthique. Nous ne nous prononçons pas sur la qualité scientifique de cette enquête. Cependant, nous estimons qu'il est nécessaire de vous entourer d'avis compétents quant à ta pertinence de ce questionnaire. En effet, il ne nous semble pas correct d'entreprendre une enquête sans garanties sur sa valeur scientifique et sur la valeur des conclusions que l'on peut en tirer.

14 Nous pensons qu'il est primordial dans une enquête de ce type de préserver l'anonymat du patient et des thérapeutes. l'anonymat du patient est assuré dans votre enquête.

Celui du prestataire de soins est moins garanti : il est en effet possible de déterminer qui a rempli la grille à partir des horaires de consultation. Les personnes qui participent au recueil de données doivent en être prévenues.

La participation à l'enquête se fera de plein grès, sans pression de l'équipe et sans jugement péjoratif à l'égard de ceux qui refuseraient d'y prendre part.

Les patients seront informés de l'existence de cette enquête, du but poursuivi et de l'usage qui en sera fait.

Les résultats seront communiqué tant aux patients qu'aux prestataires de soins.

Nous espérons que ces quelques remarques vous seront utiles.

Bien cordialement,

Pour le comité éthique,

*Monique Boulad*

## 4 Dépistage des maladies génétiques

Seraing, le 12 décembre 2000

15

Chers compagnons,

me permettez-vous à nouveau de vous demander conseil.

M.J. passa à ma consultation il y a quelques mois pour me parler d'une fatigue qui le gênait depuis quelques temps. Je l'avais rencontré à plusieurs reprises depuis quelques années, essentiellement à l'occasion d'épisodes banaux pour l'une ou l'autre de ses deux filles. Une biologie réalisée par la suite montra une polyglobulie avec une hémoglobine à 19g%, pour laquelle plusieurs ponctions furent réalisées. Quelques mois plus tard, il se présenta au centre hospitalier universitaire à la suite de quelques vertiges. Le diagnostic de CADASIL fut alors posé et ensuite confirmé génétiquement.

Le CADASIL désigne une nouvelle entité nosologique, le *Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leucoencephalopathy* qui est en fait une micro-angiopathie, qui se transmet selon un mode autosomique dominant et qui se caractérise par des infarctus cérébraux dans la substance blanche entraînant entre autres une démence précoce. Il n'y a aucun traitement.

Il y a deux ans, le nombre de cas connus dans le monde se limitait à une dizaine. Mais les professeurs sont comme les membres d'un club de collectionneurs et à travers le monde, quand l'un trouve une

pièce très rare, il en informe ses collègues qui se mettent à chercher; à trouver et à le signaler à leur tour pour comparer... Et ainsi, on compte déjà à présent plusieurs centaines de cas sur la planète ...

Ma question est la suivante. Faut-il faire, comme le laboratoire de génétique le propose, un dépistage chez les deux filles de monsieur, qui selon les lois de la génétique, ont chacune une chance sur deux de porter le gène responsable de la maladie, qui se manifestera entre quarante et cinquante ans, qu'elles transmettraient dans ce cas à cinquante pour cent de leur descendance.

16

Toute vérité est-elle bonne à savoir ? De plus en plus, on sait des choses qu'on aurait préféré peut-être ne pas savoir. Proposer un dépistage permettra aux filles de savoir une vérité, une vérité dont elles savent déjà une partie concernant leur père, d'éventuellement éviter de procréer... Mais quels seront les effets secondaires de cette démarche ? Quel sens ou quelle valeur pourront-elle donner à la vie de leur père, à la leur, si le test est positif ? « Si je suis positive, il ne faut pas que je fasse un enfant porteur de ce gène ». Cela voudra-t-il dire qu'il aurait mieux valu dans ce cas qu'elle ne vive pas ? Quelles questions et angoisses supplémentaires apporterons-nous en plus de toutes les questions existentielles qu'un jeune se pose déjà dans ce monde éblouissant et invivable où nous sommes ?

Par ailleurs, comment pourrions-nous dans vingt ans, défendre notre ancien silence, face à ces adolescentes devenues femmes, alors que nous savions pertinemment bien ...

Devons-nous demander au père s'il faut proposer le dépistage à ses filles ? Il faut en parler avec lui ? Notre attitude doit-elle dépendre uniquement de sa réponse ? Faut-il attendre que les filles deviennent majeures ?

Mais quel pouvoir nous avons là, de marquer ainsi la vie des gens.

D'avance, je vous remercie de votre réponse.

*André Crismer*

Le 18 mars 2001

Cher André,

Nous avons pris connaissance avec intérêt de ta lettre du 12 décembre 2000 et nous avons consacré notre dernière réunion à en débattre.

Faut-il faire un dépistage chez les filles de ton patient ? Pouvons nous imposer un savoir aux intéressés et en particulier aux enfants à risque? Tout d'abord, la problématique soulevée par le CADASIL ressemble à celle de la maladie de Huntington. La ligue Huntington francophone belge s'est interrogée sur la question des devoirs envers la descendance d'une personne atteinte et tu pourras trouver auprès d'elle des réflexions intéressantes. Les groupes de patients peuvent apporter un accompagnement et une aide psychologique autre que celle des professionnels. Peut-être ton patient serait-il intéressé à ce type de contacts. Dans la transmission de l'information sur le code génétique, il faut distinguer ce qui est inéluctable et ce qui est seulement probable. Il est important de rester strictement dans le cadre de ce que le savoir génétique permet de dire. Il faut éviter de lancer des fausses certitudes et en même temps il faut éviter la tentation de soulager le patient en minimisant la portée du diagnostic. En tant que médecin traitant, nous avons à veiller à la qualité scientifique de l'information donnée.

Chacun n'a-t-il pas le droit de refuser de savoir ? Pour exercer ce droit, la personne doit au préalable être informée qu'une connaissance est disponible et qu'elle peut y avoir accès. Il nous serait à coup sûr reproché de ne pas avoir averti un patient qu'il est «à risque», et qu'il est susceptible de transmettre ce risque à sa descendance. Il nous semble donc qu'il convient de le lui expliquer, de lui signaler que le dépistage existe et qu'il peut y avoir recours. Il peut alors décider s'il désire s'y soumettre ou non.

Pour que les enfants puissent choisir, il vaut mieux attendre qu'ils soient adultes ou au moins en âge de comprendre et de faire un choix. Les parents souhaitent peut être savoir si leurs enfants sont atteints mais de quelle utilité est ce savoir ? Il n'y a pas de traitement si ce n'est des mesures contraceptives ou un dépistage foetal éventuel en vue d'une interruption volontaire de grossesse.

Nous avons évoqué l'importance trop grande que prenaient la science et les certitudes apportées par le savoir prédictif dans les positions subjectives que chacun doit assurer au cours de sa vie.

En tant que professionnels, nous nous focalisons sur ces certitudes

jusqu'à nous y enfermer et y enfermer le patient : l'avenir est bouché, obstrué par le diagnostic. Or le patient, bien plus que des certitudes, vient chercher auprès de nous des incertitudes : quelles perspectives a-t-il encore au-delà de sa maladie ? C'est dans la mesure où nous ouvrons et où nous explorons ces « possibles » avec nos patients que nous les aidons à transformer en humain ce qui de prime abord semblait inhumain parce qu'inéluctable. Faire de l'humain n'est ce pas nous inventer en dépit ou plutôt à partir des contingences, des limites qui nous sont imposées par les circonstances, code génétique compris? De cette vérité génétique à présenter comme un facteur parmi d'autres, nous pensons qu'un certain nombre de patient peuvent retirer une intensité accrue de leur vécu. On est parfois étonné de la rage de vivre et du surcroît de sens émanant de patients frappés par le destin dont la vie se met à valoir et à rayonner. Les solutions subjectives qui sont durement inventées dans ces situations extrêmes font authentiquement partie de la culture humaine et peuvent être utiles à tous.

18

Distiller ces informations dans le respect de chacun des sujets du réseau familial et du réseau social étendu est une tâche délicate. Cela provoquera des souffrances, des angoisses, des révoltes. Il est donc primordial de veiller à la qualité de l'accompagnement psychologique tant au moment de l'information que par la suite. Trop souvent des tests sont effectués sans que le patient n'ait compris la teneur et la portée de l'information qui sera fournie. Le résultat est banalisé et annoncé sans précaution ; le patient est « laissé là », avec son résultat et son désarroi. Le dépistage de la trisomie réalisé à grande échelle en prénatale est souvent une triste illustration de cette façon de procéder. Dans le conseil génétique, il est important de laisser le temps: temps d'assimiler l'information, de découvrir les différentes facettes du pronostic. La relation que nous entretenons avec les patients se situe dans la durée elle nous permet d'accompagner chacun dans son trajet personnel.

Voici le résultat de notre réunion. Merci de nous avoir stimulés. Nous pensons que tels échanges doivent se multiplier.

Amicalement,

Pour le comité d'éthique,

*Monique Boulad et Michel Elias*

## 5 Responsabilité financière des mineurs

Madame, Monsieur,

19

Notre service travaille depuis de nombreuses années dans le secteur de l'aide à la jeunesse. Son but est de lutter contre l'exclusion sociale et de favoriser l'accès à l'autonomie des jeunes et des familles.

Pour ce faire, nous assurons une information juridique et, à la demande un accompagnement du jeune dans tout type de démarches. Nous souhaiterions connaître votre avis au sujet d'une problématique que nous rencontrons. En effet, depuis quelques temps, nous sommes interpellés par des jeunes devenus majeurs auxquels des hôpitaux réclament le paiement de factures de soins qui leur avaient été prodigués.

La particularité des situations consiste dans le fait que les soins ont été prodigués à ces jeunes lorsqu'ils étaient mineurs et leurs parents, parfois en difficulté financière, n'ont pu régler les frais d'hospitalisation et/ou les honoraires.

Dans un premier temps, considérant l'article 203 du Code civil, nous pensions que les parents auraient dû être poursuivis.

Mais, nous nous sommes rapidement aperçus que les hôpitaux engageaient les poursuites à l'égard du mineur le considérant comme bénéficiaire de soins, et donc comme co-contractant, à charge pour lui de demander ultérieurement le remboursement à ses parents en invoquant l'obligation alimentaire ou en les mettant à la cause.

Nous nous sommes donc penchés de manière plus approfondie sur ce

qui semblait être la base sur laquelle s'appuyaient les hôpitaux pour leurs poursuites, à savoir : le contrat médical. D'après les éléments que nous avons pu récolter, ce contrat est un contrat verbal et soumis aux conditions de validité prévues à l'article 1108 du Code civil : objet, cause licite, capacité et consentement des parties. Plus précisément, par rapport au consentement, celui-ci doit avoir été libre, éclairé et précédé par une information claire sur l'objet des soins, le prix.

En ce qui concerne la capacité, même si le mineur est légalement reconnu incapable de contracter, de nombreuses dérogations ont été apportées à ce principe, notamment en matière de soins.

Un contrat médical pourrait donc être conclu par un mineur. Toutefois, de nombreuses questions se posent encore. Nous pensons qu'un manque de précisions face à celles-ci joue en défaveur du mineur.

20 En tant que fédération d'institutions ayant à connaître des demandes de soins faites par des jeunes et des familles en difficultés, nous souhaiterions connaître votre position concernant les points suivants: lorsqu'un mineur agit seul pour demander des soins, le reconnaissez-vous systématiquement comme contractant valable ou vous référez-vous à une fourchette d'âge pour déterminer s'il sera ou non un contractant valable ?

Lorsque les parents demandent des soins au bénéfice de leur enfant mineur, qui estimez-vous contractant dans cette hypothèse ?

Nous avons déjà interpellé à ce sujet l'Ordre des médecins ainsi que M. Dejemeppe, conseiller du ministre de l'Économie. Votre avis nous serait vraiment d'une aide précieuse.

Nous vous remercions de l'attention que vous réserverez à ce courrier et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre parfaite considération.

*Karine Joliton*

Madame,

Nous avons bien reçu votre courrier du 15 février 2001 et nous en avons débattu lors de notre dernière réunion.

Vous nous parliez de votre interpellation par des jeunes devenus majeurs auxquels les hôpitaux réclament le paiement de factures pour des soins qui leur avaient été donnés alors qu'ils étaient mineurs.

Ne connaissant pas de façon précise le cadre légal dans lequel s'inscrivent les situations que vous présentez, nous n'avons pas pu nous prononcer sur cet aspect de la question.

Néanmoins, nous restons disponibles pour mener une réflexion sur le cadre juridique et si cette démarche vous intéresse nous vous demandons d'avoir la gentillesse de nous communiquer les textes utiles à notre réflexion.

21

En effet, au niveau des soins de première ligne, l'enjeu financier n'est pas le premier de nos soucis. L'éthique et la déontologie nous obligent à soulager d'abord la souffrance et l'économique ne jouent qu'un rôle secondaire.

Il est vrai que dans la plupart des cas, cet enjeu financier est dérisoire comparé à ce qui peut être l'enjeu dans le cas des soins hospitaliers. Nous voudrions d'abord préciser, qu'à notre sens, les questions que vous posez s'inscrivent dans un débat beaucoup plus large concernant la responsabilisation des jeunes sur le chemin de leur autonomisation. Notre débat s'est surtout axé sur ce que nous entendons par « contractant valable ». Le terme contractant recouvre le mot « contrat ». Il nous semble important de pouvoir établir un contrat avec le jeune qui se présente pour une consultation quel que soit son âge. Nous pensons que le contrat, qui doit être négocié, peut être un outil vers l'autonomisation des jeunes.

Ce contrat, peut revêtir des formes différentes en fonction de la situation. Il se doit de prendre en compte les facteurs personnels, socioculturels et politiques.

Il nous est difficile de parler de fourchette d'âge tant les situations que nous rencontrons sont variables et demandent chaque fois une adaptation particulière.

Le contrat implique des responsabilités des deux parties. Le jeune

doit en être informé et s'engager à remplir les siennes tout comme le théra peut. Ce contrat comporte une responsabilité financière.

Le coût devrait être connu (au moins approximativement) au moment de l'établissement du dit contrat. Comment réclamer un montant que l'utilisateur n'a pas connu à l'avance ? Comment le désigner responsable, s'il n'a pas pu décider au préalable des possibilités d'assumer cette dette ? Les hôpitaux informent-ils de leurs droits, de leurs responsabilités, de leurs devoirs respectifs les jeunes et leurs patients ?

D'autre part, il ne nous semble pas du tout défendable que les hôpitaux puissent amener les jeunes à se retourner contre leurs parents pour le paiement de factures (concernant des soins qui leur ont été donnés alors qu'ils étaient mineurs) qui leur sont réclamés. Si c'est bien le mineur qui a reçu les soins, il n'est pas du tout conscient, dans la plupart de cas, du coût que cela engendre. Comment lui réclamer valablement cette somme, dans l'après-coup ?

22 Nous nous interrogeons cependant de savoir qui doit payer cette facture. Est-ce le jeune ? Est-ce le parent ? Est-ce la société ?

Dans notre société, les parents assument généralement les frais encourus par leurs enfants jusqu'à la fin de leurs études. Qu'en est-il de la responsabilité des jeunes, devenus adultes, à l'égard de leurs parents ? Jusqu'où va la solidarité ? Si les parents ne peuvent pas assumer les frais, les jeunes devenus majeurs, ne peuvent-ils pas les prendre en charge par solidarité si leur situation le leur permet ? Dans une société où le cloisonnement des revenus est de plus en plus présent, où la consigne « chacun pour soi » l'emporte sur toutes les autres, ne devrait-on pas essayer de réstimuler la solidarité ? Où est-ce à la société à prendre en charge tout ce que certains refusent d'assumer ?

Voici le fruit de notre réflexion. Nous espérons que vous y trouverez des éléments de réponses à vos questions.

Amicalement.

Pour le comité d'éthique,

*Bénédicte Dubois et Natacha Carrion*

## 6 Pluridisciplinarité dans le code de déontologie

Mars 2001

23

Professeur retraité du département de médecine générale de l'université de Liège et membre actif de l'Association belge des syndicats médicaux, le Dr. Joset est aussi responsable de la commission chargée d'actualiser les articles du code de déontologie de l'Ordre des médecins sur le travail pluridisciplinaire. Il a souhaité connaître l'avis des maisons médicales à ce sujet en raison de leur expérience en matière de travail d'équipe.

Au docteur Joset

Cher monsieur,

dans le cadre d'une réforme du code de déontologie, vous vous questionnez sur la place du travail en équipe multidisciplinaire, nous avons essayé d'ébaucher quelques pistes dans le cadre du comité d'éthique de la fédération des maisons médicales car nous avons quelques années d'expérience quotidienne de multidisciplinarité.

Nous pensons qu'il serait important de consacrer un chapitre sur les aspects déontologiques et éthiques de la pluridisciplinarité dans le secteur des soins de santé et de la santé préventive.

En effet, en relisant la dernière version du code de déontologie, nous n'avons trouvé la notion de travail pluridisciplinaire que dans les paragraphes concernant le traitement des assuétudes et un peu dans ceux concernant la fin de vie et les soins palliatifs. Les notions d'échange, d'écoute mutuelle, de croisement de compétences et d'expériences n'apparaissent pas.

Par notre ancrage, nous sommes d'avantage au fait de tout ce que la pluridisciplinarité recouvre au niveau des soins de première ligne. Nous pensons cependant que les principes essentiels du travail en équipe ne connaissent pas de frontière stricte dans le champ médical ; les réalités cliniques et le cadre de travail sont différents mais les questions fondamentales de distribution des responsabilités et d'échanges de savoir se posent dans tous les contextes.

La pluridisciplinarité n'est pas la juxtaposition de différentes disciplines mais l'apparition d'un vrai travail d'équipe où le patient est et doit rester le centre de notre processus de réflexions et de soins.

Le patient a le droit à l'information, à l'autodétermination, à la protection de sa vie privée et à la liberté religieuse et philosophique.

Le fait des techniques qui se complexifient, la volonté de prendre le patient dans sa globalité et celle de le laisser au centre du processus amène la nécessité d'un travail en équipe ou en réseau. Chacun dans l'équipe a un savoir spécifique et complémentaire, tant dans le volet de la prévention que dans les soins proprement dits. Chacun doit avoir une autonomie et une créativité dans le champs de ces compétences mais dans le cadre d'un projet commun.

L'élaboration d'une véritable pluridisciplinarité part d'une prise en considération du caractère spécifique et irremplaçable de chacune des disciplines qui participent. Tant que l'on considère qu'une discipline est supérieure aux autres et les englobe toutes, celles-ci ne sont pas reconnues et valorisées dans leur apport différent et indispensable. Cela nécessite une cohérence et une concertation très importante dans le projet pour chaque patient et donc une communication très grande et très respectueuse de chacun.

La qualité des soins implique une responsabilité individuelle, une responsabilité de l'équipe et nécessite une interpellation réciproque. Comme dans toute tâche de responsabilité collégiale, un membre doit être chargé de dégager la décision finale. Ceci n'est pas la préséance d'une discipline sur l'autre ce qui est demandé au médecin qui, à la lumière de la coordination pluridisciplinaire, c'est de dégager l'option, à mettre en oeuvre : il ne fait que la synthèse. Cette responsabilité de dégager des différents apports les décisions et le programme d'action est une fonction spécifique. Il faut une vraie mise en commun préalable où tous les savoir et compétences sont respectés : aucun englobe ni ne surpasse les autres.

25

Dans ce cadre, la patient doit connaître les limites du secret médical et y adhérer tout en pouvant y mettre un certain veto.

Le secret médical doit être préserver par chaque intervenant tout en tenant compte d'un certain partage dans le cadre de la mission de soins et dans ce cadre seul. Chaque membre de l'équipe est tenu au secret professionnel. La réponse à la demande d'information d'un patient doit être le fruit d'une concertation d'équipe.

Pour le comité d'éthique,

*Chantal Hoornaert*



Ask about  
→ to research, find  
helping people

## 7 Mineurs et secret médical

Liège, le 09 avril 2001

27

Chers membres du comité d'éthique,

suite à quelques situations rencontrées dans notre pratique médicale, il nous vient certaines questions concernant le secret médical, plus particulièrement par rapport aux mineurs. C'est pourquoi nous nous permettons de vous les soumettre.

Quelles sont les limites ou conditions du secret médical concernant un enfant ou un adolescent par rapport à ses parents ? Dans quelles mesures peut-on garantir le secret à un mineur ? Y a-t-il un âge limite, ou des situations particulières ?

Si les parents d'un enfant ont divorcé, et qu'un parent vient demander si l'autre parent est venu avec l'enfant en consultation (que ce soit par curiosité ou par inquiétude légitime ou non), et/ou demande le contenu de cette consultation, que sommes-nous en mesure de répondre ? Cela dépend-il de qui a la garde de l'enfant, ou non ?

De façon plus générale, dire si un patient est venu en consultation ou non, est-ce déjà de l'ordre du secret ?

Dans l'espoir d'une réponse qui nous aide à mieux rendre service à nos patients, nous vous prions d'accepter, chers membres du comité d'éthique, l'expression de nos salutations confraternelles.

Pour les médecins de la maison médicale la Passerelle,  
*Isabelle Heymans*

Le 11 mars 2002

Chère docteur,

en réponse à votre lettre adressée au comité d'éthique, voici quelques éléments de réflexion.

Tout d'abord et de manière générale, le seul fait de venir en consultation, et pas seulement le contenu de celle-ci, fait partie du secret médical. Le personnel d'accueil et autres personnes du service sont tenus, conjointement, à ce secret professionnel. Des personnes étrangères pourraient éventuellement constater la venue en consultation d'un tel. La discrétion et le respect mutuel requièrent de ne pas en faire état.

28 Quel que soit l'âge du patient qui consulte, il doit être au centre de la consultation et a droit au secret professionnel (voir dans le Bulletin du conseil national de l'Ordre des médecins, décembre 2001, n°94). Même s'ils sont plus que d'autres en devenir, les mineurs doivent être considérés comme des personnes ayant droit à part entière au secret médical. Si des exceptions sont à prévoir en fonction de l'âge de l'enfant, ces exceptions, qui doivent être en sa faveur, ne mettent pas en cause un droit qui lui appartient dès le plus jeune âge. Il doit être associé à la mesure de ses possibilités, à la connaissance de sa situation et des mesures que l'on prend.

Tout enfant ou adolescent qui consulte avec ses parents ou un de ses responsables doit entendre de la bouche de l'intervenant qu'il lui est toujours possible d'être entendu seul.

Pour un adolescent, le secret médical est de rigueur, et ce n'est qu'avec son accord et dans les conditions qu'il précisera lui-même, que communication pourra être faite à ses ayants droit légaux. Il serait d'ailleurs souhaitable de faire autant que possible cette communication en présence de l'enfant.

Dans la mesure où l'usage du secret par l'enfant, en l'isolant de ses parents, le priverait d'une aide souhaitable, il va de soi que le consultant insistera auprès de son protégé pour l'amener à prendre contact avec ses parents ou responsables. Ce sera particulièrement le cas lorsque la plainte s'avérerait grave et nécessiterait de grands frais.

Le problème des parents séparés et divorcés doit probablement être apprécié cas par cas. Ici encore, c'est le respect de l'autonomie de l'enfant qui doit être prépondérant. Aussi sera-t-il opportun que, lors du premier contact avec l'enfant, il lui soit demandé, dès que son âge le permet, ce qu'il souhaite et croit bon que l'on dise à l'un ou l'autre, ou à chacun de ses parents.

Si les parents, séparés ou non, tuteur ou responsable d'une quelconque façon, font une demande du contenu d'une consultation, il peut leur être répondu que leur protégé est suivi en consultation médicale, qu'il a droit au secret, qu'il sera mis au courant de cette demande, et que l'intervenant fera ce qui est en son pouvoir pour ouvrir des endroits de rencontre entre lui et les demandeurs. L'intervenant pouvant être choisi comme médiateur.

Si un des parents séparés demande si l'autre parent est venu avec l'enfant, il faut répondre que cela est soumis au secret professionnel. Tout en étant ferme sur la protection du secret professionnel, la personne consultée peut-être un élément important de dialogue et d'ouverture entre les parents, et les exhorter à susciter le dialogue entre eux.

29

Recevez, chère docteur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pour le comité d'éthique,

*Paul Decruyenaere et Pierre de Locht*



Pentamatic 500

Pentamatic 500  
A pen for writing  
Pentamatic 500

## 8 Acte/forfait, différence enrichissante ou obstacle entre les équipes

*Intervention faite lors de l'AG de la FMM de mars 2001*

31

Chers amis,

le comité d'éthique est interpellé par le conflit qui prend essor au sein de la Fédération entre des maisons médicales travaillant à l'acte et des instances centrales (conseil d'administration et cellule politique) de la Fédération. Estimant que ce conflit est au moins pour partie éthique, il a décidé d'entreprendre de sa propre initiative un questionnement sur la problématique soulevée.

Nous avons pensé qu'un préalable indispensable à notre discussion était de rappeler les valeurs qui sont au fondement de notre projet en tant que Fédération des maisons médicales, projet que nous avons toujours voulu progressiste dans l'approche de la santé publique, respectueux des patients dans leur individualité et respectueux des travailleurs de la santé eux-mêmes.

Accessibilité, globalité, intégration, continuité sont les axes apanages des soins de santé primaires. Les maisons médicales les conjuguent de façon particulière. Quelles sont précisément les valeurs particulières dont les maisons médicales ont imprégné ces quatre axes ? Les maisons médicales considèrent-elles la mission de soins seulement comme un contrat individuel entre deux personnes, le soignant et le patient? Ou

considèrent-elles cette mission comme étant prioritairement au service de la société ? Ou comme un savant mélange entre ces deux options ? Au-delà de cela, plusieurs méthodes de travail ont été adoptées par les maisons médicales : acte, forfait à la capitation, forfait à la fonction peut-être plus tard. Le projet de société qui sous-tend le fait de travailler en maison médicale et de faire partie de la Fédération est-il encore suffisamment unificateur pour permettre aux maisons médicales ayant adoptés des méthodes de travail différentes d'être des alliées ? Ou ces méthodes reflètent-elles des divergences importantes qui peuvent nous conduire à des oppositions ? Ces oppositions sont-elles irréductibles ? Reposent-t-elles sur un conflit concernant certaines valeurs, (et dans ce cas lesquelles), et /ou certains objectifs ? Concernent-elles certains moyens comme le financement, ou l'axe politique vis-à-vis des pouvoirs publics, ou s'agit-il de l'organisation interne de la démocratie, c'est-à-dire la représentativité des travailleurs de chacun des groupes au sein de la Fédération ?

32

Peut-on imaginer que la Fédération puisse devenir fédératrice d'autres modes de travail qui aspirent et oeuvrent aux mêmes valeurs qui nous rassemblent aujourd'hui (certains travailleurs en réseaux par exemple)? Ou imagine-t-on que la Fédération doive se radicaliser et faire le choix de soutenir préférentiellement un système de travail défini comme étant le plus progressiste et le plus respectueux des patients et des travailleurs ? Ce système a-t-il bien les qualités qu'on lui prête? S'il s'avère rentable, quelle position prendra la Fédération vis-à-vis de ceux qui le choisiront pour sa rentabilité financière uniquement? Quelle stratégie mettra-t-elle en place pour éviter sa dénaturation idéologique ?

Dans la voie du radicalisme, peut-on penser que les autres modes de travail puissent encore trouver leur place dans une Fédération défendant très préférentiellement un système ? Doivent-ils organiser alors leurs propres lieux de réflexion, créer leur propre Fédération ? Peut-on imaginer des lieux de réflexion commune ?

Sachant que nous sommes confrontés à un enjeu éminent, comment pouvons-nous préserver les avantages de l'échange, du croisement des compétences, de l'écoute mutuelle pour qu'ils restent mobilisateurs ? Comment se permettre l'interpellation réciproque pour ne pas

enfermer chaque système dans une autosuffisance qui risque d'être stérile? L'acte est en effet porteur du germe de la surproduction de soins, le forfait porte le germe de la sous-production de soins et de la surréférence à la deuxième ligne. Comment chacun des systèmes dans les maisons médicales peut-il s'adresser à l'autre pour s'obliger à rester éveillé à la critique ? Le réalisme politique n'est-il pas uniquement progressiste à ce prix ?

Si la Fédération se voit dans l'obligation de définir des stratégies politiques dans sa lutte vers l'extérieur, opposée à la médecine ultra-libérale, définissons quelles sont les valeurs pour lesquelles on ne transige pas, quelles sont celles qu'on négocie, quelles sont celles qui peuvent attendre ?

En conclusion, une question subsiste : les travailleurs des maisons médicales peuvent-ils et veulent-ils se fédérer solidairement pour travailler à l'émergence du sujet là où il n'y a plus de sujet et l'émergence du social là où il n'y a plus de social ?

33

Bonne assemblée générale,

Pour le comité d'éthique,

*Anne Gillet*



## 9 Animation lors d'une manifestation publique: éducation à la santé ou publicité ?

Chers camarades,

35

un petit courrier encore, comme une pression sur un interrupteur pour bénéficier de vos lumières...

Depuis quelques années, l'intergroupe liégeois (IGL) participe à différentes manifestations publiques, plus ou moins militantes. Nous y présentons des revues de la Fédération, des affiches présentant des problèmes de santé, nous organisons des petits jeux interpellant sur les facteurs déterminants de la santé...

Cette année, pour Retrouvailles, une fête annuelle où les différentes organisations régionales, publiques et privées, se présentent au public, nous souhaitons faire quelque chose de différent où nous voulions interpeller le public, devenu acteur, sur la santé et les soins de santé. Le jeu « jouez au docteur » se passait donc à notre stand (voir texte ci-joint). Le passant interpellé était invité à jouer au docteur : dans une première moitié de stand, aménagé en cabinet médical (a minima), il tirait au sort un problème. Il devait trouver une action à mener à partir de ce problème. Il s'agissait de choisir entre différents bocal, représentant chacun une intervention possible : écoute, envoi chez un spécialiste, prise de sang, rassurer, conseils, prescription de médicaments,... Dans la deuxième partie du stand, aménagée en cité, le passant devenait citoyen avec la même plainte. Il devait dire ce qu'il faisait avec elle : il la déposait chez le médecin généraliste, à l'hôpi-

## Chapitre 9 - Education à la santé ou publicité ?

tal, chez le psychologue, chez un ami, il allait dans le parc, au café... Cela évidemment servait aussi de support au dialogue entre les travailleurs des maisons médicales qui tenaient le stand et les passants... Mais, certains médecins généralistes passant par là allèrent ensuite, poursuivant leur chemin, se plaindre auprès de l'organisateur, qu'il s'agissait là, visiblement, de la part des maisons médicales, de publicité... Qu'en pensez-vous, oh vous, pleins de sagesse ?

D'avance, je me réjouis et vous remercie de votre réponse.

Pour l'intergroupe,

*André Crismer*

En quelques mots, nous avons d'abord tenté de cerner le cadre de l'ensemble de ces interventions : motivations, objectifs, moyens.

### **Analyse**

- ▶ L'interdiction de publicité pour l'activité médicale nous empêche de promouvoir notre système de soins ;
- ▶ Nous avons peu de contacts en-dehors de nos patientèles respectives ;
- ▶ Nos principes de travail pourraient avec profit être mis en pratique dans d'autres cadres de soins ;
- ▶ A côté de la dispensation de soins, la lutte contre les inégalités sociales constitue, en soi, une stratégie non négligeable pour réaliser nos objectifs en matière de santé.

### **Objectifs**

- ▶ développer une action commune auprès du public le plus large possible, au-delà de nos patientèles propres, établir un dialogue avec la population ;
- ▶ participer à la lutte contre les inégalités ;
- ▶ promouvoir les principes de notre système de santé.

### **Moyens**

- ▶ soutien à des mouvements de lutte contre les inégalités, développement des liens avec les associations qui partagent les mêmes valeurs ;
- ▶ participation à des événements dans le cadre de cette lutte ;
- ▶ organisation d'une animation lors d'événements publics.

### **Animation «jouez au docteur et soyez patient(e) !»**

Nous avons développé le point 3 des moyens, en veillant à la cohérence avec l'ensemble des objectifs, même ceux que ne visent pas ce moyen particulier.

### **Objectifs :**

- ▶ entrer en contact avec le public le plus large de manière conviviale ;
- ▶ promouvoir les principes de notre système de santé ;
- ▶ échanger les points de vue sur ces principes ;
- ▶ placer le public en position d'acteur de la santé.

### **Principes**

L'animation s'adresse, a priori, à des adultes ou des adolescents. Elle est centrée sur l'échelonnement et la subsidiarité. Elle est conçue pour être attractive, et pour servir de support à un échange non formel.

Les travailleurs qui sont présents ont un rôle actif d'animateur et d'interlocuteur à tenir. Pas d'information frontale, pas de réponse juste ou fausse, pas de vérité pré-emballée.

### **Déroulement**

Le public est invité, de manière pro active, à venir «jouer au docteur». Il y a, sur le stand, un «espace cabinet médical», où on invite quelqu'un à prendre place comme médecin généraliste. Il puise dans une urne une plainte. C'est celle que le patient fictif lui soumet. Il faut décider de ce que le médecin va faire sur base de cette plainte. Il s'agit de déposer le carton dans un récipient en fonction du traitement de la plainte. L'animateur peut interroger ce choix, le commenter, le mettre en perspective. Par contre, il n'y a rien à gagner à décréter qu'une réponse est bonne ou mauvaise.

Ensuite, la personne passe dans l'autre espace, avec une copie de sa plainte de départ. Le décor est constitué de silhouettes de maisons (la "cité"). Devant ces maisons sont déposées plusieurs boîtes aux lettres, la question est de savoir où elle va demander un avis ou une aide. On peut aussi se questionner sur le circuit ultérieur de cette plainte.

L'hypothèse est que tout ça devrait permettre un débat ouvert, riche et égalitaire sur la 1<sup>ère</sup> ligne, le 1er échelon, la subsidiarité, l'échelonnement, et le rôle que le patient peut jouer dans ce système.

Cher André,

le 27 septembre 2001, tu as demandé l'avis du comité d'éthique à propos de l'événement suivant : L'intergroupe liégeois avait organisé lors de la manifestation publique « Retrouvailles » le jeu « jouez au docteur » sur son stand. Certains confrères ont taxé cette initiative de publicité et s'en sont plaint aux organisateurs.

L'un des objectifs de l'animation était clairement de « promouvoir les principes de notre système de santé » et cela « auprès du public le plus large possible ».

Il est nécessaire d'informer le public et de l'amener à réfléchir à propos de la santé. Les maisons médicales ont mis sur pied une structure de soins qu'elles estiment performante. Il est donc légitime qu'elles la fassent connaître et qu'elles essaient de la diffuser le plus largement possible que cela plaise ou non aux adversaires des maisons médicales. Un débat et un exposé de toutes les conceptions en matière de soins de santé ne peut qu'être profitable à tous. Cependant, diffuser les valeurs que nous estimons indispensables (accessibilité, globalité, équité, pluridisciplinarité...) ne doit pas être prétexte à diffuser des noms de maison médicale ou de médecins. Ta lettre ne précise pas si de telles informations étaient distribuées en même temps. Dans ce cas, cela prend un aspect nettement plus publicitaire. L'interdiction de la publicité a du sens : elle permet d'éviter le mercantilisme dans le domaine des soins de santé.

39

Cette initiative est une prise de position politique, un engagement militant dans la lutte contre les inégalités en matière d'accès aux soins de santé. Dénoncer l'inégalité, proposer un système où elle est abordée différemment, parler de cette expérience haut et fort, interpellier les politiques, tout cela fait partie de notre conception du rôle de soignant. Il serait dangereux que le prétexte de publicité serve à empêcher l'expression politique.

Cependant, les maisons médicales ne peuvent pas faire une OPA sur la pauvreté. Elles n'ont pas à confisquer le débat et à se présenter comme le seul moyen de lutter contre les inégalités.

Le côté militant de cette action pose une autre question : jusqu'ou une maison médicale ou à fortiori un groupe de maison médicale peut-il s'impliquer dans ce type d'initiative sans verser dans un certain sectarisme ? N'y a-t-il pas des degrés d'engagement différents à respecter suivant que l'on prend ces engagements en tant que personne, en tant que médecin, en tant que maison médicale ou en tant que Fédération des maisons médicales ?

40

Dernière remarque : des actions de ce type n'attisent-elles pas inutilement le ressentiment de nos confrères ? Même si les maisons médicales sont très efficaces, elles n'ont pas le monopole des soins de qualité ! La force collective des maisons médicales, leur sur-représentation au niveau des instances politiques, de l'INAMI... gênent les généralistes qui travaillent en solo et même ceux qui travaillent en groupe ou en réseau. N'est-il pas souhaitable de dépasser ces clivages pour s'entendre et collaborer avec les confrères qui partagent certains de nos objectifs : la lutte contre le libéralisme en matière de soins de santé, qui prône la liberté thérapeutique sans réserves et rejette par principe toute forme de contrôle ou de planification afin de protéger les intérêts financiers ou le pouvoir discrétionnaire des médecins ? Cet argument n'est pas une raison pour éviter les prises de positions claires mais peut-être pouvons-nous être plus attentifs à la manière de le faire.

Tout dépend donc du ton employé au cours de cette animation: la dénonciation des inégalités, l'exposé de nos principes servaient-ils simplement à informer et à stimuler la réflexion ou tendaient-ils à prouver que les maisons médicales sont « bonnes » contrairement aux mauvais» médecins libéraux ?

Nous espérons, cher André, que ces quelques réflexions vous aideront et vous stimuleront à poursuivre tant votre réflexion que vos actions.

Merci de nous stimuler aussi.

Pour le comité d'éthique,

*Monique Boulad*

# 10 Attitude à adopter par les travailleurs face à la violence de patients porteurs d'armes à feu

12 décembre 2001

41

Nous sommes souvent confrontés à des situations où des patients expriment une violence et une agressivité inacceptables envers leurs proches, envers eux-mêmes, et à l'occasion envers nous. Le problème est d'autant plus aigu que nous avons du ces derniers temps prendre position face à des patients porteurs d'armes à feu.

Il y a quelque mois, un patient s'est suicidé d'une balle dans la tête en face de sa femme et de sa petite fille. Il était en grande détresse psychologique depuis quelque temps déjà, était violent et menaçant. Nous nous étions alors beaucoup interrogés sur le fait que trois d'entre nous (médecin, kiné, psychologue) savaient que ce patient possédait une arme. Rétrospectivement, certains d'entre nous ont regretté le fait de ne pas être intervenus pour lui retirer son arme d'une manière ou d'une autre. Il y a quelques semaines, lors d'une visite à domicile, un médecin se retrouve dans une situation difficile et angoissante : un homme dont on connaissait les antécédents d'emprisonnement pour violence conjugale a menacé sa compagne de la tuer avec son arme, il était complètement saoul et très agressif. Le médecin, de retour à la maison médicale et après brève concertation avec deux autres thérapeutes, a appelé la police pour lui soumettre la situation. Rétrospectivement, en réunion d'équipe, certains auraient voulu désarmer le patient eux-mêmes, d'autres ne seraient pas intervenus du

tout dans la situation, pour ne pas envenimer les choses...

Nos questions face à un patient détenteur d'une arme à feu et pour qui on a de réelles craintes d'un passage à l'acte. Est-il possible de dégager une attitude « optimale » dans le but de protéger son entourage, lui même et le cas échéant le thérapeute concerné ? Comment être suffisamment prudent pour éviter des catastrophes, sans virer dans une parano injustifiée qui nous alarmerait dès qu'on apprend qu'un patient est détenteur d'une arme à feu (et il y en a beaucoup). Si on décide d'intervenir, que faire ? A noter qu'il faut évidemment décider dans l'urgence qu'en appelant les flics, la relation de confiance avec le patient est mise à rude épreuve pour l'avenir. Doit-on être aussi inquiet quand il s'agit d'une arme blanche ?

42 Les situations n'étant jamais vraiment comparables doit-on travailler au cas par cas, ou plutôt dégager une ligne de conduite, qui nous aiderait à ne pas prendre de décisions trop hâtives et trop dans l'émotion.

Un grand merci de plancher sur ce problème médico-légal particulièrement complexe.

Dans l'attente de votre réponse, je suis à votre disposition pour plus d'informations, et je vous adresse mes amitiés.

*Miguelle Benrubi*

Cher Miguelle,

Nous te remercions pour ton interpellation et te communiquons ici le fruit de la réflexion du comité d'éthique.

Il y a, dans la question posée, un problème de violence et de confidentialité.

Sont en jeu ici entre autres :

- ▶ le respect du secret (qui comprend tout ce qui peut être constaté à l'occasion d'une consultation ou d'une visite, même si cela ne concerne pas directement le problème traité) ;
- ▶ la protection d'une victime potentielle ou en tout cas la notion d'un danger potentiel ;
- ▶ la protection de la société contre des individus dangereux - la protection d'un individu contre un totalitarisme social (la police et la justice serait partout et tout le temps) ;
- ▶ la conscience de l'existence d'un risque en même temps que la conscience que la vie en société comprend en elle-même une part inéluctable de risques.

43

▶  
Nous pensons que notre rôle de thérapeutes nous fournit une occasion privilégiée pour donner notre point de vue face à toute forme de violence qu'elle soit dirigée vers nous ou vers un tiers.

Signifier notre désapprobation et poser ainsi nos limites permet de redéfinir un cadre de travail et de poser les bases nécessaires à l'amorce d'un dialogue.

La violence est souvent inexcusable et injustifiable. Elle n'en a pas moins des causes, des racines et témoigne souvent d'un désordre intérieur ou d'un manque de moyens pour faire face à des réalités difficiles pour l'individu. Comment permettre au soignant d'aider la personne à progresser sinon en maintenant, en garantissant une relation ferme de confiance ?

La sauvegarde de la relation entre le soignant et le patient reste une des meilleures garanties pour que ce dernier change de comportement. Mais pour que ce dialogue puisse exister, il nous semble qu'il y a un intérêt supérieur à ne pas transgresser la règle du secret car cela engendrerait des conséquences nuisibles au niveau de l'individu et de la société. La rupture du secret conduit à la dislocation de la relation privilégiée entre soignant et patient avec pour résultat la perte d'une possibilité d'accompagnement de la personne à la fois dans ses pro-

blèmes, dans sa maladie et dans leurs conséquences sociales.

Par ailleurs, il faut être conscient que la rupture de la règle du secret, même sur un territoire aussi sensible que celui-ci, aurait pour conséquence de manifester qu'il n'existerait donc plus, dans notre société, de « lieu » où l'on puisse pénétrer en confiance qui que l'on soit ou quoi que l'on ait fait, de personne à qui l'on puisse se confier en toute sincérité, dans l'assurance d'être écouté et pris en considération.

Ceci constitue une part de désagrégation du lien social, de manifestation de la perte de valeur de la notion d'individu, entre autres effets dommageables sur le plan de la collectivité comme sur celui de la vie privée. Il peut être également souhaitable de mettre en évidence la difficulté de la position dans laquelle se trouve le soignant et de montrer que l'équilibre est fragile entre intervention et non-intervention ou type d'intervention. Cet équilibre dépend d'un consensus social, d'une balance entre valeurs en jeu.

44 Face à une menace, réelle ou supposée, de personnes en danger, de victimes potentielles à protéger, le soignant peut-il ignorer le risque ? Peut-il ne pas chercher à préserver l'intégrité des individus vivant dans l'entourage d'une personnalité potentiellement nuisible ? Le code de déontologie stipule, dans l'article 61 : « si le médecin acquiert la connaissance de séquestrement arbitraire ou de tentative d'empoisonnement il en informera les autorités judiciaires, le mobile du médecin, dans ce cas, sera essentiellement la protection de la victime. »

Le code international de déontologie infirmier stipule que : « la responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin. Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les valeurs, les coutumes et les croyances de l'individu sont respectées. L'infirmière est liée au secret professionnel et ne communique qu'à bon escient les informations quelle possède ».

On peut faire une analogie avec le risque représenté par quelqu'un d'armé susceptible de faire usage de son arme. Cependant le problème ici est la conscience d'un danger potentiel et non pas d'un acte en train de se produire ni d'une victime au sens réel du terme.

Il nous semble par conséquent que le fléau de la balance penche actuellement (dans le contexte médical et social que nous connaissons) du côté de la première attitude décrite, à savoir le respect du secret motivé et avec une conscience commune de ses enjeux de part

et d'autre.

Nous voudrions insister sur le fait que ce n'est pas en observant a *posteriori* les conséquences d'un acte posé que l'on peut juger de sa valeur éthique.

Une réflexion et une discussion en équipe permettront aux travailleurs concernés d'analyser et de mieux comprendre la manière dont ils ont réagi. Cette réflexion devra permettre à tout un chacun de s'interroger sur sa propre attitude face à ce type de situations et de faire un cheminement par rapport à l'attitude à adopter en pareilles circonstances. Il peut bien sûr exister des divergences dans la perception que peuvent avoir les différents intervenants au sein d'une même équipe. La sensibilité par rapport au degré d'intervention peut être différente. L'équipe de la maison médicale aura à faire face à des conflits de cet ordre en son sein et devra les gérer le mieux possible dans le respect des individus qui la composent. Ceci n'est pas une tâche facile et il fera l'objet de réunions au cours desquelles ces questions devront être abordées en toute franchise dans le plus grand égard des uns et des autres. Il n'en reste pas moins qu'il faudra sans doute trancher une attitude commune ; toute la pédagogie nécessaire devra être mise en oeuvre pour arriver au plus grand consensus possible, avec bien entendu la prise en compte des tendances diverses. Ce qui est primordial, c'est d'arriver à ce que les débats restent en permanence polarisés, dans la mesure du possible, autour des valeurs en jeu, dans un sens comme dans l'autre.

45

Le soignant peut encourager la ou les victimes potentielles à porter plainte ou à faire quelque chose d'elle-même. La prise de conscience de l'entourage, son refus de supporter plus longtemps la violence permet souvent un changement plus durable et plus profond qu'une intervention ponctuelle et autoritaire.

Il reste difficile pour nous de considérer qu'un soignant puisse se constituer comme un auxiliaire de justice. Notre travail et notre mission se situent sur un autre plan qui en fait à la fois la grandeur et le fardeau. A titre informatif, la question du secret professionnel avait déjà été traitée par le comité d'éthique (patient séropositif refusant de communiquer son état à son partenaire et refusant en même temps de prendre des précautions pour protéger ce partenaire).

Pour le comité d'éthique,  
*Bénédicte Dubois et Daniel Burdet*



7  
Waarkheid

vorm is rinnen

↳ ASbeeldige a something for

Gedachte is something Sinn

aan → gedachte

→ Pythagoras

→ met god word en

→ best word

→ best word

# 11 Proposition de changement du mode d'inscription des nouveaux patients

Juin 2002

47

Bonjour cher comité d'éthique,

La maison médicale la Passerelle à Liège fonctionne au forfait, avec quatre médecins généralistes (et deux assistants), deux infirmières dont une infirmière sociale, trois kinés, trois accueillantes et l'assistante sociale pour une population de 4000 patients.

Depuis quelques années, elle est débordée par les demandes d'inscription de patients « gros cas psychosociaux » référés par toutes les institutions débordées sur le terrain (CPAS, centres de santé mentale, Centre liégeois d'aide aux jeunes, habitations protégées,...). Ces personnes arrivent à l'accueil et demandent à être vues par un médecin. C'est à l'accueil, dans la hâte et sans que la personne n'écoute réellement - nous semble-t-il - qu'on inscrit et qu'on donne un rendez-vous chez le premier médecin disponible (pour bien faire, pas un assistant qui n'est là que pour un an ou deux). Les quatre médecins référents de la maison médicale sont tous passés cette année par une période de burn out et de remise en question de leur travail : impuissance face à la misère sociale, face aux demandes tellement loin de problèmes médicaux sensu stricto.

C'est ainsi que, après réflexion en équipe :

- 1 on arrête les inscriptions jusqu'au 30 septembre 2002 ;
- 2 le secteur social, c'est-à-dire l'infirmière sociale et l'assistante sociale, propose un autre type de fonctionnement : la personne arrive à l'accueil pour voir un médecin et donc s'inscrire ; l'ac-

cueil postpose l'inscription et donne au patient un rendez-vous avec une des deux personnes du secteur social. C'est l'assistante sociale ou l'infirmière sociale qui expliquera calmement l'implication de l'inscription, et qui évaluera la demande du patient. Elle décidera elle-même du suivi du patient par elle-même pour l'aide psychosociale, par le médecin si nécessaire.

3

Les médecins sont très preneur. Dans notre équipe pluridisciplinaire, les différents secteurs sont d'accord d'alléger le travail d'« ultra première ligne » des médecins, dans la mesure de leur fonction, bien évidemment. Se posent quelques questions : ce mode de fonctionnement se rapproche plus de celui des centres de santé mentale ou des plannings familiaux, le médecin n'étant plus le premier intervenant sur le terrain. Quelle image de la maison médicale cela risque-t-il de donner ? N'y-a-t-il pas des biais à systématiser une telle démarche ? Est-ce en accord avec l'accessibilité prônée par les centres de santé intégrée ?

48

Merci de nous dire assez vite si vous estimez opportun de plancher là-dessus, et, si vous le faites, de tenir compte du délai nous recommencerons à inscrire début octobre 2002.

Amicalement,  
*Miguel Benrubi*

25 juin 2002

Chère Miguelle,

Nous avons bien reçu ta lettre et nous te remercions de la confiance que tu fais au comité d'éthique.

L'organisation de l'accueil dans une maison médicale n'est pas un problème éthique à proprement parler et l'intergroupe nous semble le lieu indiqué pour en discuter et pour évaluer les avantages et les inconvénients de chaque formule.

Nous aimerions cependant souligner les principes éthiques qu'il nous semble important de sauvegarder quel que soit le modèle organisationnel choisi.

Le patient est et doit rester l'acteur de son histoire, de sa maladie et de sa santé. Le mal-être est multifactoriel, il a des causes et des répercussions multiples et diverses. A chacun de construire son mal-être et de l'interpréter comme il peut et comme il veut. A chacun de choisir le bout par lequel il va prendre le problème en fonction de ses priorités, de choisir le lieu où il va adresser sa demande et le mode sur lequel il va le faire.

49

Les soignants ont à respecter la démarche du patient, et à l'y accompagner dans les limites de leurs compétences même si l'abord choisi ne leur semble pas le plus adéquat. Bien sûr cela n'exclut pas que l'on informe et propose des alternatives de prise en charge. Mais c'est le patient qui in fine décide à qui il s'adresse.

« C'est l'assistante sociale ou l'infirmière sociale qui expliquera calmement l'implication de l'inscription, et qui évaluera la demande du patient. Elle décidera elle-même du suivi du patient par elle-même pour l'aide psychosociale, par le médecin si nécessaire. ». Ni l'infirmière sociale ni le médecin ne sont habilités à décider du suivi à la place du patient. La structure mise en place doit rendre possible et, stimuler la « créativité » de la personne, créativité indispensable pour qu'elle s'approprie ce qui lui arrive et qu'elle imagine des solutions.

Ta lettre manifeste le désarroi qu'éprouvent les équipes devant le malaise social et sa médicalisation. Cette « médicalisation du social » comme l'a appelée la Fédération, renvoie les médecins en particulier, aux limites de leur compétence et de leur puissance. Là s'arrête la toute puissance du savoir technocratique sur le corps que suppose la médecine. Et là commence notre impuissance à soulager la misère du monde... Peut-être devrions-nous le reconnaître et l'admettre...

La prétention des équipes à répondre à toute demande, à assumer des problèmes relevant du politique n'est-elle pas parfois excessive ? Notre rôle politique n'est-il pas de dénoncer cette médicalisation au lieu de prétendre l'assumer ? N'est-il pas possible de fixer des limites ? Les maisons médicales ne sont pas le seul recours possible et parfois elles ne sont pas le meilleur recours.

50

Une organisation différente des maisons médicales et en particulier du premier contact pourrait s'avérer une réponse intéressante au « social ». L'intergroupe nous semble plus compétent que le comité d'éthique pour analyser les différentes possibilités et leurs implications. Mais le changement ne devrait-il pas être adopté ou rejeté sur base de ses avantages potentiels plutôt que sur base de la nécessité de décharger les médecins ? D'autres solutions peuvent être envisagées pour résoudre ce problème bien réel et bien difficile à vivre : refus des nouvelles inscriptions, limitation de la zone géographique de prise en charge, recrutement de nouveaux médecins, mise au point avec les institutions qui orientent vers les maisons médicales, redistribution des tâches (administration, gestion...) au sein de l'équipe... Solliciter les autres secteurs parce que les médecins sont débordés ne s'inscrit-il pas dans la tradition « médicocentriste » (le médecin au centre les « para » médicaux, les psychologues et assistant social autour) ? Si l'on désire créer un modèle alternatif au modèle habituel peut-être serait-il plus adéquat de réfléchir à partir de l'offre spécifique de chaque secteur et des demandes plus construites des patients plutôt qu'à partir des besoins du secteur médical.

L'accessibilité sera bien évidemment différente selon le système adopté mais elle ne sera pas nécessairement moins bonne : limiter

l'accès direct au médecin peut augmenter sa disponibilité et donc améliorer une certaine accessibilité. L'équipe peut décider que le premier contact ait lieu avec le médecin conformément à la demande du patient, mais ne débouche ni sur une inscription immédiate ni sur une prise en charge globale d'emblée. Celles ci se feront dans un deuxième temps, après rencontre avec une assistante sociale qui expliquera le système. L'accessibilité « totale », à tous, tout le temps, n'est elle pas un mythe ?

Aux équipes de déterminer à quelle population elles doivent être accessibles et de choisir l'organisation qui le permet le mieux.

Nous espérons que ces réflexions vous aideront, toi et ton équipe, à avancer dans votre démarche.

Pour le comité d'éthique,  
*Monique Boulad et Chantal Hoornaert*

# Notes personnelles



A series of horizontal dashed lines for writing notes.

Notes personnelles



A series of horizontal dashed lines for writing notes.

# Les collections de la Fédération

## EQUIPES, TRAVAILLEURS DE MAISON MÉDICALE

*Différents documents et outils organisés en séries thématiques*

54	Série «Aide à la gestion»	(5 brochures)
	Série «La Fédé et vous»	(4 brochures)
	Série « Secteurs professionnels en maison médicale»	(2 brochures)
	Série «Comité d'éthique»	(7 brochures)
	Série «Tableau de bord»	(2 brochures)

## NOTES ARGUMENTAIRES DE LA FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

- ▶ Passer de l'acte au forfait, quels enjeux ?
- ▶ Proposition d'harmonisation des pratiques des maisons médicales au forfait en matière de remboursements
- ▶ Être agréé est un plus pour la dénomination «maison médicale»
- ▶ Les accueillants payés au barème des soignants gradués : pourquoi et quels enjeux ?
- ▶ Pourquoi soutenir le statut salarié en maison médicale ?
- ▶ Quelle position par rapport aux grèves dans le secteur des maisons médicales ?
- ▶ L'autogestion, un outil d'avenir
- ▶ Coopératives immobilières et maisons médicales

ETUDES ET ANALYSES DE LA FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES [www.maisonmedicale.org/-Publications-analyse-et-etudes-.html](http://www.maisonmedicale.org/-Publications-analyse-et-etudes-.html)

## OUTILS DE SOUTIEN À LA PRATIQUE

- ▶ Mon patient fume... : Attitudes du généraliste
- ▶ Nos patients fument ! Découvrez la balance décisionnelle et l'entretien motivationnel
- ▶ Action communautaire en santé : un outil pour la pratique
- ▶ Vade-mecum « Maladies chroniques »
- ▶ ABCédaire de l'accueil en maison médicale
- ▶ Fiches pratiques du référent tableau de bord
- ▶ Fiches bonnes pratiques et Dossier Santé Informatisé (DSI)

## COLLECTION "TOUS PUBLICS"

### *Dépliants informatifs*

- ▶ Maison médicale - Centre de santé intégrée
- ▶ Travailler en ... maison médicale - Centre de santé intégrée

55

### *Mouvement des Maisons médicales*

- ▶ Qu'est-ce que la Fédération des maisons médicales
- ▶ Charte des maisons médicales
- ▶ Mémoire : politique de santé
- ▶ Statistiques des maisons médicales

## PUBLICATIONS PÉRIODIQUES ÉMANANT DE LA FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

- ▶ Santé conjugée (trimestriel)
- ▶ News (mensuel)
- ▶ Feuille de liaison tableau de bord (quadrimestriel)
- ▶ Revue de presse des maisons médicales (bimestriel)

**CAT@LOSANTÉ** [www.maisonmedicale.org/-Cat-losante](http://www.maisonmedicale.org/-Cat-losante)

Plus de 80 fiches écrites par les maisons médicales pour présenter leurs projets, ou y puiser de l'inspiration pour de nouvelles activités.



## Série «Comité d'éthique»



- ▶ Présentation du comité d'éthique
- ▶ Problèmes posés par la situation d'un(e) patient(e) séropositif(ve) refusant de communiquer son état à son/sa/ses partenaires
- ▶ Vieillesse et approche de la mort
- ▶ Les tests génétiques et emploi
- ▶ L'euthanasie
- ▶ Recueil de réponses du comité d'éthique aux interpellations des équipes
- ▶ Des professionnelles voilées en maison médicale ?



Fédération des  
maisons médicales

Disponible sur demande:  
02 514 40 14  
fmm@fmm.be

[www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org)