



Conférence Francophone
des Ordres des Médecins

PROCÈS-VERBAL

DE LA RÉUNION CFOM

DU SAMEDI 24 NOVEMBRE 2012

SOMMAIRE de la réunion CFOM du 24 novembre 2012

| | |
|--|-----------|
| <i>Allocution de bienvenue</i> | 3 |
| <i>Accueil des participants</i> | 7 |
| <i>Présentation des conclusions du Bureau, des thèmes et méthodologie de travail</i> | 9 |
| <i>Médecine alternative – Médecine traditionnelle</i> | 12 |
| <i>Recommandations code de déontologie – Aboutissement à un code de déontologie unifié dans l'espace CEDEAO</i> | 26 |
| <i>Recommandations déontologiques CEOM</i> | 29 |
| <i>Télémédecine et déontologie</i> | 37 |
| <i>Cheminement d'une plainte – transmission d'information</i> | 46 |
| <i>Expérience du Mali dans l'action humanitaire</i> | 54 |
| <i>La question des soins en fin de vie au Canada</i> | 60 |
| <i>Fin de vie - médecine de l'incurable la loi belge et la pratique médicale</i> | 64 |
| <i>La loi Léonetti et ses évolutions</i> | 70 |
| <i>Le médecin et ses assurances</i> | 78 |
| <i>L'indemnisation des victimes</i> | 80 |
| <i>Présentation des travaux de la Délégation aux affaires européennes et internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins</i> | 84 |
| <i>Synthèse des débats et conclusion</i> | 88 |

Allocution de bienvenue

M. LEGMANN

(Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de France)

La séance est ouverte à 9 heures 30 sous la présidence de M. OGANDAGA

M. LEGMANN

Je vous souhaite à tous, chers collègues, chers amis, la bienvenue en vous accueillant au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins français pour la tenue de votre assemblée générale, six ans après la première rencontre organisée le 8 décembre 2006 à l'Hôpital d'instruction des Armées du Val de Grâce à Paris.

J'ai le grand plaisir d'accueillir notre collègue M. DO AMARAL, Président de l'Association médicale mondiale et M. KERZMANN, Président de la Conférence européenne de l'Ordre des médecins. Je tiens à saluer tous ceux qui ont fait le déplacement pour assister à cette réunion.

Aux côtés des membres du Bureau de la Conférence :

- le Président, M. OGANDAGA, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du GABON ;
- le Président d'Honneur, M. ALAOUI, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du MAROC ;
- le Vice-président, M. SANDJON, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du CAMEROUN ;
- le Secrétaire général, M. DEAU, Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins français ;
- le Secrétaire général adjoint, M. AYADI, Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins d'Annaba ;
- la Trésorière Mme SAMISON, Présidente du Conseil national de l'Ordre des médecins de MADAGASCAR ;
- le Trésorier, M. AKA, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de la Côte d'Ivoire.

Nos collègues des Ordres :

- d'Algérie : M. BEKKAT-BERKANI, Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins d'Alger ;
- de Centre-Afrique : M. SEPOU, Président du Conseil national ;
- de Côte d'Ivoire : M. FAYE, Trésorier du Conseil national ;
- d'Haïti : le M. SURENA, Président du Conseil national ;
- de Madagascar : M. RATSIMBAZAFY, Secrétaire général ;
- du Mali : M. FOFANA, Président du Conseil national ;
- du Sénégal : M. ABDOULAYE BOUSSO, Vice-président du Conseil national ;
- de Tunisie : M. CHAABOUNI, Président du Conseil national ;

- du Tchad : M. DJETODJIDE TETIMIAN, Président du Conseil national.

Et le retour parmi nous de nos collègues des Ordres :

- belge : M. KERZMANN ; Président de la Conférence européenne des Ordres des médecins.
- canadien : Mme VANDER STELT, membre de l'Association médicale canadienne, et Mme DEBURGGRAEVE, directrice ;
- luxembourgeois : M. BUCHLER, Président, et M. HEFTRICH, Secrétaire général du Collège médical ;
- suisse : Mme GAUTHEY, représentante de l'Ordre des médecins à la Conférence européenne des Ordres des médecins.

Je remercie également de leur présence :

- M. GALLARD, Président du Sou Médical ;
- M. GAUDEAU, Président de l'Association générale des médecins de France ;
- M. PIOUD, Président de la Mutuelle d'assurance du corps sanitaire français,

qui sont membres de l'Association médicale française.

Et nos conseillers nationaux :

- Mme KAHN-BENSAUDE, Vice-présidente ;
- M. DEAU, Vice-président
- M. LUCAS, Vice-président ;
- M. AHR, Secrétaire général adjoint ;
- M. CRESSARD, Président de la section Éthique et Déontologie ;
- M. BOUET, Délégué général aux relations internes ;
- M. DEGOS, Conseiller national, Président du Conseil régional d'Ile-de-France ;
- M. LUIGI, Conseiller national ;
- M. HECQUARD, chargé de mission à la section Éthique et Déontologie.

Mes chers collègues, mes chers amis, la Conférence est un espace d'amitié, de fraternité et de tolérance dans le respect de nos diversités culturelles, un lieu d'échange sur nos expériences respectives. Elle rend possible l'entraide technique et morale, la communion de pensées en matière d'éthique et de déontologie. Elle est un obstacle à la globalisation avec un outil unique : la pratique de la langue française.

Lors de la séance inaugurale il avait été décidé :

- du développement et de la structuration d'un travail en commun pour permettre de renforcer la concertation, la coordination et les échanges d'informations entre organismes ayant les mêmes missions de régulation ;
- de conjuguer les efforts et les ressources de chacun, pour une meilleure efficacité de la collectivité médicale, au service des populations ;
- de promouvoir les programmes de santé publique, en particulier de prévention ;
- de promouvoir l'accès aux soins, notamment les soins d'urgence qui doivent être dispensés pour tous les patients, quelles que soient leurs origines et en toutes circonstances ;
- de préserver l'indépendance professionnelle du corps médical indispensable pour la prise en charge de l'ensemble des patients ;
- de contribuer à l'amélioration de la formation médicale et à l'évaluation des pratiques professionnelles pour maintenir, toujours et partout, une médecine de qualité ;
- de coopérer sur des projets spécifiques et multilatéraux ;
- d'évaluer l'impact de la mobilité des professionnels de santé et de proposer les mesures nécessaires de régulation.

Merci à tous de votre présence à Paris qui donne à cette réunion une ampleur assez exceptionnelle.

Je vais céder la parole à M. OGANDAGA, Président de l'Ordre des médecins du Gabon, Président en exercice de la Conférence francophone des Ordres des médecins.

Accueil des participants

M. OGANDAGA
(Président de la CFOM)

M. OGANDAGA

Je vous remercie, Monsieur le Président LEGMANN.

Avant de commencer cette séance, tout en saluant tous nos collègues qui ont accepté de venir à cette assemblée générale, je vous prierai de vous lever pour une minute de silence car nous venons d'apprendre le décès du Président de l'Ordre des Médecins du Sénégal, M. BAMBA DIOP, décédé le 22 novembre.

(L'Assemblée respecte une minute de silence).

Mesdames et Messieurs les Présidents des Ordres des Médecins,

Mesdames et Messieurs les conférenciers,

Chers collègues,

Mesdames et Messieurs,

Nous voici sur nos pas, comme dans une course cycliste, où nous venons au point de départ, non pour lancer la course, mais pour le départ d'une étape après avoir rassemblé les coureurs qui ont été largués par le peloton de tête.

Paris, Bamako, Casablanca, Libreville : nous revoilà six ans après, à Paris. Nous devons nous retrouver à l'Hôtel Méditel pour cette rencontre. Dieu nous rappelle que ces locaux du CNOM sont aussi ceux de la CFOM, siège légal de notre chère institution, au 180 boulevard Haussmann.

Nous tenons donc à remercier le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de France d'avoir initié cette Assemblée générale lors de notre rencontre de Libreville en synergie avec notre collègue M. Xavier DEAU, Secrétaire Général de la CFOM.

La richesse des thèmes et la place laissée aux débats sont dans l'esprit de deux objectifs saillants de nos statuts à savoir :

- mener une réflexion éthique et un rapprochement des règles déontologiques médicales ;
- favoriser l'entraide, la solidarité, la coopération, les échanges d'idées et d'expériences entre les Ordres des médecins, sur les questions relevant de leurs organisations ou de leur fonctionnement.

Ainsi, la CFOM est à la phase, malgré le non-aboutissement de quelques réglages projetés et nous pouvons dire comme Lénine : « *qu'on ne peut créer des œuvres de beauté qu'après avoir rempli les besoins animaux* ». Cet instant est l'illustration de son évolution, après avoir terminé sa gestation et son accouchement dans les mains de cet émérite gynécologue obstétricien, M. ALAOUI Mlay Tahar que nous tenons à remercier sincèrement car la CFOM a bénéficié de sa détermination pour que cette ambition commune ne connaisse pas un arrêt de croissance préjudiciable à son existence.

Souhaitons-nous donc de bons travaux avec un enrichissement mutuel, pour un meilleur fonctionnement de nos Ordres et un bon exercice de la médecine au profit de nos malades.

Je vous remercie.

Présentation des conclusions du Bureau, des thèmes et méthodologie de travail

M. DEAU

(France)

M. OGANDAGA (Gabon)

Nous allons suivre la présentation des conclusions du Bureau par M. DEAU qui va présenter un programme très serré. Nous allons beaucoup souffrir parce que les interventions seront très minutées pour laisser la place au débat. Acceptons-le.

M. DEAU (France)

À mon tour, je remercie le Président Michel LEGMANN de nous accueillir aujourd'hui.

Je remercie tout spécialement M. DO AMARAL, le président de l'Association médicale mondiale qui nous fait l'honneur d'être ici parce que c'est une juste reconnaissance de notre CFOM au niveau même de l'AMM. Cette reconnaissance internationale est vraiment fondamentale. Nous en avons fait part à Bangkok avec Mme KAHN-BENSAUDE lors de notre discours d'adhésion à l'AMM. Avoir immédiatement la présence de M. DO AMARAL est une grande chance pour la francophonie.

Merci bien sûr à vous tous. Vous savez la difficulté que nous avons tous à communiquer, avec des adresses difficiles à identifier. Je remercie tout particulièrement les pays européens qui viennent pour la première fois dans la CFOM : la Suisse, la Belgique, le Luxembourg ainsi que Haïti et le Canada. Les Canadiens sont à la charnière entre la francophonie et le monde anglo-saxon et il est fondamental qu'ils soient présents. Certes, la langue française a des subtilités de langage que n'ont pas les Anglais, mais nos amis canadiens sont les premiers à en être conscients.

Aujourd'hui, il ne s'agit pas d'avoir des conclusions fondamentales sur tous les sujets que nous allons aborder, mais de sensibiliser chacun d'entre nous aux problèmes déontologiques de ces sujets.

Hier soir, la réunion de Bureau s'est tenue ici même et voici un bref résumé.

Le Bureau a commencé par une allocution du président de la CFOM et du président LEGMANN. Le compte rendu de l'assemblée générale et du Bureau de Libreville a été fait par M. AYADI.

M. ALLAOUI a acquiescé sur notre projet de livre blanc. Il s'agit de remettre dans un seul et même document tous les documents princeps de la CFOM.

Mme SAMISON a présenté la trésorerie qui est parfaitement saine : que des entrées et pas de dépenses !, à part des frais bancaires ! Il faut que nous puissions enfin avoir un aboutissement actif de cette trésorerie.

Se pose le problème du secrétariat. Je remercie Mme Frédérique DARMON, Conseiller juridique du Conseil national français, qui a œuvré toute cette année pour ce travail difficile. Il a été décidé hier soir que nous puissions embaucher, à temps partiel, sur les fonds de la CFOM, une personne pour répertorier les adresses et organiser un site d'information dédié à la CFOM à partir duquel on puisse échanger où chacun pourra relayer ses présences au niveau national, international.

M. SANDJON, le Vice-président actuel s'occupe non seulement de ses médecins au Cameroun, mais va aussi dans tous les pays du monde relayer les informations de notre CFOM auprès des médecins camerounais. Nous nous sommes ainsi retrouvés à Bruxelles lors d'une conférence d'éthique.

M. SANDJON a une excellente connaissance du continent africain et s'est engagé à donner l'ensemble des adresses et des identités des responsables des Ordres francophones. Des pays tels que la Guinée, le Niger, le Togo, le Burkina Faso, le Congo-Brazzaville, le Bénin, et même le Cambodge n'ont plus d'identité claire dans nos listings.

Le lieu du siège de la CFOM reste le siège du Conseil national de l'Ordre des médecins à Paris.

Nous avons tous déploré l'absence de notre ami Walter VORHAUER qui est retenu pour des raisons médicales alors qu'il est une des mémoires actives de la CFOM puisqu'il a participé à toutes les Assemblées générales.

La prochaine assemblée se tiendra à Douala au Cameroun, l'avant dernière semaine de novembre 2013.

Je m'adresse à tous nos nouveaux arrivants : la Suisse, la Belgique, le Luxembourg, Haïti, le Canada et la Tunisie. Nous souhaitons vivement que vous adhérez dès aujourd'hui à la CFOM. Pour cela, nous allons vous remettre un document avec les statuts, le règlement intérieur et la charte de la CFOM. La cotisation est de 500 euros annuels.

Mais nous comprenons tout à fait que vous ne puissiez pas signer immédiatement et deviez en référer à vos instances respectives, mais c'est pour vous sensibiliser.

Surtout, trouvez tous ici l'expression de notre reconnaissance. C'est bien en unissant nos déontologies respectives que cette éthique universelle parviendra à animer l'esprit de chaque médecin au service de la qualité et de l'accès aux soins de chaque être humain.

Je vous remercie encore d'être tous présents.

Les sujets choisis sont internationaux, abordés aussi bien à la CEOM, à l'AMM.

Médecine alternative – Médecine traditionnelle

Mme KAHN-BENSAUDE et M. LUIGI

(France)

M. SANDJON

(Cameroun)

M. DEAU (France)

Mme KAHN-BENSAUDE est Vice-présidente du Conseil national de l'Ordre des médecins français et Présidente de la ville de Paris. M. LUIGI est conseiller national français d'Ile-de-France et M. SANDJON est président du Conseil national de l'Ordre du Cameroun, vice-président de la CFOM.

Nous voyons fleurir dans nos pays européens une médecine complémentaire, des médecines parallèles mal identifiées qui, quelquefois, malheureusement, se substituent à la médecine conventionnelle. Nous ne devons pas ignorer ces « médecines », mais il est important, pour la sécurité de nos patients, de pouvoir les identifier, de valider leur enseignement et, en cas d'échec de la médecine conventionnelle, de ne pas ignorer ces médecines dites complémentaires.

M. LUIGI (France)

Face à l'engouement croissant de la population pour la médecine complémentaire et à l'augmentation du nombre des études sur cette thérapeutique tant au niveau européen qu'au niveau mondial, le débat méritait d'être ouvert sur ce sujet sensible et passionnant, et cela à double titre, par les questionnements qu'il pose, par les évolutions qu'il suppose.

Toute tentative de définition ne peut être qu'une approche, compte tenu de la multiplicité des pratiques. Pour la clarté des échanges, nous distinguerons, d'une part, la médecine conventionnelle ou allopathique que nous connaissons tous ici et, d'autre part, les médecines non conventionnelles.

Elles recouvrent diverses appellations : alternatives, complémentaires, douces, naturelles, holistiques. En anglais, ce sont les CAM, *complementary and alternative medicine* qui sont l'équivalent en français de MAC – médecine alternative et complémentaire.

Plus récemment, la notion de médecine intégrative est apparue aux Etats-Unis, définie par le National center for CAM, comme une tentative de combinaison de la médecine conventionnelle avec les MNC, lorsqu'il existe des preuves scientifiques de bonne qualité sur leur efficacité, leur sécurité.

Voici la classification NCCAM qui distingue les systèmes médicaux complets car il repose sur des théories, des procédés et une littérature scientifique propre telle que la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie, la médecine ayurvédique :

- thérapies fondées sur les produits naturels (plantes, minéraux, compléments alimentaires...);
- thérapies du corps et de l'esprit (méditation, hypnothérapie et yoga...);
- thérapies physiques et manuelles (Chiropraxie, Ostéopathie, Shiatsu...).

- les constats

4 Français sur 10 y ont recours, soit 25 millions de patients dont 60 % sont atteints d'une maladie cancéreuse. Les Français sont les premiers consommateurs de médicaments homéopathiques au monde - deux tiers de la production mondiale - et les deuxièmes dans la consommation des plantes médicinales sur le marché européen, après l'Allemagne.

La multiplicité des pratiques est une évidence. La Miviludes, Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, dénombre plus de 400 MNC pour lesquelles il existe plus de 1 800 structures d'enseignement ou de formation dans le domaine de la santé. On estime à 4 000 les psychothérapeutes autoproclamés. Dernièrement, des textes ont encadré l'usage du titre de psychothérapeute.

En France, sont autorisés, en tant que titre sur les plaques et ordonnances : l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie. Une commission d'agrément étudiera prochainement le cas de la chiropraxie. Ces quatre MNC semblent faire un certain consensus au niveau européen.

L'ensemble du corps médical s'intéresse au MNC :

- en France, citons le rapport de l'AP-HP sur les MNC, de mai 2012.
- en Allemagne, 60 % des généralistes intègrent les MNC dans leur pratique quotidienne ;
- les travaux de la Belgique du centre fédéral d'expertise des soins de santé ;
- les travaux de la Suisse de l'unité de recherche et d'enseignement sur les médecines complémentaires de Lausanne.

De plus, se mettent en place des études comparatives rigoureuses avec un diagnostic précis et un traitement individualisé et constituées de groupes aux critères d'inclusion relevant de l'une et/ou de l'autre médecine.

Le dogme des études contre placebo ne peut pas toujours s'appliquer, en particulier pour les thérapies psychocorporelles comme l'hypnose, le yoga ou la méditation. Aussi, des scores d'évolution clinique ont été développés pour différents problèmes de santé afin d'avoir des résultats interprétables tant pour la médecine conventionnelle que pour les MNC.

Sur le plan international, de nombreux sites permettent d'avoir une information validée. Nous en avons sélectionné trois exemples :

- celui de la nccan : <http://nccan.nih.gov/research/camonpubmed> (site de l'agence gouvernementale américaine dédié à la recherche sur les médecines complémentaires) ;
- celui de la Collaboration Cochrane dédié à la diffusion de revues systématiques de la littérature. : www2.cochrane.org/reviews/en/topics/22_reviews.html ;
- celui du site canadien francophone avec informations validées par des experts académiques : www.passerportsante.net/fr/ApprochesComplementaires/Map/Index.aspx

Ce sera avec plaisir que nous entendrons les commentaires de nos collègues canadiens.

En France, les recommandations sont les suivantes :

- les thérapeutiques à médiation corporelle (hypo-analgésie, sophrologie, relaxation) ;
- les thérapeutiques physiques (médecine manuelle, ostéopathie) ;
- les thérapeutiques alternatives (acupuncture, mésothérapie)
- et par exemple, dans la prise en charge des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer, il est admis des interventions basées sur une simulation sensorielle (aromathérapie, musicothérapie, lumineothérapie, stimulations).

- Les essentiels

Le premier principe, c'est que toute pratique de soin est un acte médical et nécessite une démarche médicale pour étayer un diagnostic permettant de prescrire un traitement conventionnel adapté. Si les MNC peuvent faire partie de l'arsenal thérapeutique, elles doivent être connues et démontrées et ne jamais se substituer au traitement conventionnel.

Les MNC doivent bénéficier d'un enseignement validé.

Quant à la recherche et à l'évaluation sur les MNC, elle doit être poursuivie en s'intéressant en particulier aux interactions médicamenteuse, en évitant les risques de retard au diagnostic induisant une perte de chance pour les patients, de thérapie psychologique culpabilisante, de dérive sectaire.

Le domaine de la santé représente 25 % de l'ensemble des signalements reçus par la Miviludes. Informer les patients, c'est un devoir déontologique et une obligation légale contenue sur la loi sur les droits des patients de 2002, d'une part, lorsqu'un médecin prescrit une thérapeutique relevant des MNC, d'autre part lorsque le médecin est interrogé par son patient sur les MNC.

Il serait utile, lors de l'interrogatoire, que le médecin questionne son patient pour savoir s'il a recours au MNC. Cela permettrait d'éviter d'éventuelles interactions médicamenteuses et de rappeler au patient le danger potentiel des produits qu'il pourrait se procurer sur Internet.

- Conclusion

L'OMS s'est prononcée en faveur de l'intégration des MNC.

Au Parlement européen, un atelier sur les médecines alternatives a pour objectif de contribuer à démystifier ces pratiques médicales et de lever les soupçons qui pèsent sur elles.

Plus près de nous, la CEOM a mis en place un groupe de travail sur les MNC. Aujourd'hui, la population a un recours croissant aux MNC. Il faut encadrer cette évolution en définissant les modalités d'exercice, la formation professionnelle en poursuivant la recherche.

Pour que perdure le colloque singulier entre le patient devenu acteur de sa santé et son médecin, ce dernier doit pouvoir l'accompagner dans sa démarche. Responsable de l'information et de la sécurité des patients, chaque instance ordinaire représentative des médecins doit se donner les moyens de cette mission devant la modification du paysage médical que constitue l'émergence des MNC.

Les contributions de chacun d'entre vous viendront enrichir la réflexion nous donnant ainsi le processus décisionnel dont le but essentiel est d'informer et de protéger nos patients.

M. DEAU (France)

Nous avons compris qu'il ne fallait jamais se substituer à la médecine dite conventionnelle, que l'Ordre des médecins a un devoir d'information et d'assurer la sécurité des patients, que

l'enseignement soit validé avec des preuves scientifiques. Vous nous avez sensibilisés aux dangers des dérives sectaires ou des déviations des médecines dites alternatives.

Mme KAHN-BENSAUDE va aller plus en avant dans le domaine des dérives.

Mme KAHN-BENSAUDE (France)

En France, existe depuis quatre ans au ministère de la Santé une commission d'évaluation des médecines non conventionnelles qui met des fiches sur un site Internet pour permettre aux patients de s'y retrouver.

La France s'est engagée dans une lutte dont l'objectif était d'abord de lutter contre les sectes. Maintenant, son objectif est de réprimer les dérives sectaires. La France est un pays laïc. L'État doit respecter tous les cultes, n'en reconnaître aucun. Ces mouvements sont considérés comme licites. Seuls leurs délits sont répréhensibles.

Plusieurs commissions parlementaires se sont penchées sur la question des sectes. En décembre 1974 ont été établis les statuts de l'association pour la défense des valeurs familiales et de l'individu qui deviendra l'Adfi. L'Adfi a un site Internet remarquable qui permet de comprendre la lutte contre les sectes.

Plusieurs commissions d'enquête ont été initiées depuis 1980 à l'Assemblée nationale afin d'enquêter de manière plus approfondie sur le phénomène sectaire. Le gouvernement s'est également doté d'un organisme, la Miviludes, mission interministérielle de lutte contre les dérives sectaires.

En 1995, un député avait publié une liste de 173 sectes. Comme vous le savez sans doute, les sectes changent de nom en permanence et cette liste a été interdite. La Miviludes a essayé de refaire une liste et cela a été refusé.

En 2001, la loi About-picard a renforcé la législation sur la notion d'abus de faiblesse et a déterminé les cas où une organisation convaincue de dérives sectaires peut être dissoute. Elle accorde aux associations anti-sectes reconnues d'utilité publique, dont l'Adfi, de se porter partie civile dans les procès.

La définition d'une secte selon la Miviludes repose sur huit critères. Je ne vous citerai que deux critères les plus importants :

- la déstabilisation mentale ;
- le caractère exorbitant des exigences financières.

En 2010 a été publié un rapport de la Miviludes « *sectes et santé* » de 300 pages. De nombreuses sectes excluent la médecine conventionnelle. Les Canadiens, comme nous, connaissent extrêmement bien M. Claude SABBAH qui ne commet plus de forfait actuellement, mais il faisait de grands séminaires en disant qu'il ne fallait pas arrêter les traitements conventionnels car les médecins qui les prescrivaient touchaient de l'argent. Petit à petit, cela a semé un doute dans l'esprit des gens qui arrêtaient leur traitement. Il disait que le cancer était le fait d'un choc psychologique dans l'enfance et que tout se soignait par la psychothérapie.

Certaines sectes relèvent de la psychiatrie, notamment les faux souvenirs induits. L'église de scientologie rentre dans les hôpitaux pour faire de l'antipsychiatrie. Dans le magazine *Sciences et Avenir* est paru, le 21 novembre, un article expliquant comment les hôpitaux en

France sont en train de laisser entrer les sectes. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris est en train de faire des évaluations sur la réflexologie, la kinésiologie. Ainsi, elle donne un certain poids, une certaine audience et c'est assez grave.

Que fait l'Ordre ? L'Ordre fait ce que ce qu'il peut. Il a fait nommer un référent secte par Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Les Conseils départementaux se portent partie civile s'ils apprennent quelque chose ou portent plainte auprès du procureur.

M. DEAU (France)

Je vous remercie de nous avoir sensibilisés à toutes ces déviances et à la problématique des sectes qui est un terrain de prédilection.

M. SANDJON (Cameroun)

Je parlerai plus particulièrement de la MEDECINE TRADITIONNELLE. Pour les Européens présents, cela ne veut pas dire grand-chose, mais il est bien de savoir ce qui se passe en Afrique, au Cameroun en particulier.

Avant la présence des Européens en Afrique, dans le cadre de la colonisation, au début des années 1900, il n'y avait pas de médecine conventionnelle, mais simplement le chef du village, le guérisseur, un peu mystique. Cela rejoint le problème de sectes dont parlait Mme KAHN-BENSAUDE.

Nous avons beaucoup de mal à faire partir ces guérisseurs dont les $\frac{3}{4}$ sont des charlatans. Le grand problème, avant celui de paupérisation, est un problème d'information car les populations sont analphabètes à 60 %. Il faut que ces populations soient informées des dérives qui se posent.

80 % de la population ont recours à la médecine traditionnelle. Ce chiffre a été communiqué par l'OMS. C'est un ensemble de connaissances pratiques explicables ou non utilisées pour diagnostiquer et prévenir des maladies physiques, mentales ou sociales en se fondant essentiellement sur des expériences empiriques ou des observations passées, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, bien souvent oralement car les familles dépositaires de cette science ne souhaitaient pas que cela dérape, la source de revenus étant importante.

Aucune réglementation ne permet de distinguer ces charlatans, ces naturopathes, ces guérisseurs, autres médecins traditionnels. Ils utilisent de plus en plus le terme de médecin pour semer la confusion dans l'esprit des populations. Les termes de guérisseur, d'herboriste **sont** démodés.

Des mesures sont en cours. C'est un combat perpétuel pour l'Ordre des médecins pour essayer de distinguer et d'attirer l'attention des populations. Nous faisons des campagnes de sensibilisation de la population, des tables rondes d'échange pour expliquer aux populations en langue locale les dangers, en leur projetant des diapositives de complications pour marquer l'esprit des populations.

Certes, la population est démunie, mais la paupérisation, la pauvreté vient en deuxième position. Le véritable problème est vraiment l'ignorance. L'ignorance amène la plupart de ces populations vers les charlatans. En rentrant chez un tradi-praticien habillé de manière particulière, avec un lézard séché sur lui, cela frappe le patient beaucoup plus que le médecin qui a une blouse blanche comme un boucher.

Quand on connaît la part du psychosomatique dans les maladies, on comprend que beaucoup en sortent guéris parfois, simplement après une petite discussion. Le coût est relativement accessible au départ, mais après, comme dans les sectes, les sommes augmentent. Auparavant, on ramenait à un médecin traditionnel un poulet, un poisson pour la guérison, mais maintenant des sommes importantes sont demandées aux familles.

La médecine traditionnelle est souvent le dernier recours, en cas de complication. Il faut noter également que des patients, même très nantis, sont en quête de miracles.

Le problème de faiblesse sexuelle, de stérilité marche beaucoup auprès des tradi-praticiens. Pour moi qui suis gynécologue, c'est un problème. Une femme africaine qui n'accouche pas est un drame. Ces femmes sont prêtes à tout pour avoir un soulagement.

En tant que président de l'Ordre des Médecins, je pense que les $\frac{3}{4}$ de ces tradi-praticiens sont des charlatans. Malheureusement, l'OMS a reconnu cette médecine traditionnelle et nos gouvernements ont emboîté le pas. Au Cameroun, comme dans la plupart des pays africains, cette direction de la médecine traditionnelle pose beaucoup des problèmes. Ils veulent créer un Ordre des tradi-praticiens. Heureusement, ils ne s'entendent pas car ils n'ont pas la même formation.

Je me suis rapproché du ministère de la Santé au Cameroun qui délivre un certificat de tradi-praticien sur la base de ces éléments :

- il faut être reconnu dans son village par le chef du village, par quelques autorités administratives et surtout par quelques patients qui reconnaissent avoir été traités par ce tradi-praticien ;
- Il ne doit pas traiter plus de cinq maladies. L'Ordre essaie d'encadrer pour limiter les dérives.

Tout le monde sait que la pharmacopée traditionnelle africaine n'est pas si mauvaise car des tribus, telle que celle des Pygmées, se soignent très bien dans la nature car ils savent que la goyave traite la diarrhée et que telle plante a des vertus antibiotiques. Il faut encadrer cela car on ne peut pas faire autrement.

Dans certains villages, il n'y a pas de médecins, ni de paramédicaux. Il faut veiller à la posologie et à la conservation des produits. Je ne sais pas comment rédiger un code de déontologie médicale. Nous ne sommes pas trop favorables pour organiser une profession qui devrait disparaître avec le temps.

Au Sénégal, vous êtes obligés de rentrer dans la tradition pour apprendre la psychiatrie. J'ai appris comment on vient à bout de certains problèmes en faisant danser le patient autour d'un groupe de personnes, d'infirmiers, de la famille. Très souvent, c'est un exutoire car il faut que la personne arrive à parler pour se libérer. On arrive à de bons résultats au terme de ces séances.

Il faut une collaboration nécessaire avec les tradi-praticiens sérieux plutôt que de les combattre, pour les encadrer et faire en sorte qu'ils fassent le moins de dégâts possibles.

Les tradi-praticiens dans les campagnes peuvent signaler une épidémie de choléra aux autorités sanitaires. Ils sont donc comme des sentinelles qui peuvent prévenir les autorités sanitaires. Ne serait-ce que pour cette raison, il est souhaitable de pouvoir collaborer avec eux. Dans l'état actuel de notre pays, on ne peut pas faire autrement.

Certains naturopathes en réfèrent à la médecine conventionnelle, souvent contraints et forcés, car ils se rendent compte de cas graves.

Je cite le cas des Chinois où la médecine traditionnelle représente 40 % des soins de santé d'après l'OMS.

En conclusion, il faut intégrer les tradi-praticiens dans les systèmes de santé. À l'heure actuelle dans nos pays, c'est nécessaire. Il faut assainir ce milieu, mais il est très difficile de le faire. Il faut donc veiller à l'innocuité des décoctions et autres plantes proposées pour éviter l'intoxication des populations. Il faut susciter, encourager, financer des projets de recherche dans la pharmacopée, particulièrement en ce qui concerne la pandémie de VIH et le paludisme.

M. DEAU (France)

Nous découvrons, grâce à votre exposé, toutes les subtilités de la médecine traditionnelle. Il y a un monde merveilleux derrière ces traditions.

M. BEKKAT-BERKANI (Algérie)

Merci, Monsieur le secrétaire général. Bonjour, Mesdames et Messieurs.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier de nous avoir accueillis, pour la deuxième fois à Paris, dans ce cadre fondateur de la CFOM pour nous rejoindre dans la médecine française. Nous sommes de culture médicale française. Nous sommes enseignants français. Cela sous-entend des valeurs que d'autres pays n'ont pas.

J'apporte un petit commentaire sur la médecine dite alternative, traditionnelle, non conventionnelle : cela fait trois mots.

Nous sommes tous docteurs en médecine, formés par les différentes facultés francophones, avec un enseignement particulier sur les maladies, les médicaments, les diagnostics et les thérapeutiques.

Nous ne sommes pas des esprits obtus en tant que médecins. Il est clair que la médecine n'est pas une science exacte. C'est une science en développement. C'est un problème essentiellement économique, de diagnostics et de traitements, c'est-à-dire de mise à disposition de molécules de plus en plus nouvelles, pour des maladies en développement comme les pandémies.

Il faut modérer cette situation car il y a des situations extrêmes pour lesquelles on parle de survie. Il a été question de cancer. On peut se permettre de faire de la psychothérapie, de la médecine traditionnelle en tout genre car on n'a pas de solution thérapeutique à apporter encore aujourd'hui, mais ce n'est pas admissible de vouloir freiner des situations évolutives pour nous médecins, par rapport à des personnes qui ne sont pas qualifiées, telles que des guérisseurs qui sont des charlatans. Pour des raisons économiques, des gens ne peuvent pas se permettre d'acheter des médicaments, vu les systèmes sociaux qui ne sont pas permissifs.

Il faut raison garder. S'il y a alternative, il y aura alternative scientifique. Une science remplacera une autre science par rapport à notre façon d'intervenir sur l'affection. Il faut que les médecins puissent mettre en garde, non seulement les populations, mais encore les pouvoirs publics.

Dans un monde musulman, des pratiques ont tendance à se développer. La saignée prend ses origines aux temps prophétiques. À l'époque, on n'avait pas grand-chose à proposer aux malades. Cela s'appelle la saignée prophétique, du prophète de l'Islam. Ce traitement a tendance à se substituer à toutes les autres thérapeutiques. C'est grave.

L'Ordre des Médecins a pris une position définitive contre cela. Il est hors de question de revenir à des situations qui ont précédé la découverte de toutes les interventions thérapeutiques, depuis la deuxième guerre mondiale.

Ce sujet nous tient à cœur car il y a des dérives. Quand un médecin compose avec n'importe qui et n'importe quoi, sans en avoir la preuve scientifique, il faut raison garder. Il ne faut pas une médecine officielle, mais une médecine scientifique.

M. DEAU (France)

Effectivement, vous avez tout à fait raison de parler du sillon scientifique. Descartes a toujours dit que le doute est indispensable aux preuves scientifiques.

Mme VANDER STELT (Canada)

Cela nous fait un grand plaisir d'être présent aujourd'hui. À ma connaissance, il n'y a pas de saignée au Canada, mais nous avons beaucoup de pratiques de médecine non traditionnelles. Nous avons, surtout dans certaines provinces, un problème d'accès à des médecins scientifiques. Cela amène la population à chercher un peu partout.

Certaines pratiques sont tout de même remboursées par des assurances non publiques. La chiropraxie est couverte. 30 % de la population fait appel à des médecines non traditionnelles. Nous avons une couverture universelle et en cas de problème d'accès pour une médecine ambulatoire, les patients sont pris en charge à l'hôpital. La qualité des soins est excellente.

M. FOFANA (Mali)

Je suis président du Conseil national de l'Ordre des Médecins du Mali. Je remercie l'Ordre de France d'avoir organisé cette réunion avec des thèmes très importants.

M. SANDJON a parlé de 80 % de médecine traditionnelle, mais cela fait plus parfois. Les Africains sont tous soignés par leur grand-mère. Dans certaines contrées en Afrique, on ne connaît que la médecine traditionnelle. Personne n'a été vu par un médecin, personne n'a pris un cachet. Ce sont les plantes, les décoctions, les incantations qui les soignent.

Il y a la science officielle et la science infuse du village qui soigne les malades. Il est question de chercher à encadrer les médecines traditionnelles. Au Mali et dans beaucoup de pays africains, les autorités sanitaires commencent à intégrer cette donnée et cherchent à les encadrer, mais ce défi est difficile.

Il faut former l'homme de science des villages. S'il ne peut pas soigner une hydrocèle ou s'il est limité par un cas de césarienne, il faut envoyer rapidement le malade à l'hôpital. Il ne faut pas qu'il s'acharne à soigner ce qui dépasse sa compétence. C'est tout le défi des Ordres des médecins et des autorités sanitaires.

Si 80 % de la population a recours à cette médecine, elle doit être encadrée et ce n'est pas aisé de le faire. Beaucoup d'autorités se sont affrontées face à ce problème et n'ont pas eu

la solution. Les efforts doivent continuer. Pour l'homme africain, c'est difficile car même le médecin le plus attiré a recours à la médecine traditionnelle.

M. DEAU (France)

Revient toujours le même problème de la formation et de l'encadrement devant une médecine qui existe malgré nous.

M. SEPOU (Centre-Afrique)

Dans certains pays, il n'y a pas de médecins, en deçà des recommandations de l'OMS.

Même s'il y a une reconnaissance par le ministère de la Santé, nous nous posons une question : faudrait-il que ceux qui pratiquent la médecine alternative ou traditionnelle puissent avoir un code de déontologie médicale ? Cela voudrait dire que des normes sont reconnues par tout le monde et sont vérifiables. Dans la médecine traditionnelle, il y a plusieurs aspects qui ne peuvent pas permettre d'uniformiser les normes.

M. SANDJON préconise des mesures de répression. Cela peut-il être une solution, d'autant plus du fait déjà de la carence en personnel ? Ceux qui font recours à cette médecine sont démunis. M. SANDJON a proposé une sensibilisation, un encadrement. Je ne pense pas que des mesures de répression puissent être une bonne approche.

Avant que le ministère de la Santé ne puisse reconnaître une personne comme un tradi-praticien, il faudrait que ses pairs donnent d'abord leur avis et estiment qu'il n'est pas un charlatan.

Il faut éviter que les tradi-praticiens puissent utiliser un seul instrument pour des scarifications avec le risque de transmission du VIH. Nous sommes en train d'éviter des scarifications avec le même instrument.

M. DEAU (France)

Nous avons bien compris qu'il fallait éviter les dérives non contrôlées.

M. FAYE (Côte d'Ivoire)

Mon intervention va s'articuler autour de deux éléments : la collaboration entre la médecine conventionnelle et la médecine dite traditionnelle.

M. SANDJON a fait un exposé très riche. Toute la base des soins dans les villages est d'avoir la médecine traditionnelle. Après, les personnes qui peuvent accéder à une structure de santé viennent dans une infirmerie, un dispensaire ou un hôpital. Bien sûr, les gouvernements font des efforts pour installer des dispensaires dans les villages les plus reculés, mais ce n'est pas encore suffisant.

J'ai lu les documents produits par l'Ordre des Médecins de France sur les questions que les médecins se posent sur la médecine préventive, sur la vaccinothérapie. La médecine curative fait appel au diagnostic et à la thérapeutique. On connaît le scandale des problèmes de conflit d'intérêt, comme le Médiateur.

En Afrique, les médecins traditionnels font partir leurs patients dans les hôpitaux pour prendre des diagnostics. Une fois le diagnostic connu, le patient retourne vers son médecin traditionnel. Il faut prendre en compte cette notion.

La collaboration, l'encadrement de ces personnes sont nécessaires.

En Afrique a été signalée la magnétothérapie, phénomène tout à fait nouveau. À Abidjan, un Européen en fait. Qu'en est-il en France ?

M. DEAU (France)

Nous retenons de votre intervention la nécessaire collaboration sur des bases médicales scientifiques et traditionnelles. Vous voyez plus une coordination entre les deux. C'est un peu ce que nous voyons dans la médecine de l'incurable, lorsque la médecine conventionnelle a épuisé toutes ses ressources, pour faire appel à une médecine alternative.

Nous avons le triste souvenir en Europe du Dr HAMMER, actuellement en prison, qui prétendait tout soigner en disant que les bases du cancer étaient dues à des notions d'ondes dans le corps induites par des problèmes psychosomatiques. En soignant ces ondes, il guérissait le cancer. Il a fait des ravages dans l'Europe entière. Cette médecine dite d'ondes magnétiques est complètement laissée pour compte et fait partie d'une déviance totale.

Mme SAMISON (Madagascar)

Je voulais vous parler des problèmes qui se posent surtout au niveau de l'Ordre à Madagascar.

Avant que l'OMS ne reconnaisse la médecine traditionnelle, l'Ordre n'avait pas de mal à se saisir des charlatans et de les mettre en prison. Depuis cette reconnaissance de la médecine traditionnelle, il y a un grand développement de la médecine de cette pharmacopée à Madagascar. Comme dans les pays d'Afrique, 80 % de la population a encore recours à cette médecine, pour des raisons économiques et du fait de la tradition.

Beaucoup d'Européens viennent s'approvisionner en produits à Madagascar. L'institut malgache des recherches appliquées dont les produits sont reconnus par Madagascar reçoit des autorisations de mise sur le marché.

Un autre organisme malgache fait la promotion de la pharmacopée traditionnelle, mais il ne suit pas vraiment toutes les règles scientifiques que les médecins préconisent dans la médecine conventionnelle.

Depuis l'année dernière, le nouveau code de santé publique a intégré les tradi-praticiens dans ce code, avec une définition bien précise : ce sont des personnes qui utilisent des produits qui ne sont pas allopathiques et ils n'ont pas le droit d'utiliser ce que nous utilisons.

Le code stipule la création d'une association nationale des tradi-praticiens. Seuls les adhérents peuvent pratiquer la médecine traditionnelle. Cette association regroupe environ 1 000 individus. A Madagascar, le nombre de tradipraticiens est estimé à 12000.

.

Se pose au niveau de l'Ordre le problème de collaboration et de substitution. Selon la déontologie, le malade a le libre choix de qui le soigne. En cas de diagnostic de maladie incurable, le service d'oncologie nous a fait part que 75 % des patients se tournent de suite vers les tradi-praticiens.

Ces charlatans préconisent tout de suite aux patients d'arrêter tous les traitements conventionnels en disant même qu'ils vont mourir s'ils vont se faire soigner à l'hôpital avec des médicaments. Les malades reviennent toujours pour mourir à l'hôpital, dans un état déplorable.

Quel sera exactement le rôle de l'Ordre au niveau de la collaboration car il y a de plus en plus de demandes de ces personnes à intégrer le système scientifique conventionnel ?

M. DEAU (France)

C'est justement pour répondre à cette question que nous soulignons l'importance des référentiels et des preuves scientifiques. En Europe, en Afrique, on manque de référentiels. Il faut que nos collègues scientifiques, la Haute autorité de santé travaille sur ces sujets.

M. ALAOUI (Maroc)

Nous sommes face à une situation fondamentalement préoccupante pour la médecine. Elle porte un problème aux tenants de la médecine conventionnelle.

Nous pensons l'accès aux soins pour uniquement la médecine conventionnelle qui est chère, qui n'est pas accessible à tout le monde. Preuve en est : les pays les plus avancés, les plus médicalisés continuent encore à affronter ce problème.

Nous avons l'obligation de ne pas jeter l'opprobre global car il y a aussi beaucoup à dire sur la médecine conventionnelle. Des courants parmi les scientifiques n'adhèrent pas totalement à la médecine conventionnelle.

Cependant, il me semble que nous avons à identifier une méthode de travail. Nous devons utiliser nos capacités scientifiques de logique, de positionnement pour ce problème. La chiropraxie n'est pas de l'alternative idiote. Elle est fondée et les Américains s'en servent beaucoup.

Nous devons identifier ce qui est réellement fondé, sur ce qui est basé sur des preuves et que nous admettrons comme étant des outils complémentaires.

Mme SAMISON a parlé de ce qui se passe dans certains instituts qui ont le label d'institut de recherches sur les plantes. N'oublions pas que la pharmacologie est issue des plantes et que la chimie a apporté une contribution.

Nous ne devons pas jeter l'opprobre sur tout, mais nous avons à identifier ce qui est possible. Nous avons des exemples illustres de grandes personnalités qui ont utilisé la médecine traditionnelle. Comme l'a dit M. SANDJON, il y a beaucoup de psychosomatique.

Dans la médecine conventionnelle, le médecin est surchargé et ne donne pas un temps à l'écoute. Le médecin traditionnel écoute. Il faut que nous ayons cette responsabilité pleine.

Toutes les idées présentées sont identifiées, contrôlées, encadrées. S'il y a une retombée positive de l'AFOB, c'est parce que nous avons des médecins responsables qui reconnaissent l'existence de ces médecines traditionnelles et les dérives dangereuses.

Nous pouvons créer une cellule de travail entre nous, un groupe de travail qui identifierait une intégration possible et un label car nous estimons que c'est faisable.

Dans les années 1970, l'OMS avait trouvé que les soins de santé de base étaient trop loin de beaucoup de pays et s'était demandé pourquoi ne pas entrer dans cette voie de médecine traditionnelle. Il nous appartient d'éclairer l'OMS dans le cadre de ses résolutions pour les localiser et travailler ensemble.

Il faut une équipe à la CFOM, du fait de nos échanges pour déterminer ce qui a besoin d'être déterminé, pour intégrer ce qui doit être mis à l'index.

Dans la région francilienne, plus de 100 000 tradi-praticiens attirent beaucoup de gens, bien que la couverture médicale soit excellente. Nous avons le devoir de nous intéresser à cette partie psychologique.

M. DEAU (France)

Nous retenons de votre intervention ce besoin d'identifier chacune de ces médecines dites traditionnelles, alternatives ou complémentaires et d'avoir une validation. Au-delà des autorisations de l'OMS, nous avons besoin d'avoir des preuves scientifiques.

Vous avez abordé le besoin du patient de ce monde merveilleux, éthéré où la médecine est plus une magie qu'une véritable preuve scientifique. C'est un combat éternel.

M. CHABOUNI (Tunisie)

Je m'associe aux intervenants précédents pour remercier les organisateurs de cette conférence et pour la qualité de l'organisation.

Je voudrais insister sur le fait que la frontière entre médecine traditionnelle et charlatanisme n'est pas toujours bien tranchée. En Tunisie, nous avons des activités parallèles. À côté de la médecine traditionnelle dite islamique de scarification, nous avons des soins avec des potions à base de miel et des piqûres d'abeilles, ce qui expose à des dangers.

À chaque fois que nous avons cherché à dénoncer des activités de médecine que nous considérons comme exposant les malades à des dangers certains, cela n'a jamais été facile.

La justice pose la question suivante : est-ce que les médecins ont le monopole des activités de soin de santé ?

En tant qu'Ordre, nous sommes censés conseiller les pouvoirs publics et surtout la législation. En Europe, les choses sont-elles bien tranchées ? Cela a-t-il été bien défini ?

L'activité de soins ne se fait-elle que par les médecins inscrits à l'Ordre ?

Comment présenter cela pour légiférer, pour protéger la société ?

La frontière avec les charlatans n'est pas évidente. Je voudrais connaître l'expérience de l'Europe pour légiférer.

M. DEAU (France)

En France, l'exercice de la médecine est réservé aux médecins diplômés, docteurs en médecine autorisés à exercer, inscrits à l'Ordre. Tous les autres sont susceptibles d'être condamnés pour exercice illégal de la médecine, sauf les sages-femmes.

M. KERZMANN (Belgique)

Je remercie les trois orateurs qui m'ont beaucoup ouvert les yeux et qui ont permis de compléter la discussion au CEOM.

La Belgique est en chemin d'africanisation totale, avec 40 % de pratique non conventionnelle. La moitié du chemin est accompli. C'est un fait de société. La Belgique est consciente de cela depuis très longtemps.

En 1999, la Belgique a promulgué une loi qui encadre les pratiques conventionnelles. Aussi bien les facultés de médecine que l'Ordre ne reconnaissent pas aux médecines traditionnelles cette qualité d'être une médecine, mais simplement des actes qui peuvent

peut-être améliorer la santé des individus. Ce n'est pas de la médecine. Au niveau du bloc occidental européen, nous fonctionnons sur le principe de la médecine basée sur des preuves scientifiques.

Je ne résiste pas à vous dire ce que cette loi a prévu et ce qu'il en est advenu depuis treize ans. Quelles sont les pratiques encadrées ? L'acupuncture, l'homéopathie, la chiropraxie et l'ostéopathie. Beaucoup sont pratiquées par des médecins, ce qui nécessite un encadrement légal.

La loi a prévu de créer des chambres pour chacune de ces pratiques. La composition même de ces chambres doit comporter des représentants des universités pour lesquelles on ne reconnaît pas ces pratiques. La mise sur pied de ces chambres est très difficile, même si elle représente une collaboration partielle. Ces chambres devront établir les directives de bonne pratique, les modalités d'une revue de pairs et établir des règles de déontologie.

Le Conseil national belge est intervenu, sur interpellation d'une de ces chambres qui voulait régler de façon tout à fait particulière la publicité autorisée par ces pratiques. Certaines d'entre elles sont pratiquées par des médecins soumis au code de déontologie très restrictif et par d'autres, comme des kinésithérapeutes, qui n'en ont rien à faire.

M. CRESSARD (France)

Pour faire suite à l'intervention de M. SANDJON, j'ai découvert la thérapie psychiatrique voici quarante ans par le n°doep. La médecine officielle française a intégré la médecine traditionnelle avec la pauvreté d'expressivité européenne ; cela s'appelle les thérapies familiales.

M. AYADI (Algérie)

La médecine conventionnelle peut parfois être dangereuse de nos jours. Rappelez-vous l'excès de rayonnement X dans la radiothérapie en France. Je me rappelle aussi des accidents de circoncision en Algérie.

Dans cette médecine conventionnelle gérée par les Ordres et la justice, il faut toujours rappeler qu'il faut une accréditation du personnel médical, du matériel médical et du service du personnel paramédical.

La médecine traditionnelle est une arme thérapeutique à double tranchant. Elle est demandée, réclamée par la population et tolérée par les États. Elle peut être très dangereuse, d'où ce dilemme.

Comment faire ? Les garde-fous sont les organisations professionnelles. L'Ordre des Médecins ne peut pas être seul. Il faut insister pour l'information du patient, saisir les associations qui peuvent être d'un apport très certain pour défendre le malade et saisir les autorités sanitaires. Ce n'est qu'à ce prix que cette médecine traditionnelle peut être tolérée avec des règles bien particulières.

M. DEAU (France)

Pour cette raison, au niveau de la CEOM, au niveau de la CFOM, de l'AMM, nous avons tous ce sujet à cœur.

Suspendue à 10 heures 35, la séance est reprise à 10 heures 55.

**Recommandations code de déontologie – Aboutissement à
un code de déontologie unifié dans l'espace CEDEAO**

M. AKA
(Côte d'Ivoire)

M. DEAU (France)

M. BOUET parlera de la précarité et de la problématique des couvertures de santé dans nos populations défavorisées. Il interviendra comme convenu dans l'ordre du jour qui vous avait été adressé.

M. AKA (Côte d'Ivoire)

Chers confrères et chères consœurs,

Le 14 août 2012, je fus un président particulièrement comblé. En tant que président du Comité de rédaction du code unifié de déontologie médicale de l'espace CEDEAO, nous avons finalisé ce texte à Ouagadougou.

J'ai voulu vous faire partager l'aboutissement de cette rédaction. La CEDEAO est un espace qui regroupe quinze pays : huit francophones, cinq anglophones et deux lusophones, avec une population entre 300 et 350 millions d'habitants.

L'exécutif se trouve à Abuja au Nigéria. L'exécutif de la santé qui est notre OMS local se situe à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso et s'appelle l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

Les objectifs sont multiples. J'en retiens deux : la réglementation et la coopération scientifique.

Dans le domaine de la santé, cette organisation a déjà uniformisé les curricula de formation de médecine générale. Les curricula de spécialités médicales sont en cours d'uniformisation, quelle que soit la langue.

Les États anglophones ont une particularité : les médecins et les chirurgiens-dentistes sont regroupés en Ordre unique tandis que les États franco-lusophones ont des Ordres différents, séparés en individualisés. Les États anglophones ont cette particularité qu'il y a une forte implication des Ordres anglophones dans leur formation en fin de cycle, notamment par les stages et les résidanats.

L'historique a débuté en 2005 avec une prise de contacts à la faveur d'un atelier concernant la formation. En 2009, cette organisation nous a réunis et nous avons jeté les bases d'une coopération pour la rédaction d'un code de déontologie harmonisé, avec la particularité de deux codes : un code franco-lusophone et un code anglophone indépendant.

Le Conseil des ministres de la CEDEAO a entériné ces deux codes harmonisés en 2012, à Lomé. À la suite de cette réunion, il nous a été demandé un effort supplémentaire pour aller vers l'uniformisation du code de déontologie médicale.

Lorsque nous avons décidé de cette harmonisation, nous avons constaté des similitudes entre le texte et l'esprit. Nous avons senti que les Anglophones estimaient qu'ils avaient la meilleure médecine, les meilleurs textes en ce qui concerne la déontologie.

Suite à des négociations consensuelles, nous sommes arrivés au fait que le texte francophone hérité du texte français avait plus de concisions et répondait plus à nos exigences. Le texte anglophone avait trop de détails. Le texte sur le droit de prodiguer des soins aux mineurs faisait deux pages alors que le texte francophone se résumait à une dizaine de lignes.

Par persuasion et consensus, nos amis anglophones ont accepté de recourir au texte francophone pour sa concision, ce qui nous a permis de gagner beaucoup de temps pour la rédaction de ce code harmonisé.

Une fois le code harmonisé, nous avons aussi gagné beaucoup de temps en ce sens que nos chirurgiens dentistes francophones ont estimé que ce texte répondait à leurs attentes et qu'ils pouvaient adopter ce texte franco-lusophone pour en faire le leur.

Le comité ad hoc de rédaction, à partir des textes harmonisés, a pu rédiger ce texte unique de 171 articles, avec 6 titres :

- devoirs généraux des praticiens ;
- la pratique de la profession ;
- la recherche biomédicale ;
- les devoirs de confraternité - rapports avec les autres professionnels de santé ;
- les devoirs des praticiens envers les patients ;
- les dispositions diverses.

La recherche biomédicale s'est surtout inspirée de la déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale.

Nous avons adjoint à ce texte unifié un index pour faciliter la recherche. Nous avons terminé ce travail. Je rends hommage aux pionniers qui ont participé. Malheureusement, certains n'ont pas pu venir.

En ce qui concerne les perspectives, il faut espérer que nos amis d'Afrique centrale s'en inspirent pour rédiger le leur. Une fois que ce texte sera entériné à Abuja, nous serons disposés à mettre ce texte à leur disposition.

Je vous remercie.

M. DEAU (France)

En écho, nous allons aborder les recommandations déontologiques exprimées par M. HECQUARD qui ont déjà fait l'objet d'un travail important pour la CEOM à Kos en 2011.

Recommandations déontologiques CEOM

M. HECQUARD

(France)

M. HECQUARD (France)

Mes chers confrères,

Mon intervention est l'exact pendant de ce qu'ont dit nos collègues africains, mais malheureusement, nous n'avons pas encore abouti à un résultat aussi probant. Il s'agit de résumer vingt-cinq ans de travaux sur cette question.

Les Ordres européens ont décidé de se réunir sur ce sujet : pouvons-nous aboutir à un code de déontologie unique au niveau de l'Europe dans la mesure où l'Europe administrative et politique est en marche, avec la libre circulation des patients, des biens et donc des médecins ?

Dans ce contexte, cette démarche a démarré.

Dès 1987, un texte important « *principes d'éthique médicale européenne* » a été promulgué au sein du CIO, Conférence internationale des Ordres et des organismes d'attributions similaires, en quelque sorte l'ancêtre du Conseil européen des Ordres médicaux. Les mots ont leur importance et le mot éthique méritera d'être spécifié.

Une annexe a été apportée en 1995, en évoquant les problèmes de publicité, de conflit d'intérêts. Un silence s'est alors fait.

En 2005, de nouveau, les médecins sont taraudés par l'idée d'avoir une uniformisation dans la façon de pratiquer. Globalement, nous avons la même idée de voir la médecine. Comment ne pas arriver à écrire un texte unique ? Où se situe le problème ?

Sous l'impulsion de pays, notamment de l'Italie, un projet de charte européenne est né et a été acté en 2005.

En 2010, un nouveau texte apparaît, avec une compilation de ce que les médecins pensent pouvoir faire pour exercer la bonne médecine. Nous y retrouvons des idées comme le secret médical, la confraternité, le droit aux soins pour tous, la discrimination, etc.

Finalement, une charte européenne d'éthique médicale paraît. C'est un moment princeps dans l'évolution de la réflexion des médecins européens car nous avons posé les principes. Ils ont été adoptés à l'unanimité, avec deux abstentions, lors d'une assemblée plénière dans la maison mère de la médecine, l'île de Kos. Hippocrate a été connu car ses premiers écrits montrent qu'il se battait déjà contre les charlatans de l'époque. Ce combat est permanent.

Après cette charte éthique, il a été décidé de rédiger un code de déontologie. Il a fallu relire la totalité des textes qui ont apporté, durant vingt-cinq ans, des concepts importants.

L'idée était de rechercher ce qui faisait consensus, d'éliminer ce qui fait dissensus, d'examiner comment, à partir des principes éthiques, c'est-à-dire de la vision morale que nous avons de la médecine, cela s'applique au quotidien dans nos législations.

Il a fallu réfléchir à ce qu'il y a derrière le concept d'éthique et derrière le concept de déontologie. En réalité, cela nous a permis de passer un cap.

D'un côté, nous avons relevé les principes moraux, généraux sur lesquels nous étions d'accord et, de l'autre côté, l'application pratique quotidienne qui ressort davantage à la législation des différents pays.

En 2010, lors d'une réunion à Lisbonne, le CEOM s'est entendu sur une définition pour progresser. L'éthique est la pensée morale qui soutient, qui précède l'action et la déontologie est l'action qui est codifiée. Si un code n'est pas respecté, il peut donner des sanctions. La morale n'appelle pas de sanctions, alors que trahir le secret médical tombe sous le coup de la loi.

Nous avons relu tous les textes écrits par le CEOM et nous avons dégagé ce qui ressortissait exclusivement de la morale. Ainsi, nous avons pu écrire une charte européenne d'éthique médicale. C'est un premier aboutissement d'un travail de vingt-cinq ans, pour ne pas dire l'aboutissement d'un travail de vingt-cinq siècles. Il a le mérite de poser les principes sur lesquels nous sommes d'accord.

Cette charte est traversée de principes éthiques :

- le respect de l'autonomie de la personne ;
- la notion de confidentialité et de respect de la personne ;
- la non-marchandisation du corps humain et le respect de la vie ;
- la dignité de l'homme et le refus de l'eugénisme ;
- le refus de l'instrumentalisation du malade comme du médecin. Depuis Kant, on sait qu'instrumentaliser, c'est refuser l'éthique ;
- le respect de la bienfaisance et l'évitement de la malfaisance.

Ces principes très classiques résument bien ce qui est contenu dans la charte.

Pour des raisons, dont des raisons techniques, il est difficile de rédiger un code unifié. L'application concrète dans chacune de nos législations pose problème. Nous avons donc décidé de nous appuyer sur les textes adoptés par le CEOM.

Pour que ces recommandations soient adoptées de façon consensuelle et logique, elles doivent s'appuyer sur la charte puisque l'éthique précède la déontologie. Il serait curieux de produire des recommandations déontologiques qui s'écarteraient de ladite charte éthique morale.

Il faut reconnaître que ces recommandations ne peuvent pas s'imposer, en l'état actuel des choses, aux pays en tant que réglementations. En revanche, l'objectif est d'harmoniser la pratique médicale au quotidien au niveau européen.

Actuellement, sont en cours de réflexion :

- le consentement éclairé ;
- le secret médical ;
- le dopage.

D'autres thèmes viendront enrichir le corpus des recommandations qui doivent obéir à ces contraintes.

La déontologie s'insère, à des degrés divers, dans une législation nationale. C'est la raison pour laquelle nous avons renoncé à produire un code de déontologie unique.

Je donne l'exemple du secret médical. Il est au cœur de nos affaires depuis l'aube de l'humanité. Quand on veut être bien soigné, on est obligé de faire des confidences. Pas de confidences sans confiance, pas de confiance sans secret.

La difficulté est au niveau des dérogations. Nous commençons à voir la difficulté d'écrire quelque chose valable pour tous les pays. Je pense que c'est un sujet de réflexion d'examiner quels sont les dérogations et les points qui font dissensus pour rédiger, par ailleurs, un texte consensuel.

Je vous remercie.

M. DEAU (France)

Deux tendances ne s'affrontent pas et sont très complémentaires :

- un véritable code de déontologie des médecins de l'Afrique de l'ouest ;
- des recommandations déontologiques prudentes en Europe.

Le débat est ouvert. Chacun peut s'exprimer sur cette problématique du code de déontologie médicale. Faut-il des règles bien imprimées et communes à tous les médecins ou faut-il rester dans un espace d'éthique ?

Les codes de déontologie sont issus de nos codes de la santé au niveau législatif et sont le reflet de notre législation. Un code de déontologie traduit l'éthique par la voie législative. Le code de déontologie médicale est comme un code de la route. L'éthique, c'est plutôt au niveau de l'esprit. La traduction de cet esprit du médecin est coordonnée dans un code de déontologie au travers de nos législations respectives.

M. BEKKAT-BERKANI (Algérie)

Effectivement, notre code de déontologie dans le cas de la mondialisation de l'exercice de la médecine, est particulièrement similaire.

Exerçant la médecine moderne, nous nous sommes inspirés largement du code de déontologie français qui reprend des principes universels du devoir, bien écrits, bien précisés et de la sanction à faire sur le plan professionnel.

Quant au problème d'éthique, ce sont des principes moraux qui peuvent être diversement appréciés. Vous avez l'unité de lieu, l'unité de pensée et l'unité de religion. Des choses sont permissives par rapport à des situations sur des religions et d'autres ne le sont pas. Par exemple, l'accompagnement de fin de vie qui a fait débat dans certains pays européens, la possibilité au malade de demander d'abrèger sa vie par rapport à une religion donnée n'est pas possible par rapport à une autre. Les principes d'éthique sont changeants au cours des temps et des situations.

Dans cet espace, nous pourrions essayer d'enrichir le code de déontologie par rapport à des Ordres médicaux qui ont beaucoup plus d'années d'expérience, qui ont apporté des solutions réglementaires pour le faire évoluer.

Je crois que cela se fait de façon régulière en France. En Algérie, le code de déontologie date de 1992, avec ce qui est ancien pour éviter de faire des bêtises : le secret professionnel qui est un problème pénal et le consentement éclairé.

Comment essayer d'avoir la compliance du patient, surtout en matière de chirurgie, pour avoir son acceptation si cela se passe mal pour éviter des problèmes au médecin ?

Voilà ce genre d'éclairage que nous souhaiterions avoir afin de compléter notre code de déontologie et de faire des suggestions aux autorités publiques gouvernantes pour être en phase avec l'actualité. La médecine et la chirurgie se pratiquent de la même façon dans le monde.

M. DEAU (France)

Vous abordez un sujet précis. Notre président de section Éthique et déontologie pourra répondre car nous venons de refaire tous les commentaires du code de déontologie.

En France, il y a une obligation d'information totale du patient en chirurgie. Le médecin doit prouver que cette information a été correctement faite et a été pleine et entière.

Mme VANDER STELT (Canada)

J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la présentation et la conversation. Nous gérons toujours le côté francophone et anglophone. Nous nous devons d'être d'accord. En français, le code s'appelle « code de déontologie » et en anglais, il s'appelle « code of ethics ». Nous ne faisons peut-être pas assez la distinction.

M. SANDJON (Cameroun)

Je voudrais féliciter M. AKA et M. HECQUARD de leur belle présentation.

L'éthique est une notion universelle. Par rapport à la réglementation, le code de déontologie médicale peut prendre en compte tel ou tel aspect local ou culturel. La valeur de l'être humain est universelle.

Je voudrais rebondir sur le code de déontologie médicale de la CEDEAO. Le Cameroun est un pays bilingue, avec 80 % de Francophones et 20 % d'Anglophones. Nous avons eu les mêmes problèmes. Les Anglophones sont un peu rigides car le code de déontologie camerounais s'est largement inspiré du code de déontologie de la France pour des raisons culturelles, car nous avons été formés dans l'espace francophone.

Nous avons eu du mal à l'uniformiser. Notre pays, d'abord fédéral, a eu son unification en 1972. L'espace de l'Afrique centrale est en train de suivre le pas de votre travail et très rapidement, il faut arriver à une unification de notre code de déontologie car des échanges de population et de médecins nécessitent que les deux codes soient similaires.

M. DO AMARAL (AMM)

Je voudrais faire remarquer l'importance de la recherche par rapport aux principes d'éthique de la médecine. Cette année, nous débuterons une révision de la déclaration d'Helsinki. Je profite de cette occasion pour vous inviter à participer activement à ce procès de révision de la déclaration d'Helsinki.

La recherche médicale est extrêmement importante pour le développement continu de la médecine et surtout en Afrique où la recherche est très nécessaire à cause de maladies qui affectent cette région du monde.

M. DEAU (France)

Notre action internationale est vaillante puisque l'AMM m'a demandé d'aller en Afrique du sud, à Clapton, la première semaine de décembre, afin de coprésider les conclusions de l'AMM sur la révision de la déclaration d'Helsinki, au nom de la francophonie.

La World medical association a bien compris que la francophonie existait bien et avait sa pierre à apporter à la construction de l'espace éthique.

M. ALAOUI (Maroc)

Nous avons réellement besoin d'être informés de tous ces travaux faits sur l'harmonisation. Je voudrais proposer à ce que nos Ordres de la CFOM puissent disposer de ces travaux utiles et importants.

De plus en plus, les autorités sont confrontées à des demandes pour la recherche qui viennent à travers les laboratoires qui se retournent vers nous pour nous informer des règles à suivre. L'Ordre a un besoin d'outils, d'harmonisation interne. Or, nous ne pouvons pas nous désolidariser de cette situation universelle.

Dans nos contrées, particulièrement au sud de la Méditerranée, il y a très certainement un besoin d'insister sur l'introduction de l'enseignement du code et de l'éthique. Nous travaillons sur des choses dynamiques et nous ne transmettons pas ces conclusions à ceux qui doivent entrer dans la profession. Or, il faut que cela soit formellement introduit. Nous ne pouvons que bénéficier de cet apport.

M. CRESSARD (France)

La discussion de la déontologie et de l'éthique dans un tel lieu est tout à fait apaisée et sans réel problème. La déontologie, c'est un costume unique. On suppose que tous les patients sont les mêmes. Or, on peut s'accorder sur des grands principes, telle que la moralité du médecin, le respect de la personne.

Dans nos pays, on s'aperçoit d'un multiculturalisme. Les mots que j'emploie ne sont pas toujours compris par les patients. Il est vrai que l'on doit adapter une éthique à une déontologie. Il est difficile de faire passer des notions telles que le consentement et le refus de soins.

Les patients ont une idée préconçue de ce qu'on leur propose. Il est très difficile de leur faire comprendre que cela sera sans problème car il faut aussi leur dire les difficultés et les conséquences. On arrive difficilement à résoudre ces problèmes dans la déontologie.

L'éthique est supérieure à la déontologie. On doit être capable de faillir à la déontologie pour respecter l'éthique et même en accepter les conséquences. C'est l'honneur des médecins de pouvoir s'adapter à un patient et de faire respecter ce patient dans sa culture, sa religion, sa façon de vivre. Ce n'est pas toujours simple.

M. KERZMANN (Belgique)

Je remercie les deux intervenants pour leur exposé remarquable.

L'enjeu est très difficile et il est mélangé avec d'autres notions. Il est celui d'un espace vaste, où 360 millions de personnes vivent, où 2 millions et demi de médecins travaillent, où des médecins sont en migration, où des patients sont en migration et vont chercher des soins ailleurs.

Il nous est apparu au CEOM nécessaire, indispensable, incontournable d'essayer, pour assurer la qualité des soins que ces patients vont rencontrer dans cet espace, d'avoir les mêmes règles de déontologie, les mêmes principes à respecter. Toute la difficulté est là. La culture du nord de l'Europe et celle du sud diffèrent en bien des points. Il est hors de question de parler d'euthanasie ou de fin de vie assistée à des Italiens, des Grecs, des Turcs. On se heurte à des oppositions majeures, à des impossibilités, de rédiger un texte commun. Nous avons aussi des problèmes de traduction.

Le site du CEOM met à disposition l'ensemble des codes de cet espace européen. Je vous souhaite bon courage pour la lecture, pour une tentative d'harmonisation. Je remercie M. HECQUARD pour ce travail.

M. FAYE (Côte d'Ivoire)

Je voudrais poser une question suite à la communication de M. AKA. J'ai été frappé par la notion d'uniformisation des curricula de formation. Il y a une volonté manifeste de rédiger un code de déontologie commun, mais qu'en pensez-vous par rapport à l'harmonisation des curricula de formation ?

Il faut que les médecins qui ont le droit de circuler dans l'espace puissent traiter les malades de la même façon.

M. AKA (Côte d'Ivoire)

Il y a quelque chose de formidable à l'Afrique de l'ouest : le même organisme s'est occupé non seulement de l'harmonisation des codes de déontologie, mais aussi de l'uniformisation des curricula de formation des étudiants en médecine générale.

La forte implication des Ordres dans ce débat a permis de ramener les cours de déontologie et d'éthique médicale ainsi que du droit médical dans l'enseignement des étudiants. Nous avons fait un saut qualitatif indéniable dans la formation qui a permis à nos politiciens d'estimer que cela pouvait permettre l'uniformisation des codes harmonisés de déontologie.

M. DEAU (France)

Vous nous rappelez que tout est au cœur de la formation, qu'il faut que nos étudiants, nos médecins sensibilisés à l'éthique soient formés à la déontologie. Cela s'apprend.

M. OGANDAGA (Gabon)

Les Ordres ont leur rôle à jouer dans l'harmonisation au niveau de l'Afrique de l'Ouest, mais le problème de l'homologation des diplômes renvoie vers les curricula. L'harmonisation des curricula permet aux Ordres de se retrouver en phase avec la réglementation.

Au niveau de vos Ordres, vous faites la vérification des qualifications, mais qui s'occupe de l'homologation ? Après ce travail d'harmonisation des curricula et des codes, je proposerai de s'accorder avec la commission d'homologation qui est souvent au niveau de l'enseignement supérieur pour avoir le même langage. Les administratifs auront un comportement qui ne sera pas absolument basé sur les standards adoptés.

M. AKA (Côte d'Ivoire)

Concernant le milieu francophone, l'organisme CAMES s'occupe de l'homologation des diplômes. Mi-décembre, la première réunion de l'équivalent du CAMES va se réunir à Ouagadougou et les Ordres seront représentés, avec un représentant de l'Ordre

francophone, un représentant de l'Ordre anglophone et un représentant de l'Ordre francophilusophone. Ce Conseil se réunira pour la première fois pour jeter les bases de l'homologation des diplômes dans l'espace CEDEAO. Cela se met en place.

M. DEAU (France)

Il est vrai qu'en Europe la directive 2005/36 donne une certaine équivalence entre tous les pays européens, avec toutes les difficultés que nous connaissons. En France plus spécifiquement, nous avons la procédure la PAE, procédure d'autorisation d'exercice, réservée aux pays hors Union européenne.

On connaît toutes les difficultés qu'ont certains médecins, en particulier venant du continent africain, à faire valider leur formation au niveau du territoire français.

Les commissions de qualification pour la reconnaissance de ces diplômes se passent ici même au Conseil national de l'Ordre des médecins qui est l'acteur principal.

Nous avons accueilli avec un immense plaisir M. LUCAS qui va nous parler de télémédecine et de déontologie.

Télémédecine et déontologie

M. LUCAS

(France)

M. LUCAS (France)

Messieurs les présidents, mes chers confrères,

Excusez mon absence liée à des raisons familiales ce matin et à un défaut d'orientation puisque je suis allé au Méditel.

M. DEAU m'a demandé de faire une communication sur les aspects déontologiques de la télémédecine. Je voudrais d'abord dire que la déontologie dans nos pays réciproques fait l'objet de textes réglementaires. Cette déontologie est assise sur des considérations éthiques multiséculaires et largement transculturelles.

La télémédecine, et d'une manière plus générale les technologies de l'information et de la communication, doivent favoriser et faciliter l'accès aux soins. L'accès aux soins pose des difficultés dans tous les pays, même s'ils ne sont pas toujours exactement de même nature.

Par conséquent, je voudrais rappeler que la déontologie est fondée sur des devoirs qui sont liés à l'éthique. C'est ce que j'appelle des devoirs d'État, mais ce sont aussi des devoirs plus conjoncturels liés à la réglementation.

Je vais parler de la télémédecine en France, sous des aspects déontologiques, en espérant nourrir dans la réflexion celle que vous pouvez avoir dans son application et ses usages dans vos pays respectifs.

La télémédecine en France a fait l'objet de beaucoup de colloques et de manifestations, mais, néanmoins, elle peine à se mettre en œuvre en dehors du secteur de l'hospitalisation publique.

L'action du Conseil national de l'Ordre des médecins est de faire en sorte que la télémédecine ne soit pas construite en silo entre le monde hospitalier, d'une part, et le monde libéral, ambulatoire, d'autre part.

En effet, dans la logique même de l'accès aux soins, il ne faut pas que les technologies viennent ériger un mur supplémentaire informatique entre les pratiques médicales dans les établissements et les pratiques médicales dans le secteur ambulatoire.

Le Parlement français, avec l'action du Conseil national de l'Ordre des médecins, a inscrit la télémédecine dans la loi. Il l'a inscrit avec cette appréciation que la télémédecine est une forme de pratique médicale, ce qui revient à dire que l'activité en télémédecine est soumise aux entières dispositions du code de déontologie médicale.

Le décret d'application de la loi l'a d'ailleurs précisé expressément. Le consentement aux soins et à la prise en charge par télémédecine doit être formellement obtenu par le patient, près du patient.

Les médecins, ainsi que les autres professionnels, qui interviennent dans l'acte de télémédecine doivent être formellement identifiés et authentifiés dans l'espace informatique et être en situation régulière d'exercice, y compris dans le cadre d'une prestation de service pour ce qui concerne les dispositions européennes.

Le secret professionnel et la confidentialité des données personnelles de santé du patient doivent être garantis puisque les données qui vont circuler par les dispositifs doivent être chiffrées.

Enfin, les conclusions de l'acte de télémédecine doivent être inscrites dans le dossier médical du patient.

Deux sujets restent confus en France :

- le régime de responsabilité, compte tenu des usages des outils technologiques.

Une évolution est en cours avec des référentiels de bonne pratique. Comment pratiquer la médecine dans un espace virtuel quand il n'y a pas la relation physique entre le patient et le médecin ? Des référentiels de bonne pratique sont en phase d'élaboration avec les professionnels et les organisations scientifiques, avec la Haute autorité de santé et le Conseil national de l'Ordre des médecins. Dès lors que ces référentiels de bonne pratique professionnels et déontologiques de la télémédecine seront appliqués, les assureurs en responsabilité assureront l'acte de télémédecine ;

- le financement de la télémédecine.

La pratique libérale est celle d'une rémunération à l'acte. Nous voyons apparaître la nécessité, dans un certain nombre de situations, d'une rémunération forfaitisée, par exemple dans le suivi protocolisé de pathologies chroniques ou le suivi par télémédecine de dispositifs électroniques intelligents comme les pacemakers ou le défibrillateur.

Le téléconseil personnalisé est aussi un sujet nécessaire, en particulier pour la médecine francophone. Un usager se contacte sur une plateforme et informe de sa situation symptomatique particulière. Il reçoit des téléconseils.

Nous insistons en France pour une réglementation de cette activité actuellement à vocation commerciale. L'aspect sur la francophonie est extrêmement important car nous ne pouvons avoir une action qu'en fonction de la réglementation nationale, notamment de la Commission nationale informatique et liberté qui peut agir sur ce plan. Dans le monde francophone, les points de vue français ou la réglementation française ne s'appliquent pas.

En d'autres termes, si ces sites commerciaux sont basés dans un de vos pays, il y a nécessité que vous-mêmes ou que la puissance publique dans vos pays puisse intervenir. Ce n'est pas nécessairement le cas. Nous en avons déjà des illustrations, notamment à travers la république de Maurice.

En conclusion, l'Ordre des médecins est extrêmement présent dans le champ de la télémédecine, non pas uniquement pour rappeler des grands principes, non pas dans une déontologie de l'incantation ou du rappel des grands noms, mais dans une déontologie opérante sur la façon de faire respecter en pratique l'éthique médicale d'abord et la déontologie réglementaire ensuite.

Pour nous, il s'agit d'être présent sur ce point sur la société d'aujourd'hui afin d'y préserver l'éthique médicale, mais plus encore pour la société de demain, précisément à cause de ces nouveaux outils technologiques qui nous permettent d'exercer la médecine.

Vous savez certainement que Laennec, pour qui j'ai une affection particulière car il était également Nantais comme moi, a inventé le stéthoscope. En inventant le stéthoscope, il s'est placé à une certaine distance de son patient puisqu'un outil ne lui permettait pas le contact direct avec son patient. Nul ne pense que l'invention du stéthoscope a dégradé la qualité de l'auscultation médicale ; bien au contraire elle l'a améliorée.

Dans cette voie, avec les technologies de l'information et de la communication, peut-être peut-on également améliorer la pratique de la médecine et améliorer grandement le sujet crucial, éthique de l'accès aux soins pour l'ensemble de nos compatriotes, pour l'ensemble de la francophonie et pour l'ensemble des hommes et des femmes qui sont en situation de souffrance.

Je vous remercie.

M. DEAU (France)

Sur ce problème de la déontologie et de l'e-santé, vous retrouverez toutes les publications du Conseil national sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins et en particulier de M. LUCAS qui est devenu un éminent spécialiste de l'e-santé sur le territoire français.

Avant la pause déjeuner, nous voudrions savoir comment cela se passe en Afrique. En pratique, quelles sont vos expériences en matière de télémédecine ?

M. OGANDAGA (Gabon)

Dans certains de nos États, il y a le problème de la protection des données à caractère personnel. M. LUCAS a parlé de la CNIL en France. Quelles sont les relations qui existent entre le département de télémédecine du Conseil national de l'Ordre des médecins et la CNIL ?

Au Gabon, nous venons de mettre en place l'équivalent de la CNIL. J'ai été nommé commissaire dans cette commission pour les problèmes de médecine. Vous voyez l'intérêt que j'ai pour ce sujet.

À partir de toutes les informations que je pourrai glaner et les échanges avec M. LUCAS, cela me permettra d'agir avec une certaine pertinence sur les thèmes de la télémédecine, de la déontologie et de la protection des données à caractère numérique.

M. LUCAS (France)

En France, il existe une agence d'État, l'ASIP, l'Agence des systèmes d'informations partagées en santé. L'État définit la stratégie et l'agence nationale applique la stratégie définie par l'État. Dès sa création, cette agence en systèmes d'information partagés en santé a souhaité avoir en son sein un Conseil d'éthique et de déontologie.

Dans la convention constitutive de ce Conseil d'éthique et de déontologie, la présidence a été attribuée au Conseil national de l'Ordre des médecins. M. LEGMANN m'a fait l'amitié de me soutenir pour présider ce Conseil d'éthique et de déontologie de l'agence. Ce Conseil est vice-présidé, de par la convention constitutive, par un représentant des associations de patients. Il est évidemment nécessaire que les patients organisés puissent également exprimer leur point de vue.

Nous avons une réflexion avec la CNIL pour que ce Conseil d'éthique et de déontologie soit un organe de Conseil placé près de la CNIL. Cette commission nationale est essentiellement constituée de juristes. Or, les juristes sont des experts du droit, mais ne sont pas nécessairement des experts de la médecine. Il faut trouver cette convergence et nous travaillons dans cette voie.

Nous allons probablement passer une convention de relation instituée entre le Conseil national de l'Ordre des médecins et la CNIL. Nous pourrions vous transmettre l'expérience

que nous en avons afin que vous ne commettiez pas les erreurs que nous aurions commises sur ce chemin.

M. BEKKAT-BERKANI (Algérie)

Le principe de la télémédecine est d'apporter la technicité là où elle manque. Dans nos contrées vastes et dépourvues de médecins spécialistes, en particulier dans la chirurgie, dans des endroits retirés, cela ne pose pas tellement de problèmes de préservation du secret professionnel.

Le problème est d'arriver là où il faut par rapport à des personnes techniques, situées dans le Nord. Bien sûr, Il faut préserver un minimum de déontologie, mais le gros problème qui se pose est un problème d'argent car les nouvelles techniques de communication coûtent cher. Les systèmes satellitaires demandent beaucoup d'argent. C'est un moyen salubre de ramener le savoir et le savoir-faire des centres hospitalo-universitaires qui ont une grande habitude dans certaines interventions, par exemple chirurgicales, et de les assister par des collègues présents pour le salut des populations.

M. DEAU (France)

Vous soulignez toute l'importance du financement de ces techniques qui manquent cruellement. Je sais que les Canadiens ont été des véritables pionniers en la matière.

Mme VANDER STELT (Canada)

La télémédecine est en bonne voie au Canada. On parle de propager la médecine par la technologie. Le défi est d'amener cela dans les mœurs de tous les médecins. La clientèle peut s'élargir à tous les territoires du Canada. Les médecins s'ouvrent de plus en plus à cette notion. C'est magnifique et vu d'un très bon œil par nos médecins et nous sommes capables de soigner beaucoup plus de population.

En psychiatrie, entre autres, c'est extraordinaire. La relation médecin-patient est tout aussi possible par voie de télémédecine, avec des écrans suffisants et une bonne résolution, par Skype. L'hésitation des médecins était à ce niveau : quelle sera la relation médecin-patient à travers la télémédecine ? De par nos expériences, c'est tout à fait possible et étonnant.

M. DEAU (France)

Vous nous prouvez que, sur un territoire vaste comme le Canada, vous avez été les pionniers de la télémédecine. Cela existe, cela fonctionne, pas forcément à de grands coûts, grâce à des systèmes que nous connaissons tous comme Skype.

M. ABDOULAYE BOUSSO (Sénégal)

Dans l'esprit des politiques, la télémédecine est utilisée surtout pour combler les déficits en ressources humaines dans les zones sans médecins. Cela amène la notion de responsabilité au niveau de ces zones. Des zones sont assez éloignées, enclavées. L'État est en train d'analyser, avec certaines structures, des systèmes de diagnostic pour échanger avec des médecins.

Les médecins se posent beaucoup de questions par rapport à la responsabilité. En cas de problème, l'information peut être déficiente, la personne qui fait le diagnostic final et la machine également. Comme on est souvent amenés à recevoir des personnes qui proposent des types d'instrumentation de télémédecine, quelles précautions faut-il prendre

dans nos pays ? Ne faudrait-il pas tester ces outils, faire une étude sur des patients, pour valider tel type de machine ?

M. CHABOUNI (Tunisie)

La Tunisie commence à s'intéresser à la télémédecine. Une société tunisienne de télémédecine essaie d'organiser l'activité. Nous commençons à relier quelques centres de référence avec des centres hospitaliers de l'intérieur du pays pour apporter un soutien en matière de médecine de spécialité.

Cela n'a pas encore démarré dans le secteur privé. Nous attendons des référentiels de bonne pratique pour encadrer cette activité.

M. ALAOUI (Maroc)

Je voudrais sincèrement remercier M. LUCAS car c'est une activité nouvelle.

Les pays qui participent à la télémédecine sont en train d'identifier qu'il s'agit de quelque chose qui a besoin d'avoir une législation, de pouvoir entrer dans cette notion de respect, de responsabilité, de secret.

Beaucoup de privés intègrent le système par l'aide à l'information, au diagnostic par les confrères. Il y a le problème du flux d'informations qui doit nécessiter une législation à part pour la responsabilité, le secret. Nous sommes en train de voir s'organiser une véritable législation adaptée à ce nouvel outil qui pose des problèmes spécifiques.

Nous avons travaillé depuis quelques années en particulier dans le public, pour les endroits éloignés, et nous avons implanté un système de réseautage avec les centres de santé et les CHU. Certains CHU ont une relation avec les organismes à l'étranger. Nous avons toujours ce problème des libertés, de secret, de responsabilité. Nous sommes sollicités par les pouvoirs publics pour donner des outils pour gérer cette affaire.

Enfin, nous voyons de plus en plus des patients introduire des plaintes, même à l'encontre de la pratique quotidienne. Nous pouvons nous pencher sur ce problème pour trouver un *modus vivendi* pour s'adapter aux situations, pour permettre aux pays de ne pas faire d'erreurs et de bénéficier de toutes ces avancées.

J'ai beaucoup aimé vos propos sur les juristes qui ont la science juridique. J'ai demandé aux juristes de s'asseoir avec nous pour qu'ils comprennent les conditions dans lesquelles nous travaillons pour que le Code pénal soit adapté dans ses formulations à notre spécificité. L'homicide involontaire est pour tout le monde. Notre action n'est pas de tuer quelqu'un, nous agissons pour sauver et quand une personne meurt, on nous accuse d'homicide involontaire. Nous avons besoin ensemble de préciser les méthodes et notre démarche pour remplir notre rôle de conseiller et de juriste.

M. DEAU (France)

Il est certain que tous ces aspects seront abordés cet après-midi, avec l'intervention de M. DEGOS sur le cheminement d'une plainte au niveau ordinal et celle des assureurs qui nous parleront des médecins et des assurances.

En Suisse, l'expérience de télémédecine de secours en montagne est fantastique, très différente de la télémédecine canadienne ou française.

Mme GAUTHEY (Suisse)

Effectivement, en Suisse, nous sommes pas mal avancés et nous avons mis en place un certain nombre de structures, mais les choses sont loin d'être simples.

Les assureurs ont développé la carte d'assuré pour les patients. L'Ordre des médecins a développé la carte de professionnel de la santé. Pour la carte d'assuré, il y a des conflits entre deux cartes différentes et non compatibles.

Les lois suisses veulent que les directives anticipées des patients puissent être chargées sur les cartes d'assuré. Il faut donc une communication entre la carte de médecin et la carte d'assuré du patient, ce qui n'est pas encore acquis. La confédération essaie de pousser autant qu'elle le peut la mise en place d'un système d'informatique médicale. Pour cela, il faudrait définir qui paye. La question des incitatifs pose un problème compliqué, même si les textes légaux vont dans le sens du développement du système.

La Fédération des Médecins suisses a mis en place un réseau de communication sécurisé. Les adresses Internet données aux médecins sont sécurisées. Tout cela se met en place avec des problèmes pratiques.

M. AKA (Côte d'Ivoire)

Grâce au bulletin du Conseil national de l'Ordre des médecins français, les travaux et les avancées du Conseil national concernant tout ce qui est éthique dans le domaine de la santé, je me rends compte que, venant seulement d'avoir un ministère qui vient de mettre en place un comité de l'e-médecine, nous sommes confrontés au fait que nous ne voulons pas que cet aspect nous échappe au niveau de l'Ordre.

Nous avons déjà formulé au ministre des NTIC de ne pas nous oublier dans ces élaborations de groupe de réflexion. Entendant la Suisse, le Canada, notre aîné M. LUCAS, la CFOM peut mettre en place, comme le fait l'AMM, un groupe de travail pour rédiger un texte de base qui permettra aux jeunes pays que nous sommes de nous orienter, en attendant d'avoir les outils dans ce domaine.

M. LUCAS (France)

La dernière intervention de notre confrère me séduit beaucoup, à un double titre. Il y a les pays de la vieille Europe, avec des dotations financières, globalement riches, et les jeunes pays ou les pays émergents, dans lesquels les conditions d'accès aux soins ne sont pas les mêmes. M. BEKKAT-BERKANI a annoncé cela.

Par conséquent, il serait fort utile que les Ordres francophones puissent exprimer une position déontologique commune, une réflexion déontologique commune en tout cas.

Nous l'avons initiée. Vous pourrez trouver sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins une fenêtre e-santé dans laquelle toutes nos productions ont été colligées. Tout ce qui reste à faire et vos contributions nourriront notre propre réflexion. Cela nous semble très important au niveau de la francophonie.

Nous avons organisé, voici quelques jours seulement, une grande journée consacrée à l'éthique dans les usages du numérique en santé. Elle a été placée sous le haut patronage de Madame la ministre des Affaires sociales et de la santé. Sont intervenus un professeur d'éthique de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, un sociologue, un représentant de la CNIL. Cette réunion très ouverte a connu un indiscutable succès, à tel point qu'il nous a été demandé de la recommencer.

Je réponds aux différents intervenants. Le modèle suisse, au niveau de l'assurance, est totalement différent du modèle français. Si l'assurance est obligatoire, le choix de l'assureur est laissé à l'initiative du citoyen suisse. Selon les modèles d'assurance, le téléconseil personnalisé fait partie de l'organisation des prises en charge. Il y a en quelque sorte une régulation par Netgate. Le citoyen se connecte et a un téléconseil personnalisé qui l'oriente.

En France, il y a une carte d'assuré social et une carte de professionnel de santé. Cette carte de professionnel de santé porte d'ailleurs le logo de l'Agence des systèmes d'information en santé partagés en tant qu'autorité de certification électronique et le logo de l'Ordre en tant qu'autorité d'enregistrement. Ces cartes vont être diffusées.

Vous avez évoqué les adresses Internet sécurisées. Nous avons eu une réunion hier avec l'ensemble des Ordres et des agences. Au premier trimestre 2013, il y aura un développement d'un Internet sécurisé en santé.

Vous avez parlé des moyens financiers au Canada qui ne sont évidemment pas les mêmes que ceux de l'Algérie, de territoires vastes où il fallait apporter l'expertise. Nous sommes un territoire beaucoup plus limité, mais l'offre de soins sur notre territoire est assez concentrée.

Nous avons également des zones désertifiées en France que l'on appelle les déserts médicaux. Il n'y a pas d'offre de soins de premiers recours et même de second recours. Il faut apporter dans ces territoires la possibilité d'une expertise distante en cardiologie, en dermatologie, en psychiatrie. Nous retrouvons cette problématique liée à l'étendue du territoire, non pas directement en raison de l'étendue du territoire, mais en raison d'offres de soins très concentrées.

On pense qu'il y a des médecins partout à Paris. Ce n'est pas vrai. Le 18^e, le 19^e et le 20^e arrondissements de Paris ont une offre de soins inférieure à celle de la France profonde. Il y a de très grandes asymétries. Le débat est d'ailleurs très aigu afin de savoir si la puissance publique doit réglementer les installations.

Les territoires les plus éloignés, où il y a moins d'offres de soins, ont précisément le moins accès à Internet, au haut débit. Nous militons pour que la France soit câblée, avec du très haut débit là où il y en a besoin. Le très haut débit est un moyen fondamental pour faciliter l'équité dans l'accès aux soins.

Quant à la responsabilité, il y a celle du médecin, des autres professionnels de santé qui assistent les médecins et celle du tiers technologique. Il existe deux types de responsabilité dans la responsabilité du tiers technologique :

- la responsabilité du fournisseur des appareils, des instruments. Nous demandons à ce qu'il soit homologué et certifié. Ce ne doit pas être Skype qui est non sécurisé, mais une communication sécurisée ;
- la responsabilité du fournisseur d'accès.

La direction générale de l'Organisation des soins a rédigé un guide méthodologique au niveau de la contractualisation. Le Conseil national de l'Ordre des médecins est associé avec la Haute autorité de santé pour un travail en cours sur une check-list pour bien faire de la télémédecine.

Nous publierons prochainement un vade-mecum à l'usager des médecins avec les principes déontologiques. Nous en avons identifié douze qui sont listés dans le Livre blanc, sur les préconisations de l'Ordre des Médecins que vous trouverez sur le site.

Le rapport du psychiatre avec le patient est un rapport verbal, mais pas uniquement. Les émotions, la gestuelle peut s'exprimer. Il doit donc y avoir des visioconférences. Nous avons approuvé un contrat de télépsychiatrie appliqué par une société française pour nos compatriotes francophones qui sont en séjour à l'étranger dans des pays non francophones et qui, de ce fait, peuvent se trouver particulièrement transplantés, physiquement et également linguistiquement. Il ne s'agit pas, par télépsychiatrie, de prendre en charge des bouffées délirantes aiguës, mais de prendre en charge un état dépressif avec besoin d'un contact. Cela fonctionne déjà très bien.

En premier recours, nous avons identifié trois domaines principaux concrets pour nos territoires isolés à développer stratégiquement :

- la télécardiologie ;
- la télédermatologie ;
- la télépsychiatrie.

M. DEAU (France)

Nous allons modifier l'ordre du jour car M. BOUET a été obligé de partir pour des raisons personnelles. Il devait nous parler de la précarité dans les milieux migrants en France.

Cet après-midi, nous laisserons la parole à M. DEGOS sur le disciplinaire, nous passerons ensuite à la problématique du Mali et enfin nous aborderons les sujets de la fin de vie et des assurances.

Pour les adhésions, nous allons formuler une lettre toute simple : « *Président de l'Association médicale ou de l'Ordre des médecins, adhère à la CFOM, en respect de ses statuts, charte et règlement intérieur* ». Nous vous donnerons également un modèle de règlement de cotisation.

Il est important pour nous de concrétiser votre adhésion à la CFOM le plus rapidement possible, si tant est que vous appréciez les débats d'aujourd'hui. Vous êtes totalement libres de ne pas y adhérer bien sûr.

Suspendue à 12 heures 25, la séance est reprise à 14 heures 20.

Cheminement d'une plainte – transmission d'information

M. DEGOS

(France)

M. DEAU (France)

M. DEGOS est en charge des Commissions de qualifications et président du Conseil régional d'Ile-de-France. Il va nous parler du disciplinaire et de la manière dont on le gère sur le territoire français ainsi que de la problématique des données disciplinaire lorsque nous avons un médecin qui immigré. Cette même question se pose au niveau du CEOM et de la problématique du médecin.

M. DEGOS (France)

Après la session de ce matin, nous avons beaucoup parlé de la déontologie et de l'éthique. La déontologie représente le savoir-faire par rapport à l'éthique. Elle est variable selon les pays, les usages, les cultures.

Je vous propose de voir ensemble les fautes par rapport à la déontologie. Qui dit déontologie dit code, qui dit code dit infraction. Il existe un code de déontologie en France. Je pense qu'il en existe aussi dans chacun de vos pays.

Le code de déontologie a été écrit par le Conseil national de l'Ordre des médecins et ce n'est que récemment que ce code de déontologie médicale a été introduit dans le code de la santé publique et qu'il est devenu légal.

La plainte est reçue par le Conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit, toujours pour un motif déontologique. Ce ne peut pas être pour un autre motif. Bien souvent, les gens se trompent et pensent que nous pouvons apporter réparation ou toute autre solution à leur problème.

Le Conseil départemental va organiser la conciliation dans le délai d'un mois après la réception de la plainte. En cas d'échec de la conciliation, le Conseil départemental est dans l'obligation de transmettre, à la chambre disciplinaire de première instance qui est mise à côté du Conseil régional de l'Ordre des Médecins. Le Conseil départemental peut s'associer à cette plainte ou déférer lui-même le patient. Il y aura donc deux plaintes : celle du plaignant et celle du Conseil départemental.

Le Conseil régional a un délai maximal de trois mois entre le dépôt de la plainte et la réception de la plainte. Devant la chambre disciplinaire de première instance, il faut vérifier la recevabilité de la plainte. Le magistrat président décide, par ordonnance, si cette plainte est recevable ou non. Il y a une procédure d'instruction de l'affaire et une nomination d'un conseiller rapporteur.

La chambre disciplinaire de première instance est présidée par un magistrat. Ceci est récent, depuis 2007. Auparavant, la chambre disciplinaire de première instance était présidée par un médecin. Cela a permis de supprimer un courant d'idées qui disait que cette chambre disciplinaire était faite pour les médecins, avec les médecins. On nous soupçonnait d'avoir un parti pris.

Le magistrat est assisté de huit conseillers assesseurs. Le jugement est en audience publique. Avant 2006, c'était en huis clos.

Les sanctions disciplinaires sont uniquement d'ordre déontologique : avertissements, blâmes et interdictions temporaires, avec ou sans sursis, d'exercer qui ne peuvent excéder trois années. La sanction la plus lourde est la radiation du tableau de l'Ordre.

Au bout de trois ans de radiation, le médecin peut demander sa réintégration. Cela fera l'objet d'une nouvelle instruction et d'un nouveau jugement pour savoir s'il peut réintégrer le tableau. Il n'y a pas beaucoup de différence entre une interdiction temporaire de trois ans et une radiation, sauf qu'il y a un nouveau jugement pour la radiation.

L'appel de la décision faite en première instance est d'aller en appel. Les jugements d'appel de la chambre nationale d'appel placée auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins se déroulent ici même dans cette pièce.

Il peut y avoir confirmation de ce qui a été jugé en première instance ou, au contraire, modification, avec soit une sanction plus ou moins lourde. Généralement, il ne devrait pas y avoir de sanction plus lourde, sauf s'il y a eu de la part du plaignant une nouvelle plainte.

Une fois que la chambre disciplinaire d'appel du Conseil de l'Ordre s'est prononcée, il peut y avoir une cassation du jugement, devant le Conseil d'Etat. Je vous donne des chiffres approximatifs : sur 100 plaintes déposées au Conseil départemental, 50 arriveront à la chambre disciplinaire de première instance. Les autres font l'objet d'une conciliation. Sur les 50 plaintes en première instance, 30 plaintes iront en appel. Sur les 30 plaintes en appel, 5 iront en Conseil d'Etat.

Je pense qu'il est plus important d'avancer une discussion sur le fait qu'il ne s'agit pas de réparation financière. Une plainte ne peut pas donner suite à une sanction financière de réparation. Ce sont les tribunaux civils et non les tribunaux de l'Ordre qui en décident.

Depuis un an, toute action en justice en France est assortie d'un paiement de 35 euros, afin de verser de l'argent à l'aide juridictionnelle. Certaines personnes ne peuvent payer un procès. La législation française a prévu des avocats dès le début d'une plainte.

Sur demande préalable au jugement, il peut y avoir des sanctions qui ne sont pas sur le fait lui-même, mais sur la procédure : des frais irrépétibles – des avocats -, des dommages et intérêts pour le médecin incriminé, suite à un arrêt de travail par exemple.

En France, tant qu'un jugement définitif n'est pas donné, la personne incriminée est jugée comme innocente. Tous les droits de recours permettent de faire continuer ce statut d'innocence. N'est considérée comme définitive que la décision qui suit la dernière possibilité d'appel de cassation par la personne mise en cause. Tant qu'il peut y avoir un appel ou une cassation, la personne est considérée comme non-coupable.

La notion de jugement définitif est importante. Ce n'est que lorsque le jugement sera définitif que l'on pourra communiquer à un pays tiers ce jugement prononcé. Par exemple, un médecin français se voit donner un an de suspension. Il ne peut plus travailler pendant un an. S'il s'en va exercer ailleurs, nous ne sommes pas en droit de dire au pays qu'il a une sanction en première instance car il existe encore des possibilités de recours.

Entre pays anglo-saxons, il n'y a pas ce statut de non-culpabilité tant qu'il n'y a pas de jugement définitif. L'Angleterre alerte sur une plainte. Le pays qui reçoit le médecin est au courant.

Les juges du tribunal administratif considèrent le jugement définitif tant qu'il n'y a pas eu d'appel. La personne peut très bien ne pas faire appel. Ce point de droit que je ne peux pas juger demandera sûrement à être éclairci précisément.

Il est intéressant de savoir comment communiquer à un pays tiers le statut juridique d'un médecin, dans un pays tel que le nôtre, qui aurait été soit condamné soit en cours de condamnation avec tous les appels possibles.

Je vous remercie.

M. DEAU (France)

Vous avez parfaitement bien exposé la problématique de transmission d'information. Nous serions très heureux de savoir comment cela se passe dans vos pays respectifs.

M. KERZMANN (Belgique)

En Belgique, le cheminement est similaire, avec des différences sur le huis clos, la présidence du Conseil par les médecins ou par des magistrats. Sur la communication d'une sanction, le Conseil national belge considère que ne peuvent être transmises que les sanctions qui sont jugées et qui ne sont plus susceptibles d'un appel.

Je prends maintenant la casquette du CEOM. Cette problématique est en cours de discussion avec notamment un groupe de travail animé par la Belgique. Cette vision archaïque du problème n'est pas bonne. Si un médecin allemand poursuivi pour des faits de pédophilie s'installe en Italie et il y a fort à parier qu'il va reproduire les mêmes conduites que celles qui l'ont amené à être mis en examen et jugé antérieurement pour ces méfaits.

Au CEOM, nous pensons qu'il devrait être possible de mettre en place un système d'alerte qui permettrait d'informer le pays qui, par voie de conséquence, pourrait adopter une attitude pour inscrire sous réserve de.

La directive 2005/36 aborde ce problème au niveau européen. Je crois que nous ne pouvons pas tolérer que des violences graves puissent permettre quand même l'exercice, par une fuite, d'un médecin dans un autre pays, qui n'est pas encore sanctionné mais potentiellement dangereux.

M. AHR (France)

J'ai été mêlé à une discussion à Bruxelles avec une députée européenne qui parlait de ces problèmes de sanctions. Le dogme de l'Europe de la libre circulation des personnes et des services consiste à organiser la libre circulation des voyous car il n'y a aucune barrière de défense pour éviter la circulation des médecins en difficulté.

Un chirurgien français était parti en Irlande après avoir été condamné à un an d'interdiction en France et il a, heureusement, fait une fausse déclaration sur l'honneur en Irlande en ne déclarant aucune sanction. Le problème reste entier. Même s'il y a une décision définitive, que peut-on faire pour empêcher le médecin de demander à exercer ?

M. CHABOUNI (Tunisie)

En Tunisie, nous n'avons pas de loi qui nous interdise de transmettre les dossiers et nous avons pris l'habitude de ne pas le faire tant que les modes locaux sont possibles.

Concernant la relation entre les procédures disciplinaires et le droit commun, transmettez-vous les résultats des appels ? La famille demande parfois des sanctions.

M. DEGOS (France)

Le Conseil régional de première instance est dans l'obligation d'envoyer la sentence au procureur de la République. Ce n'est pas une plainte, c'est simplement une communication pour information que tel docteur a été condamné à telle sanction.

Mme KAHN-BENSAUDE (France)

En sens inverse, le procureur de la République est dans l'obligation – mais il ne le fait pas toujours - de nous prévenir lorsqu'un médecin est poursuivi au pénal pour pédophilie, agression sexuelle, etc.

M. DEAU (France)

En France, pour les grosses affaires, le disciplinaire ordinal n'a pas les moyens d'investigation qu'a la justice pénale.

En 1999, on s'est rendu compte qu'un médecin des Vosges faisait des actes de pédophilie. Une plainte s'est ensuite concrétisée en 2003 pour viols de 13 jeunes filles, de 13 à 16 ans.

La plainte est arrivée au disciplinaire. Un sursis à statuer a été prononcé dans l'attente de la condamnation du médecin par le pénal. Il a fallu que j'agisse avec dextérité vis-à-vis du procureur pour que ce médecin soit interdit d'exercer sur le territoire vosgien. Des avis contradictoires ont été rendus par le conseiller d'Etat à notre procureur.

Le médecin n'a été véritablement condamné qu'en février 2012, treize années après les faits. Je suis désolé de le dire et de l'avouer. Je n'ai eu de cesse sur ma conscience de prévenir le ministère de la Santé du Luxembourg et nos amis belges car je savais que ce médecin tentait de s'installer au Luxembourg et en Belgique.

En conscience, je n'ai toujours pas résolu le problème car nous sommes confrontés entre le dilemme de cette présomption d'innocence qui est acquis de nos juridictions et la sécurité des patients.

Comment garder sur sa conscience la problématique d'un médecin qui s'en va dans un pays étranger et dont on sait qu'il va récidiver ? Nous avons sensibilisé le CEOM. Cette question n'est pas résolue.

Mme GAUTHEY (Suisse)

Nous avons le même système avec deux juridictions : le pénal et le disciplinaire. Nous sommes en négociation au niveau de la chambre médicale pour modifier le code de déontologie de notre institution pour rendre plus d'ouverture, pour avoir accès aux dossiers. Nous nous heurtons à beaucoup de résistances.

M. DEGOS (France)

Depuis la dernière loi de santé, en France, nous avons une instance du domaine du Conseil régional qui doit juger en particulier de l'aptitude des médecins lorsqu'ils ont des maladies ou la possibilité d'exercer pour des raisons diverses, souvent psychiatriques.

La formation restreinte peut recevoir des avis venant de l'étranger. On devrait pouvoir se passer du côté disciplinaire et judiciaire, en passant confraternellement par les instances médicales pour informer que tel médecin est dangereux.

M. BEKKAT-BERKANI (Algérie)

La procédure est la même en Algérie, avec des Conseils de discipline qui répondent à des régions groupées en trois ou quatre départements, présidés par un président de la commission disciplinaire. La décision en première instance est susceptible d'appel devant la chambre compétente du Conseil national et du Conseil d'Etat. La condamnation n'est pas exécutoire tant que les voies de recours n'ont pas été usées.

En collaboration avec la France et les Ordres médicaux français, j'ai eu l'occasion, en tant que président du Conseil national, de répondre à des questionnements de collègues qui s'installent en France. Il m'a été demandé s'ils avaient fait l'objet d'une mesure disciplinaire. Cette coopération existe. L'inverse - les médecins français qui s'installent en Algérie - est peu important et je ne connais pas très bien cette situation.

Sur le plan de la procédure judiciaire, civile ou pénale, elle devrait être concomitante, sans qu'il y ait de relation entre les deux procédures. Il peut y avoir coopération avec la justice et le procureur de la République qui peuvent demander des renseignements sur une situation disciplinaire concernant tel médecin.

L'Ordre des médecins est, bien sûr, comme en France, partie civile, lorsqu'il passe devant la juridiction pénale, voire devant la juridiction civile.

Les supposées victimes préfèrent s'adresser à la justice parce qu'il y a toujours des dommages et intérêts à demander plutôt que de faire une condamnation morale du médecin.

M. DO AMARAL (AMM)

Si le procès n'est pas fini, le Conseil ne peut pas donner un certificat de bonne conduite.

M. KERZMANN (Belgique)

Lorsque nous avons étudié cette problématique au CEOM, nous avons fait parvenir des questionnaires auprès de chacune de nos délégations, avec la question suivante : que faites-vous si ce mécanisme d'alerte existe ? Un pays nous a dit qu'il ne ferait rien, qu'il inscrira quand même et se fera sa propre opinion.

M. SEPOU (Centre-Afrique)

Quel est le profil des assesseurs quand le magistrat préside ? Est-ce des professionnels de santé ?

M. DEAU (France)

Ce sont des médecins, des conseillers ordinaires qui ont été élus pour siéger au Conseil régional, mais le président du Conseil régional et de la Chambre disciplinaire nationale est toujours un magistrat depuis 2005.

M. FAYE (Côte d'Ivoire)

La session disciplinaire est présidée par un magistrat. Les autres membres de la session sont médecins. Les décisions de la session disciplinaire sont communiquées par le président du Conseil de l'Ordre, aux autorités, au ministre de la Santé, aux directeurs départementaux de la santé.

Notre difficulté est de faire exécuter les décisions. Quand un médecin est suspendu dans la région où il exerce, les autorités ont besoin de médecins, en raison du déficit de médecins.

Le préfet de région fait part que sa population a besoin de médecins. Si le cas n'est pas grave, le préfet préfère laisser le médecin en exercice.

Quant à la transmission des informations, nous dépendons des directives sur la libre circulation, mais avant que le médecin s'installe, il a besoin d'avoir une radiation de son Conseil d'origine. S'il a été sanctionné, il ne peut pas avoir cette radiation.

M. ABDOULAYE BOUSSO (Sénégal)

Quelques médecins français sont installés au Sénégal. Nous n'avons jamais de cas pareils. Ces médecins accusés peuvent-ils être assistés d'un avocat ?

M. DEGOS (France)

Ils sont toujours assistés d'un avocat. J'ai connu des grands noms de la médecine française qui avaient été traduits devant la chambre disciplinaire de première instance pour des raisons bénignes et qui n'avaient pas pris d'avocat. J'en ai vu un s'effondrer pendant l'audience car le plaignant était venu avec un avocat qui donnait des raisons fausses.

Je crois qu'il est nécessaire de conseiller aux gens de venir avec un avocat.

M. ALAOUI (Maroc)

Vous êtes passés de la présidence d'un Conseil de discipline par un conseiller à un magistrat. Vous avez des raisons, sinon le plaignant a le droit de passer à la justice civile, pénale, administrative. N'avez-vous pas pensé que la présidence de ce Conseil reste celle d'un médecin ?

Nous avons introduit le magistrat comme conseiller. Dans certaines situations, des magistrats de la Cour suprême nous demandent de plus les éclairer au sujet des propos de l'avocat, du plaignant et du médecin pour leur permettre de prendre une décision.

Avez-vous des raisons de passer par un magistrat ?

M. DEGOS (France)

C'était une pression de la société. Le Conseil de l'Ordre était contesté par le pouvoir politique. Il a paru important de faire face à la critique faite à la juridiction disciplinaire d'être faite par les médecins, pour les médecins, avec les médecins. En plus, cela se passait à huis clos. Le Conseil départemental lui-même a proposé que le magistrat préside des audiences disciplinaires.

M. AHR (France)

Le magistrat est là pour dire le droit. Il demande l'avis des assesseurs et ne juge pas lui-même. La deuxième raison est qu'il rédige parfaitement en respectant le droit, ce qui évite d'être cassé au Conseil d'Etat.

M. ALAOUI (Maroc)

S'il est président, il peut tout faire tout seul. Il prend la décision tout en écoutant les uns et les autres.

M. AHR (France)

Nous votons tous.

M. DEAU (France)

Le président est là pour dire le droit, rédiger la décision. Dans la grande majorité des Conseils régionaux, cette procédure est respectée. Le débat n'est pas clos.

Expérience du Mali dans l'action humanitaire

M. FOFANA

(Mali)

M. FOFANA (Mali)

Ce matin, M. AKA de la Côte d'Ivoire a présenté le pays de l'Afrique de l'Ouest de la CEDEAO. La couleur de la carte du Mali était en rouge vif, révélateur d'une situation qu'il connaît actuellement sous les phares de l'actualité et les feux des assaillants.

Sur le plan sanitaire, il est compliqué de venir en aide aux populations en souffrance. La communication a été transmise à M. DEAU. Je tenais à partager cette expérience avec mes différents collègues.

- Le contexte

Le Mali est attaqué dans trois régions du Nord - Gao, Tombouctou et Kidal - et dans une zone de la région centrale – Mopti, nommée la Venise Malienne -, par des groupes rebelles et islamistes depuis janvier 2012.

Cela a pour conséquences :

- des pertes de vies humaines, des traumatismes physiques et psychiques sur les populations concernées ;
- la destruction partielle ou totale des structures et matériels sanitaires ;
- l'inexistence de l'État ;
- la fuite des professionnels de santé ;
- des besoins accrus en soins de santé pour nos populations ;

- Qu'est ce qui a motivé l'intervention de l'Ordre des médecins ?

Des raisons humanitaires pour assister les concitoyens et des raisons d'éthique. Nous sommes tenus d'assister les personnes en danger.

Nous avons choisi des stratégies d'intervention. Dans un premier temps, l'Ordre des médecins, par voie de presse, télévision nationale, radio, a lancé un SOS pour que les médecins puissent se sensibiliser à ce problème et venir se faire enregistrer au siège de l'Ordre des médecins, à titre volontaire pour soigner les populations. Tout le monde est parti, la population a été abandonnée à elle-même sur le plan médical et sur le plan sanitaire.

700 médecins sont inscrits à l'Ordre des médecins sur la liste des volontaires pour secourir. Les équipes sont déjà parties. Nous avons mobilisé déjà trois missions sur le Nord du pays pour composer des équipes multidisciplinaires.

L'Ordre des Médecins a initié des négociations au début avec les occupants en impliquant des missions pour que des couloirs humanitaires puissent être sécurisés et acceptés dans cette partie du pays, par les notables, les leaders d'opinion, le Conseil islamique de notre pays. Le Mali est à 90 % musulman. En intégrant les autorités religieuses et musulmanes, cela a permis de sécuriser le convoi, de rechercher des partenaires et des référents locaux.

Nous avons aussi cherché à mobiliser la logistique avec le transport, le matériel, tout ce qui compose les équipes. Au préalable, il fallait donner une formation à l'action humanitaire aux

médecins, au personnel qui devaient aller sur le terrain. Je précise qu'il s'agissait essentiellement de jeunes médecins encadrés par quelques anciens.

La deuxième phase de la stratégie a été de prendre contact avec les responsables locaux, les associations, le personnel sanitaire restant, les ONG, et d'inspecter les infrastructures sanitaires disponibles.

Nous avons mené des actions sur le terrain : consultations habituelles de santé, accouchements, chirurgie, soins, santé publique, hygiène et des actions de vaccination.

Pendant cette crise, nous avons eu une résurgence de choléra. Il fallait préparer la riposte pour faire face à cette épidémie et aux quelques cas de rougeole et de paludisme.

- ***Nos partenaires nationaux :***

- Ministère de la Santé ;
- Ministère de l'action humanitaire ;
- Ordres professionnels de la santé ;
- Société civile.

- ***Nos partenaires nationaux :***

- OMS ;
- UNFPA, ONU femmes ;
- la Coopération française ;
- le Comité international de la Croix-Rouge ;
- les ONG : Médecins Sans Frontières, Médecins Du Monde.

- ***Le résultat des missions***

| | |
|------------------------|---------------|
| Médecine : | 8 150 |
| Pédiatrie : | 1 603 |
| Chirurgie : | 370 |
| Gynécologie + CPN : | 2 556 |
| Accouchements : | 372 |
| Échographie : | 495 |
| Vaccination : | 1 271 |
| Hospitalisations : | 567 |
| Transfusions : | 99 |
| Nombre de cas : | 15 483 |

- **Les difficultés**

Les difficultés rencontrées sont d'ordre organisationnel. C'était la première fois que les autorités sanitaires du pays faisaient face à de tels besoins en santé. Il nous a été difficile de mobiliser les ressources et la sécurité dans cette partie occupée car il fallait faire beaucoup attention. Il n'y a pas eu de médecins agressés, mais certains ont eu très peur et ont été menacés. La collaboration avec les différents acteurs, ONG, n'a pas été très facile, mais nous y avons réussi.

L'accessibilité géographique du Mali nous a posé des problèmes. C'est un pays très vaste. avec 1 240 000 kilomètres carrés avec une population de 15 millions de personnes. Dans le Nord du pays, les espaces sont étendus.

- **Les perspectives**

Il nous faut trouver le moyen de pérenniser les activités et les missions, de renforcer les acquis. Nous souhaitons que la crise puisse connaître une fin très proche et nous souhaitons pousser l'expérience aux zones déficitaires du Mali. Puisque les déserts sont grands, il serait utile que les autres régions puissent bénéficier des initiatives de l'Ordre des médecins car les ressources manquent beaucoup. On pourrait déployer, de temps à autre, en mission les professionnels de la santé sur les régions qui en ont besoin et faire partager notre expérience à d'autres.

M. DEAU (France)

Je vous remercie d'avoir évité les imbroglios avec une quelconque idéologie politique. Nous sommes tous conscients du drame qui se passe au Mali. Nous l'avons d'ailleurs évoqué, lors de l'Assemblée médicale mondiale à Bangkok sur le thème du positionnement des médecins au cours des conflits armés. Nous avons connu le drame de Bahreïn. Dès qu'un médecin s'occupait des insurgés, il était soit emprisonné, soit supprimé. Toute la problématique du médecin est de continuer à soigner chaque être humain, quel qu'il soit.

Nous avons connu des difficultés lors des guerres mondiales au siècle dernier en France. Les médecins français ont été déportés car ils s'étaient occupés d'ennemis ou de soigner des soldats qui n'étaient pas du même bord. C'est un problème d'ordre éthique de conserver cette impartialité et cette indépendance totale du médecin.

Je voudrais savoir si des médecins des missions ordinaires ont été amenés à soigner des insurgés.

M. FOFANA (Mali)

Nous n'avons pas fait le distinguo entre ceux qui agressaient et ceux qui ont été agressés. Ils ont été soignés de la même façon.

M. ABDOULAYE BOUSSO (Sénégal)

Ont-ils trié les médecins qui devaient partir ?

M. FOFANA (Mali)

Il n'y a pas eu de problème de ce genre. Les médecins ont été triés par ordre d'inscription et selon leur profil. Ceux qui se sont inscrits en premier sont partis en premier, surtout les

chirurgiens et les gynécologues. Il y avait des médecins hommes et des médecins femmes qui ont opéré.

M. DO AMARAL (AMM)

Dans l'AMM, il existe un programme de préparation de situation au désastre. Cela inclut le désastre d'origine de conflit armé comme au Mali.

Avec la situation vécue en Haïti, nous avons compris qu'il fallait organiser des groupes de volontaires par anticipation pour organiser un entraînement spécial. Il faut aussi organiser des contacts dans différents pays. Nous ne savons pas quand de telles situations arrivent. Il faut surtout partager l'expérience que vous avez mentionnée.

Cette initiative serait très bien placée dans la CFOM. La francophonie est une culture propre de ces groupes de pays. Il serait difficile d'obtenir une aide substantielle d'autres pays qui n'ont pas le contact avec cette culture.

M. DJETODJIDE TETIMIAN (Tchad)

M. FOFANA a parlé de l'expérience malienne. Au Tchad, nous avons vécu des décennies de guerre et nous avons eu à affronter les mêmes situations, à former des gens pour accéder à des zones, grâce au CICR.

Le Mali a-t-il eu à connaître des oppositions d'intervention pendant les zones occupées par les belligérants ou a-t-il eu à contester des présences dans des régions du nord du pays ? Au Tchad, pendant toute la guerre, nous n'avons pas eu de problème avec tout le personnel de la santé déployé du nord au sud.

M. BEKKAT-BERKANI (Algérie)

Je tiens à remercier M. FOFANA de nous avoir décrit cette situation déplorable. L'Algérie ayant une grande frontière avec le Mali, nous sommes bien concernés par ce conflit. L'Algérie a bâti des camps de recueil de réfugiés maliens qui traversaient la frontière dans la ville de Timyawine. Dans ce camp, nous essayons, avec le Croissant-Rouge et des médecins volontaires, d'accueillir et de soigner des gens qui traversent la frontière.

M. ALAOUI (Maroc)

Je vous remercie de cette présentation, de cet engagement. Quel a été le soutien, l'apport des autorités publiques par rapport à vos engagements ?

M. FOFANA (Mali)

Les médecins qui sont intervenus n'ont pas connu de résistance puisqu'ils soignaient tout le monde. Le médecin bambara, sonrhäï ou arabe n'a pas eu de problème, ni de résistance par rapport aux ethnies.

Nous soignons tout le monde, selon les recommandations déontologiques. Les assaillants étaient demandeurs en professionnel médical. Ils laissaient passer le personnel soignant.

Je ne vais pas m'engager dans la discussion politique, mais ceux qui ont attaqué sont aussi du Mali, ceux qui étaient soignés étaient Maliens. Ceux qui ont attaqué certaines zones venaient même de ces mêmes zones.

Si leurs parents étaient attaqués, blessés, devaient accoucher, consulter, tout le monde avait intérêt à ce que cette équipe vienne rapidement. J'ai parlé d'une recherche de partenaires du

ministère de la santé et d'une action humanitaire qui avaient été sollicités puisque L'État était absent de ces zones et que les assaillants ne voulaient même plus entendre parler de l'Etat.

M. ALAOUI (Maroc)

Je pensais au positionnement logistique.

M. FOFANA (Mali)

La société civile et le Conseil islamique nous servaient de guide pour supporter la logistique. L'État n'était pas en avant, pour des raisons sécuritaires.

M. DEAU (France)

Nous noterons dans le procès-verbal que M. BOUET a été obligé de s'absenter pour des raisons personnelles et que son thème annoncé après l'intervention du Mali sur les migrants, la précarité et l'équité des soins n'a pu être évoqué cet après-midi.

La question des soins en fin de vie au Canada

Mme VANDERSTELT

(Canada)

M. DEAU (France)

Nous allons aborder la problématique qui nous interpelle tous dans tous les pays : la question des soins en fin de vie, de la gestion de la fin de vie, de la médecine de l'incurable. Vous connaissez les initiatives du Canada, la loi belge, la réflexion française après la loi Léonetti. Nous écouterons d'abord le Canada, ensuite la Belgique et M. CRESSARD fera une synthèse.

Mme VANDER STELT (Canada)

Chers amis et collègues,

Je suis très heureuse d'être ici avec vous aujourd'hui à Paris et de vous transmettre les salutations de nos collègues à travers le Canada.

J'aimerais vous parler brièvement aujourd'hui de la question des soins en fin de vie au Canada. Je voudrais savoir dans quelle mesure notre situation ressemble à celle de votre pays et comment nous pouvons tirer des leçons de nos expériences mutuelles dans cette question difficile et complexe.

À beaucoup d'égards, l'automne de 2009 a marqué un point tournant dans le débat sur cette question au Québec. Le Collège des médecins du Québec a publié un important document de travail sur la question. Il y conclut que dans des circonstances exceptionnelles, l'euthanasie pourrait constituer l'étape finale du continuum de soins en fin de vie appropriés.

Les sondages réalisés par la Fédération des omnipraticiens et celle des spécialistes ont révélé l'existence d'un appui solide en faveur de l'euthanasie dans des circonstances exceptionnelles. Ces sondages n'ont toutefois pas établi une bonne distinction entre le retrait des soins de maintien de la vie qu'on ne veut plus ou qui ne sont pas indiqués et l'euthanasie active.

En mai 2010, le gouvernement de la province de Québec a mis sur pied une commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. La commission devait répondre aux questions suivantes :

- Que fait notre société devant la souffrance exprimée par certaines personnes en fin de vie ou atteintes d'une maladie dégénérative ?
- Comment réagir aux demandes d'aide à mourir ?
- En d'autres mots, comment assurer à tous une mort digne ?

La commission a tenu des audiences partout dans la province et a reçu des mémoires et entendu des témoignages de parties intéressées à toutes les facettes de la question des soins en fin de vie et de l'euthanasie.

En mars 2012, la commission a dévoilé son rapport et ses recommandations, dont beaucoup portaient sur des aspects relativement peu controversés de la question, comme l'amélioration de l'accès à des soins palliatifs de grande qualité et l'établissement de directives préalables. La commission a toutefois formulé aussi certaines recommandations controversées au sujet de l'euthanasie et de l'aide au suicide.

La commission a recommandé que la province rédige une loi qui reconnaîtrait l'aide médicale à mourir comme une intervention appropriée dans certaines circonstances, à condition que des mesures précises de protection soient en place. La mesure législative qui

autoriserait l'aide médicale à mourir est en rédaction et on prévoit qu'elle sera présentée à l'Assemblée législative du Québec pour étude et débat au printemps de 2013.

Pendant ce temps, une affaire en instance en Colombie-Britannique, province de l'ouest du Canada, porte aussi sur l'euthanasie et l'aide au suicide. Une femme en phase terminale atteinte de sclérose latérale amyotrophique s'est présentée devant un tribunal provincial pour soutenir que les lois en vigueur interdisant l'aide médicale au suicide empiètent sur les droits que lui confère la Charte fédérale des droits et libertés. La Cour supérieure de la Colombie-Britannique s'est prononcée en sa faveur et l'affaire fait actuellement l'objet d'un appel. Nous prévoyons que cette affaire aboutira éventuellement devant la Cour suprême du Canada et l'AMC demandera alors à y témoigner comme intervenant.

La politique de l'Association médicale canadienne dans ce domaine est claire : nous nous opposons à l'euthanasie et à l'aide au suicide. Nous reconnaissons toutefois aussi l'importance de tenir un débat public, ouvert et éclairé à ce sujet et nous reconnaissons que les tribunaux et les législateurs ont un rôle important à jouer.

Le défi réside en partie dans le fait que nous ne parlons pas tous le même langage. Souvent, le public ne distingue pas clairement l'arrêt médical actif de la vie, c'est-à-dire l'euthanasie et l'aide au suicide, de l'abstention ou l'abandon d'actes de maintien de la vie qui ne sont plus souhaités ou nécessaires.

Il est clair qu'il s'agit là d'une distinction d'une importance cruciale et tant que le public, ainsi que tous les membres de la profession médicale et les autres professionnels de la santé, ne comprendront pas clairement cette distinction, il sera très difficile, voire impossible, d'entreprendre un débat entièrement éclairé sur le sujet. Les médecins du Canada sont aux prises avec cet enjeu tous les jours.

Bien entendu, il y a d'autres enjeux d'importance cruciale dont il faut tenir compte dans la prestation de soins de fin de vie : il faut notamment garantir l'accès à des soins palliatifs de grande qualité pour tous les patients, s'assurer que les patients donnent leurs directives préalables, en discutent avec leur famille et optimiser les discussions au sujet des dons d'organes et de tissus afin d'accroître l'offre d'organes disponibles pour les malades qui en ont besoin.

À de nombreux égards, ces échanges auront en fait des répercussions sur un plus grand nombre de nos patients et pourraient énormément contribuer à faire avancer le dossier des soins de qualité en fin de vie.

L'Association médicale canadienne est active dans ce dossier. Nos membres sont d'avis qu'il s'agit d'un enjeu de la plus grande importance et que les rôles que l'on pourrait demander aux médecins de jouer dans ce domaine les préoccupent énormément. Nous étudions et révisons activement nos politiques sur les soins en fin de vie afin de nous assurer qu'elles sont à jour et qu'elles donneront des Conseils complets et utiles à nos membres. Nous organisons aussi des assemblées de patients sur la question, dont la première doit avoir lieu le 3 décembre prochain à Toronto.

Bref, l'AMC consacre beaucoup de temps et de ressources aux efforts visant à assurer que la profession et le public demeurent mobilisés face à cet enjeu crucial et que les modifications législatives ou réglementaires se font en tenant compte soigneusement des

opinions du public, de la profession médicale et reflètent la nature incroyablement difficile et délicate de la question.

Je vous remercie beaucoup de votre attention et de votre intérêt et j'ai hâte d'entendre vos réflexions et commentaires.

M. DEAU (France)

Je vous remercie. Cette contribution canadienne est un sujet qui nous préoccupe tous.

Nous allons écouter M. KERZMANN du Conseil national belge et président du CEOM à Bruxelles.

**Fin de vie - médecine de l'incurable
la loi belge et la pratique médicale**

M. KERZMANN

(Belgique)

M. KERZMANN (Belgique)

Au nom du Conseil national de l'Ordre des médecins belge que je représente aujourd'hui, je souhaite adresser mes remerciements au président et au vice-président pour leur invitation.

Vous proposez d'exposer les applications médicales et déontologiques de la législation belge en matière d'euthanasie en peu de temps est une véritable gageure que je me sens bien incapable d'affronter. Vous me permettrez d'exposer le sujet d'une certaine façon.

La législation belge date de 2002. Vous allez comprendre la difficulté car trois lois complémentaires - sur l'euthanasie, les soins palliatifs et les droits des patients - ont été promulguées lors de cette année 2002 que certains continuent encore de considérer comme une annus horribilis. La loi du droit des patients donne beaucoup de droits sans aucun devoir et ne donne que des devoirs aux médecins.

Pour bien comprendre le cadre global dans lequel cette législation s'est développée, il m'a semblé utile de vous signaler le contexte global et le contexte de la société.

Le premier fait de société est à l'opposé de la loi sur l'euthanasie. En 1973, un gynécologue va être arrêté car il a pratiqué 300 avortements clandestins. Des comités de soutien, des comités de réflexion, d'éthique vont être créés et cela aboutira à conscientiser très fortement la population belge, pour aboutir, quinze ans après en France, à la loi Lallemand-Michielsen, dépénalisant l'avortement sous certaines conditions. En Belgique, le code napoléon appliquait des poursuites contre le médecin et vis-à-vis de la femme qui s'était soumise à un avortement.

La conséquence a été une prise de conscience collective, mais surtout une prise de conscience dans le droit à la maîtrise de son corps, c'est-à-dire de la liberté d'en disposer.

Le deuxième fait de société s'est déroulé en juin 1981 en Belgique. L'Association du droit de mourir dans la dignité a vu le jour. Cette association constituée avec les mêmes membres que ceux pour la loi pour l'avortement, a revendiqué un autre droit : la liberté de choisir sa mort. Cela va dériver vers une préoccupation inexistante au départ : le droit à l'euthanasie. Selon le contexte juridique, le code Napoléon, c'est un acte d'assassinat qui doit être sanctionné comme tel.

Vont apparaître deux concepts très importants :

- le concept du consentement. Il est impossible de l'escamoter. C'est un droit au respect de l'intégrité physique des individus. Ce droit est important en fin de vie lorsque l'âge ou la fragilité introduite par une maladie incurable altère la clairvoyance et l'autonomie des patients.

- le concept du consentement à l'information qui doit avoir des qualités. Toutes ces données vont revenir dans la législation. Concernant le contexte juridique général, il faut rappeler l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme : « *Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi* » et l'article 6 du Pacte international des droits civils et politiques : « *Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine. Ce droit doit être protégé par la loi* ».

En ce qui concerne le contexte déontologique, la déontologie belge avait deux articles :

- Article 95 : « *Provoquer délibérément la mort d'un malade, quelle qu'en soit la motivation, est un acte criminel* ».

- Article 96 : « *Cet acte ne trouve aucune justification dans le fait qu'il soit sollicité par le malade* ».

La déontologie précède souvent la loi. C'est une de ces qualités. Les lois sont assez rigides et difficiles à mettre en place. La déontologie a une plasticité que n'ont pas les textes de loi.

En 1992, ces deux articles sont adaptés en y introduisant la notion de la dignité humaine et de la nécessité qu'ont les patients de préserver leur dignité :

- Article 95 : « *Le médecin ne peut pas délibérément provoquer la mort d'un malade ni l'aider à se suicider* »

- Article 96 : « *Lorsqu'un malade se trouve dans la phase terminale de sa vie tout en ayant gardé un certain état de conscience, le médecin lui doit assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité. Lorsque le malade est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort.* »

L'article 33 fait état de la communication nécessaire et en temps utile au patient de son diagnostic, de son pronostic, fut-il grave. Antérieurement, on considérait, avec une forme de paternalisme, que l'on pouvait ne pas dire la vérité au patient.

Même après la législation, cet article 33 ne va pas changer car son contenu était déjà le contenu global de la philosophie de la législation. Dans le second paragraphe, il est noté :

« *En tout cas, le médecin assure le patient d'un traitement et d'un accompagnement ultérieurs adéquats. Le médecin y associe les proches du patient, à moins que ce dernier ne s'y oppose. À la demande du patient, il contacte les personnes que celui-ci a désignées* ».

Le contexte politico-religieux n'y échappe pas. Les démocrates chrétiens étaient au pouvoir en Belgique depuis plus de quarante ans. Ce n'est pas le propre de la confession catholique. On retrouve cela dans l'islam, le judaïsme. La vie est un bien sacré et rien ne doit l'altérer.

Les démocrates-chrétiens au pouvoir en Belgique étaient très échaudés par la loi Lallemand-Michielsen qui avait créé une crise institutionnelle. Le roi avait refusé de promulguer cette loi et il avait été mis dans l'impossibilité de régner. Il avait fallu une entourloupe politique pour remettre le roi en selle après que le projet de loi soit passé. L'attitude constante était un veto à toutes ces avancées éthiques.

Les conséquences de ce conflit qui a duré pendant près de 30 ans, c'est que le droit de tout patient de disposer de son propre corps, y compris en le détruisant, était passé à l'avant des discussions et des revendications. Finalement, l'obligation était légale, d'une part, et déontologique, d'autre part, du médecin de sauvegarder la vie et non de précipiter la mort.

L'enjeu juridique était simple avant ces lois : établir tant les droits et obligations du médecin que ceux du patient arrivé en fin de vie ou du patient mourant. Ces droits n'avaient pas été vraiment pris en compte antérieurement.

Il y a eu 40 auditions d'autorités constituées, 86 réunions de commissions sénatoriales, des milliers d'amendements à cette loi, 1 358 pages résumées. En 1999, les démocrates sont passés dans l'opposition, avec une majorité déconfessionnalisée, avec des libéraux

conservateurs, mais de droite, et des socialistes ont repris cette loi et l'ont poussée jusqu'au Conseil d'Etat.

En 2001, le Conseil d'Etat a analysé le texte sous l'angle particulier de l'article 2 de la Convention européenne et de l'article 6. Il va décider que les États doivent essentiellement protéger l'individu en lui garantissant le droit à la vie, mais que le droit de la vie conservé contre la volonté de l'individu ne peut pas être pris en considération.

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie dépénalise cet acte sous conditions. La loi a été complétée par d'autres dispositions :

- du 2 avril 2003 sur la déclaration anticipée ;
- du 10 novembre 2005 sur le rapport du rôle avec le pharmacien, la mise à disposition des substances euthanasiantes ;
- du 27 avril 2007 sur la création d'un registre national où tous les médecins qui pratiquent les euthanasies peuvent consulter les listes de patients qui ont enregistré une demande anticipée.

Les articles 95 à 98 du code de déontologie ont été adaptés dans le sens de la loi.

L'euthanasie en Belgique est reconnue comme un acte pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne, à la demande de celle-ci. C'est un principe assez différent du suicide assisté qui est en fait l'acte de donner la mort, non pas de façon directe, mais sollicité par la mise à disposition de l'individu de substances létales. La Belgique n'a pas légiféré sur le suicide assisté, à l'opposé du Luxembourg.

- Les conditions pour le patient :

- être majeur ou mineur émancipé, capable et conscient ;
- une demande volontaire, réfléchie et répétée, sans pression extérieure ;
- une situation médicale sans issue avec un état de souffrance physique et psychologique constante, insupportable et inapaisable ;
- une demande rédigée par le patient, signée, datée et enregistrée au dossier ;
- un résultat d'une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable

- Les conditions pour le médecin :

- informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie ;
- s'assurer que sa demande est bien volontaire ;
- s'assurer de la persistance des souffrances et de la volonté réitérée ;
- consulter un autre médecin pour une prise en charge solidaire de la décision ;
- s'entretenir avec l'éventuelle équipe soignante ;
- s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande.

- Déclaration anticipée

Ce sont les mêmes conditions de base que l'on rencontre chez un patient qui prévoit que, s'il était un jour dans certaines conditions - affection accidentelle ou pathologie grave et incurable, inconscience irréversible selon l'état actuel de la science -, il pourrait avoir recours à une euthanasie.

La déclaration anticipée doit être rédigée, être consignée dans son dossier et doit être faite en présence de témoins. Cette demande anticipée doit être reformulée tous les cinq ans.

Enfin, la demande anticipée est inscrite dans le registre national consultable par tous les médecins.

- Remarques complémentaires

L'euthanasie est considérée dans notre pays comme un acte médical.

Le médecin n'a pas l'obligation de la pratiquer.

Après l'euthanasie, il doit impérativement, dans les quatre jours suivants, transmettre un document d'enregistrement à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation.

La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie vérifie si la loi a été respectée. Pour votre information, le nombre total de décès en Belgique par euthanasie était de 0,44 % en 2008, de 0,72 % en 2010 et de 1 % en 2012.

- 1 526 euthanasies entre 2008 et 2010 ;

- 2 086 euthanasies entre 2010 et 2012, soit une progression de plus de 30 %

- 1 133 euthanasies déclarées en 2012.

- La loi du 14 juin 2002

Cette loi est relative aux soins palliatifs. La définition est l'ensemble des soins apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort, une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives. Le contenu de cette loi est de garantir l'accès à toute forme de soins. Le but est d'obtenir une qualité de la vie, aussi bien pour le patient, que pour sa famille, sur le plan physique, psychique, social.

Il est prévu des normes d'agrément, l'appui d'une équipe de soins palliatifs. L'information et le consentement sont évidemment très importants. Il y a une évaluation régulière de cette loi.

- La loi du 22 août 2002

Cette loi est relative aux droits du patient. Elle a fait couler beaucoup d'encre en Belgique et elle a été mal vécue par beaucoup de médecins car elle n'apporte que des droits au patient, sans aucun devoir, et qu'elle oblige le médecin, sans lui donner aucun droit.

Le patient a droit au respect de sa dignité, à son autonomie. Il a le libre choix des médecins et a le droit de recevoir toutes les informations le concernant à tout moment. Il doit toujours manifester un consentement éclairé. Enfin, il a accès à son dossier médical.

- Conclusion

La loi relative à l'euthanasie représente une solution qui tient compte des conceptions éthiques en vigueur dans notre société, mais elle ne peut être considérée comme la solution.

Elle est nécessairement imparfaite, mais elle a eu le grand mérite de briser le tabou de la mort choisie en proposant en alternative la dépénalisation conditionnelle de l'euthanasie. Elle est donc perfectible.

Il y est surtout question de choix, de responsabilité. Le débat autour de l'euthanasie s'en est complètement apaisé. Il n'y a plus de débat sur l'euthanasie en Belgique, du moins sur cet aspect. En plus, la dépénalisation qui est contrôlée n'a donné, au bout de dix ans, aucune dérive conduisant à une action de la part des tribunaux.

La loi sur les droits du patient consacre bien l'autonomie du patient et elle consacre définitivement son consentement éclairé.

La loi relative aux soins palliatifs a consacré l'accès général à ce type de soins, l'opposition traditionnelle avec l'euthanasie étant brisée par la dépénalisation conditionnelle.

Il reste l'avenir. Il est question en Belgique d'étendre cette loi de l'euthanasie aux mineurs sous certaines conditions, de revoir les dispositions temporelles de la déclaration anticipée. Les socialistes au pouvoir ayant décrété que la déclaration pourrait être rédigée une fois pour toutes jusqu'à la fin de sa vie. C'est une forme de dérive.

Le refus du médecin de participer à l'euthanasie entraînerait maintenant une proposition de loi qui lui imposait un autre devoir, de communiquer automatiquement le dossier à un médecin, à une équipe de médecins qui s'occupe de l'euthanasie.

M. DEAU (France)

Nous avons enfin compris la loi belge.

M. CRESSARD va vous exposer la problématique française. Nous sommes partis de la loi Léonetti qui semblait avoir tout figé, mais cette loi évolue encore.

La loi Léonetti et ses évolutions

M. CRESSARD

(France)

M. CRESSARD (France)

Je vais vous parler de la loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti, sur la fin de vie. Elle a connu des évolutions. Il y a une loi très ancienne dans la société humaine : « *Tu ne tueras point* ».

Les médecins français, lors de leur inscription auprès du Conseil départemental de l'Ordre, prêtent le serment d'Hippocrate : « *Je ferai tous pour soulager les souffrances et je ne ferai rien pour prolonger abusivement les agonies. Je ne provoquerai pas délibérément la mort* ».

En France, le premier code de déontologie médicale date de 1947, avec deux articles sur ce thème :

- l'article 37, sur le soulagement des souffrances ;
- l'article 38, sur le fait que le médecin doit accompagner son patient jusqu'à la fin et ne pas provoquer sa mort délibérément.

Dans ce code de déontologie médicale, figurait aussi le respect du patient, le secret médical, le consentement, le refus, l'acharnement thérapeutique. Ce n'était pas assez clair. On a vu de façon paradoxale des progrès fantastiques de traitements antalgiques permettant de soulager la douleur, la création de centres de traitement des douleurs.

Parallèlement, la société a demandé de ne plus vivre d'agonies. Après de longues discussions, nous sommes arrivés à cette notion de la loi du 22 avril 2005, la loi Léonetti.

Elle a été une avancée relativement importante. Elle a créé un nouvel environnement dans la fin de vie. Elle a permis de créer un climat apaisé qui prenait en compte la dignité du patient, le respect du patient et la peine de la famille et des proches, surtout dans les lieux hospitaliers, pour des situations difficiles dans les services de réanimation ou de neurochirurgie, au cours desquelles on arrêtaient les machines et les patients décédaient au milieu des va-et-vient qui n'étaient pas propices au recueillement ni à la dignité des patients.

Cette loi Léonetti va affirmer le refus de l'acharnement thérapeutique.

À quel moment l'acharnement thérapeutique prend-il cause ?

Dans un hôpital en province et dans un hôpital à Paris, la notion d'acharnement thérapeutique sera-t-elle la même ?

La notion est propre au médecin. Le médecin décide de ne pas aller plus loin à un moment.

Il y a eu aussi la notion de l'instauration de la personne de confiance. Elle est désignée par le patient qui l'accompagne dans ses démarches, qui l'aide à prendre une décision.

Une notion est partagée avec la Belgique : la notion de directive anticipée. La personne en pleine possession de ses moyens va donc indiquer sur un formulaire ses désirs, ses directives anticipées réactivées régulièrement. Les directives anticipées ne sont qu'une proposition par rapport au médecin. Le médecin a toujours la possibilité de ne pas en tenir compte. Il peut décider que cette proposition ne correspond pas à l'état du patient.

L'amélioration des soins palliatifs, et uniquement des services de soins palliatifs, a permis à certains patients de finir leur vie dans des conditions dignes. Malheureusement, ces soins palliatifs sont insuffisamment développés en France, surtout dans les régions dépourvues en médecins dans les structures hospitalières.

La loi Léonetti va créer des choses nouvelles. Un médecin pense qu'il est nécessaire d'arrêter cette thérapeutique. Il ne prend pas la décision d'arrêter. Il convoque deux confrères pour faire un collège médical pour, ensemble, prendre avis auprès de la personne de confiance, des proches, de la famille, du personnel hospitalier, décider de l'arrêt des thérapeutiques de la pathologie du patient et lui substituer une thérapeutique de type sédatrice, tout en sachant que cette thérapeutique va forcément hâter sa fin de vie.

Dans une certaine mesure, cette thérapeutique ne sera pas le geste fatal, mais le geste qui va apaiser le patient. Il ne souffrira plus. Il sera dans un état calme qui permettra à la famille de venir lui parler. Cette décision sera prise en commun, mais le médecin en charge du patient la signe dans le dossier. Cette décision peut faire la preuve au niveau d'une saisie de dossier par un juge.

Cette loi Léonetti est en fait mal connue. Elle n'est pas très bien appliquée par le personnel du milieu hospitalier. Deux affaires emblématiques sont apparues :

- L'affaire Vincent HUMBERT. Ce garçon de 19 ans a eu un accident très grave. Son état était très critique sur le plan moteur, intellectuel et autre. Il avait envie de disparaître. Une demande en ce sens avait été adressée au président Chirac qui a refusé. La mère de Vincent HUMBERT a elle-même pris la décision. Il y a eu un suicide assisté. Une plainte a été déposée au tribunal. Un non-lieu a été rendu vis-à-vis de du médecin et de la mère ;

- L'affaire Chantal SÉBIRE. Cette personne avait une tumeur au crâne, expansive, qui la déformait et qui était extrêmement douloureuse. Cette patiente refusait tout traitement et demandait à mourir. Elle est morte par des produits qui ont été amenés d'un autre pays et qui lui ont été donnés.

L'Association du droit de mourir dans la dignité a dit que la loi Léonetti ne correspondait pas exactement à ce qui était désiré.

Durant la campagne électorale, M. HOLLANDE a fait la proposition 21 : « *Toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander dans des conditions précises et strictes à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité* ».

Cette proposition doit être prochainement décidée dans les chambres des députés et des sénateurs. Elle vient à l'appui de plusieurs propositions faites par plusieurs sénateurs. Pour l'instant, la loi n'a pas été déposée.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a voulu réfléchir sur la position que le Conseil national, au nom des médecins, pourrait proposer lors de la discussion de la loi.

Nous nous sommes réunis à plusieurs reprises, lors d'ateliers et nous avons fait une synthèse. Nous essayons de rédiger une proposition qui sera adoptée par le Conseil national de l'Ordre des médecins, pour qu'elle entraîne un avis majoritaire.

Il faut reconnaître une évolution de la société qui demande un peu plus que la loi Léonetti. Si on avait mieux fait connaître la loi Léonetti, on n'en serait pas là. Il existe plusieurs catégories.

La situation d'une personne, en phase terminale d'une maladie incurable, peut être résolue sans problème par l'article 37.

Pour une personne en phase avancée d'une maladie incurable, à quel moment pense-t-on qu'une maladie est au-delà de thérapeutiques et devient susceptible de sortir de la loi Léonetti ? Le médecin peut-il dire que cette personne est en phase avancée d'une maladie incurable ?

Des personnes ont une maladie chronique dont l'évolution est défavorable. Dans l'instant, cette maladie n'entraîne pas de risque léthal, de risque de dépendance. Ces personnes ne veulent pas continuer à vivre ainsi et désirent pouvoir finir leur vie au moment où elles le demandent.

Est-ce au corps médical d'une part, de prendre la décision et, d'autre part d'exécuter la décision ?

Les propos belges et canadiens nous rassurent un peu sur notre position, mais cela a pris du temps pour évoluer. On nous oppose la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients. Nous sommes tout à fait d'accord, mais nous aimerions qu'il y ait aussi certaines restrictions par rapport aux patients vis-à-vis de leur médecin.

Nous sommes dans un état de réflexion avant la rédaction d'un premier texte à soumettre à l'assemblée générale des conseillers nationaux, puis aux conseillers départementaux et régionaux. Nous prendrons un avis de consensus du monde médical.

M. DEAU (France)

On essaie de se rassurer avec des directives anticipées. Quand on fait des directives anticipées, cela ne se passe jamais comme on l'avait prévu.

Lors de nos débats, nous nous sommes rendu compte que chaque médecin a été confronté un jour à une problématique de mort, soit dans sa famille, soit parmi ses patients. Dans ma vie de médecin, j'ai dû être confronté plus de deux mille fois à cette problématique. Nous avons tous en conscience d'avoir soit géré cela par défaut, soit par excès, en en ayant trop fait ou en allant trop vite dans notre démarche.

Je me souviendrai tout le temps d'une remarque d'un procureur de Paris dans un précédent débat en 2003. Il m'avait dit « *toute loi n'est bonne que si elle peut être légitimement transgressée en chaque conscience* ». C'est un peu vertueux et difficile à accepter.

M. HECQUARD et M. FAROUDJA nous ont parlé d'une transgression légitime, d'une exceptionnelle exception. Finalement, faut-il légiférer alors que nul ne sait ni le jour ni l'heure de la mort ?

M. OGANDAGA (Gabon)

Je remercie tous les intervenants qui ont soulevé ce problème. Avant de venir à Paris, j'ai eu la chance d'aller sur Internet voir qu'en Belgique il se passait des choses suffisamment avancées sur la fin de vie et l'euthanasie.

Tous ces exposés m'ont permis de faire l'état des lieux sur le plan légal et des avancées. En tant qu'Africain, je vous assure que je suis complètement perturbé. Sur le plan religieux, cela pose déjà un problème. Sur le plan des coutumes, cela pose un autre problème. Ceci ne veut pas dire que ce problème de fin de vie ne se pose pas dans notre pays. Il n'y a pas beaucoup de demandes clairement exprimées par les familles ou les patients concernant l'euthanasie ou les soins de fin de vie avec acuité. Cela nous interpelle au fur et à mesure

que nous évoluons, car du fait de la mondialisation, nous allons nous trouver dans ces situations.

J'ai suivi ce qui se fait en Belgique. Nous avons entendu que la loi Léonetti n'est pas suffisamment avancée par rapport à l'avancée de nos amis belges, si avancée par rapport à cette situation. Nous voyons la difficulté à légiférer par rapport à un environnement socioculturel dans les pays africains.

Ce débat m'a suffisamment instruit pour pouvoir en parler au Conseil de l'Ordre et discuter avec des juristes. Vos expériences vont certainement nous aider. C'est très compliqué avec les différentes morales chrétiennes, bantous et ma pratique personnelle. Les lois nous aident.

J'ai apprécié la loi belge qui dit que le médecin n'est pas obligé. Cela me rassure et cela laisse le médecin derrière sa conscience, en jouant avec toutes les morales, tout en restant dans un comportement éthique.

Mme KAHN-BENSAUDE (France)

J'ai étudié de près la loi belge. Vous avez une clause de conscience, mais si je vous demande de mettre fin à ma vie et que vous refusez, êtes-vous dans l'obligation de me donner l'adresse d'un autre médecin ?

M. KERZMANN (Belgique)

C'est une excellente question. Il est prévu que le médecin qui ne pratique pas dans le cadre actuel l'euthanasie doit renseigner un autre médecin dont il sait qu'il est plus ouvert à ce genre de pratique. Il doit le faire déontologiquement vis-à-vis du patient.

Un des projets est de prévoir cette situation tout à fait particulière où le médecin aurait le devoir légal d'adresser à quelqu'un d'autre. Nous pensons que cela doit être laissé à l'appréciation de chacun. Cette proposition de loi est en cours. Elle va certainement passer.

M. DEAU (France)

Vous recevrez dès lundi toutes les présentations en attente du compte rendu rédigé.

J'aimerais entendre la position de la Suisse. Des patients français fuient vers la Suisse en disant « *Vous n'aurez pas à vous poser la question, docteur. Je vais en Suisse, je paie et c'est fini* ».

Mme GAUTHEY (Suisse)

La population suisse a pris position pour dire qu'elle est très attachée à la possibilité de pouvoir décider de la fin de vie.

En Suisse, une association Dignitas propose des suicides médicalement assistés. Le code pénal suisse n'interdit pas le suicide médicalement assisté. Il n'est pas punissable s'il n'intervient pas avec des motifs égoïstes. Ce principe s'applique à tout individu. N'importe quel individu peut pratiquer ce genre d'acte.

En principe, il faut que le patient soit atteint d'une maladie incurable, en fin de vie, un diagnostic psychiatrique très lourd. Certains patients se plaignent de discrimination, de ne pas pouvoir bénéficier du suicide médicalement assisté car ils ont des dépressions graves.

M. DEAU (France)

Ce n'est pas remboursé par l'assurance-maladie ?

Mme GAUTHEY (Suisse)

Bien sûr que non.

M. BUCHLER (Luxembourg)

La loi est la même qu'en Belgique. Comme l'a dit M. DEAU, en tant que médecins, nous avons tous été confrontés avec cette question. Depuis que la loi existe, les patients sont un peu rassurés car ils savent qu'il y a un moyen de ne plus souffrir et les médecins sont rassurés également.

M. BEKKAT-BERKANI (Algérie)

Nous avons suivi tous ces débats et toutes ces lois qui sont en cours en France, en Belgique, en Suisse.

Comme on l'a dit, on se réfugie derrière la clause de conscience et débrouillez-vous. La société est empreinte de religion. Or, toutes les religions interdisent l'euthanasie qui est considérée comme un suicide, assisté ou légalisé. Finalement, on codifie et un cas ne ressemble pas à un autre cas.

Sur le plan de la pratique, en tant que pneumologue, j'ai vu beaucoup de cancers du poumon et des bronches. La famille et le malade lui-même vous demandent non pas d'abrèger activement les souffrances, mais d'arrêter toute thérapeutique qui vise à prolonger cet acharnement thérapeutique.

Quelque part, un certain équilibre se fait car on va a contrario de la loi religieuse qui impose de ne pas toucher à la vie. La vie, quelle qu'elle soit, même dans de mauvaises conditions, est un don de Dieu.

M. DEAU (France)

Cet éclairage est aussi partagé par de nombreux médecins français.

Mme SAMISON (Madagascar)

Je vous remercie d'avoir apporté ce sujet.

Comme l'a dit M. OGANDAGA, dans les pays en voie de développement, il n'est pas question d'euthanasie actuellement. Nous avons eu un débat très houleux voici deux ans, à propos de la dépénalisation de l'avortement qui n'a pas abouti. Si on se repose sur le principe culturel, religieux, Dieu donne la vie et Dieu ôte la vie.

Nous avons parlé de l'Association droit à mourir dans la dignité et du droit à l'euthanasie. Les Malgaches tiennent vraiment à ce droit à mourir dans la dignité. Ils demandent en principe d'arrêter les médicaments d'abord et de mourir dans la sérénité, dans leur milieu familial, chez eux.

Le droit à l'information est important. Il faut que le patient sache ce qui lui arrive, qu'il est en fin de vie. Pour la sérénité, il faut d'abord se réconcilier avec soi-même, avec la famille, avec Dieu et surtout prendre des dispositions testamentaires qui s'imposent, préparer la famille à l'enterrement.

M. FAYE (Côte d'Ivoire)

En Côte d'Ivoire, aucun patient n'irait demander à quelqu'un de l'aider à mourir. Les patients demandent aux professionnels de santé de les aider à survivre, à s'en sortir. Il n'est pas encore question de cela chez nous.

M. DEAU (France)

C'est une très bonne réflexion. Cela laisse à croire que dans des pays très développés, un peu gavés de richesse, on peut même vouloir acheter la mort.

M. ALAOUI (Maroc)

Le débat porte plus sur la conceptualisation et la terminologie. Nous devons apporter une contribution à ce débat. Si nous restons uniquement sur l'euthanasie, suicide médicalement assisté, j'ajouterai en dernier l'acharnement thérapeutique.

Il est fondamental de soulager les souffrances. Nos malades demandent à ce que les souffrances soient d'abord soulagées.

Nous devons en discuter avec les théologiens. La planification familiale avait été un débat dans les années 1970 et nous nous étions retournés vers les théologiens pour nous donner leur point de vue.

Je prends l'exemple précis du stérilet. J'ai été étonné de l'approche méthodologique de ces théologiens. Ils nous ont demandé ce que disait la science, si le stérilet était abortif d'abord, dans son premier élément. Non, il permet à 90 % de ne pas faire aboutir le spermatozoïde. Si la science admet qu'il n'est pas abortif, il a été décidé le droit de l'utiliser.

Selon le point de vue des théologiens sur l'acharnement thérapeutique, si on affirme médicalement que toutes les raisons de la science confirment qu'il n'y a plus rien à faire, il faut arrêter les traitements.

Dans cette situation de la souffrance qui résiste à tous les traitements pour augmenter la vie, il est probable que nous aurons très certainement une solution.

Pour l'acharnement thérapeutique, si nous avons la certitude que cela ne peut pas prolonger la vie, améliorer la vie, restituer cette dignité, il est très certain que nous allons arriver vers une position. Il est difficile de rester ainsi sur l'euthanasie et encore moins sur le suicide assisté.

M. SANDJON (Cameroun)

C'est un problème d'évolution de la société. Quand on prête le serment d'Hippocrate, on jure de ne jamais ôter la vie, de ne jamais faire d'avortement. Nous voyons ce qu'il en est advenu avec la loi Veil en France.

En Afrique, on m'a demandé ce que je pensais des IVG. Les avortements, les complications des avortements entraînent des séquelles terribles en matière de stérilité. Il n'est pas encore question d'en parler ouvertement, même si on le fait de manière sournoise dans nos cabinets. C'est accepté, c'est toléré.

J'ai parlé du taux d'alphabétisation en Afrique. Les Africains sont victimes de l'information très avancée dans les pays développés qui savent quelle est l'évolution d'une affection. En Afrique, on pense toujours que cette affection va s'arranger.

Mon père était médecin et il est décédé d'un cancer des poumons. Il est parti de l'hôpital Beaujon et est retourné au Cameroun. Il a été accompagné jusqu'à la fin par un tradipraticien. Il y a un confort intellectuel certain avec un accompagnement.

M. DEAU (France)

Je vous remercie de souligner l'accompagnement du malade jusqu'à la fin. C'est un devoir déontologique important du médecin.

M. KERZMANN (Belgique)

Je suis d'accord avec les propos de M. ALLAOUÏ. Je voudrais recentrer le débat sur le patient. On ne peut pas, avec une forme de paternalisme, décider pour lui. Vous avez parlé de la science, de la religion, mais qu'est-ce que patient souhaite ? Le patient est au centre du débat.

La Hollande, le Luxembourg et l'euthanasie plus ou moins autorisée à la Suisse ont été dans le sens de recentrer la valeur de liberté pour le patient. Bien entendu, il y a une avancée. Elle est terrible pour le patient et elle est soulageante aussi, avec cette dépénalisation pour le médecin qui ne craint plus d'être traîné devant les tribunaux.

M. CRESSARD (France)

Si on appliquait correctement la loi Léonetti dans ces composantes en France, on résoudrait la majorité des cas.

Si cette loi passait, ce seraient les demandes et les motivations qui me perturberaient. Il est question de douleurs psychiques intolérables. Je connais cela avec des pathologies qui peuvent être rendues tolérables avec un traitement. On est dans le suicide du mélancolique. Il me paraît assez difficile de faire participer les médecins à ce titre.

J'espère que les politiques entendront ce que nous disons et sauront être sages par rapport à ce problème.

M. DEGOS (France)

Ce qui me fait peur, c'est le début des phrases, « *un patient atteint d'une maladie incurable* ». Je ne sais pas ce qu'est une maladie incurable.

Il y a soixante ans, on considérait comme incurables les gens qui étaient des composantes de la société, nés incurables. C'est très dangereux de laisser la possibilité d'abrégé les jours pour une maladie dite incurable quand on ne sait pas ce qu'est une maladie incurable.

La séance, suspendue à 16 heures 40, est reprise 16 heures 50.

Le médecin et ses assurances

M. GAUDEAU

(France)

M. DEAU (France)

Nous devons rendre hommage à M. GAUDEAU, président de l'AGMF, Association générale des médecins de France, qui nous fait des tarifs tout à fait préférentiels à l'hôtel Méditel où nous logeons ce soir. Dans cet établissement, la confraternité existe, ne serait-ce que par la manière dont le personnel nous a reçus avec beaucoup d'amabilité.

M. GAUDEAU (AGMF)

Mesdames, Messieurs,

On m'a chargé de vous parler en tant que responsable d'assurances Je ne parlerai que d'une partie de la prévention du médecin. Mon confrère parlera de la responsabilité.

En France, nous avons la chance d'avoir un régime général qui prend en charge les frais soit totalement soit partiellement. Pour compléter le remboursement partiel, on a une complémentaire médico-chirurgicale qui n'est pas obligatoire.

Tous les professionnels de santé la prennent par nécessité. J'ai discuté à l'hôpital de Strasbourg avec une Libanaise qui terminait son internat. Son père était décédé d'un cancer cérébral au Liban. Le comprimé de chimiothérapie coûtait entre 200 euros et 400 euros par jour, non pris en charge.

Nous avons donc la chance d'avoir accès à la complémentaire médico-chirurgicale, autrement dit la mutuelle.

La prévoyance du médecin, c'est :

- l'incapacité de courte ou de longue durée ;
- l'invalidité ;
- le décès.

Des régimes couvrent en petite partie ces risques. Pour tous les professionnels de santé, c'est une nécessité importante de s'assurer de prendre chez des assureurs ou dans une mutuelle un complément.

En France, les médecins hospitaliers ne sont pas fonctionnaires. Ils sont agents titulaires de la collectivité locale, contractuels non titulaires, sauf les universitaires qui ont une partie de leur salaire comme fonctionnaire et l'autre comme agent de collectivité locale.

L'épargne retraite est aussi un problème important en France. Nos jeunes confrères risquent d'avoir des retraites très diminuées. Je suis obligé de conseiller à des jeunes de composer leur propre retraite. Il est toujours délicat de parler aux jeunes de retraite alors qu'ils ne sont pas encore dans la vie active.

La dépendance est un risque qui n'est pas pris en charge actuellement. La crise économique ne permettra pas d'arriver à une solution immédiate, mais la dépendance est aussi un sujet de réflexion. En France, une maison pour la dépendance peut coûter entre 2 500 euros et 3 000 euros, voire plus, alors que les retraites de médecins s'élèvent au même tarif.

La dépendance, même pour les professionnels de santé, devient un sujet important.

L'indemnisation des victimes

M. PIOUS

(France)

M. GAILLARD

(France)

M. DEAU (France)

En France, l'assurance du médecin est devenue un problème fondamental. Nous avons un système d'entraide au niveau du Conseil national de l'Ordre des médecins. Chaque année, nous sommes obligés d'intervenir pour des médecins qui n'ont aucune prévoyance. En cas de maladie, de divorce, de problèmes familiaux, ils n'ont aucune aide spécifique et aucune réserve.

M. PIOUS (MACSF)

Messieurs les présidents, chers confrères,

Très tôt, les médecins se sont regroupés de manière volontaire pour se défendre en cas de poursuite et faire face aux conséquences financières de leurs erreurs. C'est la création du Sou Médical de 1897. Chaque médecin solidaire a versé un sou pour défendre un médecin poursuivi et la MACSF, créée en 1935, a rejoint le Sou médical sur le terrain de la responsabilité civile, après la deuxième guerre mondiale.

Je souligne le caractère mutualiste de nos deux entités qui se sont rejointes en 2002 :

- pas de capital social ;
- pas d'apporteur de capitaux ;
- pas de distribution de dividende.

La responsabilité du médecin recherchée, sur une base de frais générateurs, est l'assureur au jour du problème qui intervient. Elle est essentiellement d'ordre contractuel. C'est l'obligation de moyens, mais s'est installée progressivement une judiciarisation, les petits juges rivalisant en inventivité, par le biais de la jurisprudence, pour condamner le médecin assuré, donc solvable, et ainsi indemniser les patients.

C'est l'obligation d'information avec le renversement de la charge de la preuve qui incombe au médecin, la sécurité et le résultat, le flou des affections nosocomiales, etc., le point d'orgue étant l'arrêt Perruche, avec la rubéole congénitale totalement indemnisée du fait même de la vie.

Pendant cette période, on assiste à l'inflation des pénalités. Nous avons parfois dépassé les 12 millions d'euros et des primes d'assurance des professionnels s'élèvent jusqu'à 40 000 euros par an pour certaines spécialités.

Le 30 mars 2002, la loi Kouchner a beaucoup fait état des devoirs des médecins. Elle aurait pu faire part des droits des patients.

M. GALLARD (Sou Médical)

Mon propos sera celui de l'indemnisation des victimes. La loi Kouchner portait sur les droits des malades et les devoirs des praticiens. Les primes des médecins s'envolaient et il fallait trouver une manière d'indemniser les accidents médicaux non fautifs. Trop souvent, les juges cherchaient, devant un aléa thérapeutique, un accident médical non fautif pour indemniser la victime. Ils essayaient de récupérer dans les poches des praticiens, donc des assureurs.

En mars 2002, la loi Kouchner va mettre en place un système d'indemnisation d'aléa thérapeutique. Pour permettre l'indemnisation des accidents non fautifs, elle va créer l'Office

national d'indemnisation des accidents médicaux, OMNIAM, fondé par l'assurance-maladie, avec 25 commissions régionales dans toute la France qui sont des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation auprès desquelles les patients peuvent déposer une réclamation gratuitement.

Un décret du 4 avril 2003 va préciser que seuls sont indemnisables les accidents médicaux non fautifs graves et il sera défini des critères de gravité. Ces lois et décrets de 2002 et de 2003 confirment d'abord que le médecin est uniquement responsable pour ces fautes, précisent les conditions d'indemnisation des accidents médicaux non fautifs et favorisent les règlements amiables par le biais des CRCI afin de faire progresser la médiation et d'éviter les conflits.

Le nouveau système d'indemnisation mis en place donne satisfaction aux usagers. La situation des praticiens reste menacée. En effet, si le médecin est condamné à verser une indemnité supérieure au plafond de garantie de la compagnie d'assurance – au-delà de 3 millions d'euros -, il est responsable sur ses biens propres et risque la ruine.

Deux nouvelles dispositions vont être mises en place pour pallier ces insuffisances majeures :

- l'État va demander aux caisses d'assurance-maladie de prendre en charge, une partie significative des primes d'assurance des médecins spécialistes les plus exposés qui avaient des primes très élevées ;
- les plafonds de garantie des assureurs vont être remontés à 8 millions d'euros par sinistre et 15 millions par année d'assurance.

Par ailleurs, est créé un fond de garantie, abondé par l'ensemble des professionnels de santé – entre 15 et 25 euros - et géré par la CCR, Caisse centrale de réassurance, qui est une société anonyme détenue à 100 % par l'État français.

Ce fond de garantie, moyennant une surprime de 15 à 25 euros, permet de payer et indemniser les victimes si les sommes attribuées par les tribunaux sont supérieures au plafond de garantie de 8 millions d'euros.

Tel est l'état actuel des lois et décrets qui organisent l'indemnisation des victimes en France.

Le bon système, qui serait valable pour tous, n'existe pas. Il faut pour chaque pays s'adapter à sa taille, à sa culture, à son système de protection sociale, aux modalités d'exercice de la médecine, à la réalité juridique.

Ce système mis en place, avec le plafond de garantie à 8 millions d'euros et un fond de garantie qui intervient au-dessus et géré par l'État, ouvre les vannes à des indemnisations qui vont mécaniquement monter. Nous sommes toujours très inquiets pour les primes d'assurance des gynécologues obstétriciens. L'assurance s'arrêtera à 8 millions d'euros, mais je crains une inflation en sachant qu'aux États-Unis il y a eu deux sinistres à 75 millions de dollars chacun. Cela apporte une marge de progression pour les indemnisations des victimes en France.

Concernant l'évaluation du préjudice des victimes, nous avons probablement des progrès à faire en matière d'expertise et d'évaluation de la qualité des expertises.

Il faudrait trouver les conditions d'une juste indemnisation des victimes, nous en sommes tous d'accord. En cas d'accident fautif, la responsabilité du médecin, la compagnie d'assurances assumera à sa place, mais il faut éviter les excès qui risquent de détourner les jeunes médecins de l'exercice de la médecine et de favoriser une médecine défensive coûteuse pour la société et au final funeste pour les patients. Cela se manifeste aux États-Unis : des associations prennent la défense des médecins. Les excès de la judiciarisation de la médecine conduisent à un échec au niveau médical.

Enfin, il faudrait une harmonisation des procédures d'harmonisation. Finalement, des gens vont venir se faire soigner dans un pays car ils savent qu'ils auront de fortes indemnisations en cas d'accident médical.

M. DEAU (France)

M. GAUDEAU, M. PIOUD, M. GALLARD sont nos partenaires directs dans l'AMF, l'Association médicale française qui était avant partenaire direct de l'AMM, l'Association médicale mondiale.

L'AMF est venu en double directement avec le Conseil national de l'Ordre des médecins. Je les remercie tous trois car ils sont très membres très actifs dans l'AMM et par leurs contributions pour les textes de l'AMM.

**Présentation des travaux de la Délégation aux affaires
européennes et internationales du Conseil national de
l'Ordre des médecins**

M. DEAU

(France)

M. SANDJON (Cameroun)

Je voulais remercier la conférence d'avoir choisi Douala, pour la prochaine réunion de 2013. Nous avons pensé éviter le mois de décembre pour les prix de billets d'avion. Nous avons pensé au vendredi 22 novembre 2013. Douala est la capitale économique du Cameroun, avec 20 millions d'habitants, chrétienne à 70 %, musulmane à 30 %, avec 80 % de Francophones et 20 % d'Anglophones.

L'Ordre national du Cameroun compte 7 000 membres inscrits au Tableau. Je m'envole demain à 7 heures pour le Bureau d'Allemagne de l'Ordre des médecins. En Allemagne, il y a une centaine de médecins camerounais.

Je souhaite que tous ceux présents ici puissent être présents à la réunion du 22 novembre prochain. Vous êtes tous invités. Nous prendrons nos dispositions pour vous accueillir. Vous pourriez arriver par le vol Air France le jeudi qui arrive à Douala à 16 heures et nous pourrions travailler le vendredi. Avec Air France, il faut être sur place un samedi pour avoir un tarif intéressant, environ 700 euros.

Votre voyage et votre séjour seront sécurisés. Le Cameroun est un pays très stable sur le plan politique depuis l'indépendance dans les années 1960. Il n'a connu que deux présidents et il n'y a pas de coup d'État militaire. Les deux présidents se sont passés le pouvoir de façon très pacifique. Ils restent à chaque fois vingt-cinq ans et nous les supportons.

Le ministre des tutelles, le ministre de la recherche scientifique seront présents. Je pense que cela se passera bien. Avec mes amis du Luxembourg, nous voudrions en profiter pour proposer l'ascension du mont Cameroun pour ceux qui font du sport et, pour ceux qui voudraient aller à la plage, la ville balnéaire de Kribi, à 100 kilomètres.

Nous tenons à ce que le maximum de personnes vienne. Nous veillerons à envoyer des invitations suffisamment tôt pour faire les réservations qui s'imposent, dans un hôtel Novotel 4 étoiles.

Nous choisirons les thèmes avec M. DEAU et nous désignerons les volontaires pour les exposer avec des thèmes proches des réalités africaines.

M. DEAU (France)

Je passe la parole à notre président DO AMARAL qui nous a fait le plaisir immense, l'amitié et surtout l'honneur pour la CFOM d'être présent. Il voyage énormément. Il a sillonné le monde depuis un an, du nord au sud, d'ouest en est. Pour lui, c'est un effort de retraverser l'Atlantique.

Nous avons eu du mal à nous persuader de l'AMM. Nous sommes allés sur le site à Ferney-Voltaire. Il ne faut pas oublier que ce sont des Français qui ont fondé l'AMM en 1947. Nous en faisons partie par l'intermédiaire par l'AMF. Après avoir vérifié les comptes, nous sommes, sans aucun complexe, membres de l'AMM et nous venons d'être officialisés à Bangkok le mois dernier.

La prochaine assemblée aura lieu au Brésil, dans le pays de M. DO AMARAL qui a fait ses études à Strasbourg. Ses enfants sont de nationalité française et c'est peu dire de l'amitié qu'il a pour la France.

M. DO AMARAL (AMM)

Je vous remercie beaucoup. C'est surtout un grand plaisir d'avoir le privilège et l'honneur d'être ici en tant que représentant de l'AMM. Je vous présente mes excuses car je ne suis pas vraiment francophone, mais je suis vraiment francophile. Je voudrais exprimer ma gratitude d'être ici et d'avoir l'opportunité de vous parler.

Sur le site de l'Association médicale mondiale, <http://www.wma.net/fr>, vous trouverez toutes les informations au sujet de l'AMM et la façon d'adhérer à l'AMM. L'AMM a son quartier général ici en France à Ferney-Voltaire.

Le premier président était Eugène MARQUIS. Aujourd'hui, cette association est composée d'une centaine d'associations d'organisations médicales, soit 9 millions de médecins qui peuvent travailler ensemble.

Le but de l'AMM est d'assurer l'indépendance des médecins, de permettre d'établir la meilleure éthique médicale et les meilleurs soins médicaux. L'AMM a une assemblée générale et je vous invite à adhérer et à vous regrouper dans le bloc francophone car les situations comme celle du Mali, d'Haïti, montrent exactement l'importance de différentes cultures, des différentes formes de pensées.

Je vous remercie.

M. DEAU (France)

Sachez que la prochaine présidente de l'AMM est africaine. Elle est issue d'un des pays les plus pauvres, l'Ouganda, et vient d'être élue à la dernière Assemblée générale de Bangkok.

M. DO AMARAL (AMM)

Nous avons déjà la communauté médicale des pays lusophones, l'Afrique avec la Guinée-Bissau, le Cap Vert, le Mozambique, le Portugal et le Brésil. Il serait merveilleux si on pouvait être ensemble.

M. OGANDAGA (Gabon)

M. DEAU va nous présenter les travaux de la Délégation des affaires européennes et internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins.

M. DEAU (France)

Au Conseil national de l'Ordre des médecins, nous avons compris que la médecine n'a pas de frontières. Elle est universelle, dans toutes ses composantes : les sciences médicales, nos référentiels, nos protocoles de soins, l'information des médecins, l'exercice professionnel, la santé publique ainsi que l'éthique.

En 1947, l'AMM est née en France à Ferney-Voltaire. Tout le secrétariat est sous l'égide de M. KLOIBER, ancien trésorier de Bundesärztekammer qui travaille au service de l'Éthique universelle.

En 2006, se réunissait à Paris la première Conférence Francophone des Ordres des Médecins. Le siège de la CFOM est ici à Paris. Nous sommes très heureux d'accueillir un maximum de pays francophones. Merci à nos amis suisses, belges et luxembourgeois, d'Haïti et du Canada de nous avoir honorés de votre présence. Il est très important pour nous de savoir que la francophonie ne se limite pas à l'espace Méditerranée.

Je souligne qu'en 1971 les Ordres européens se sont rassemblés, sous l'égide de la France, au sein du Conseil européen des Ordres des médecins et nous avons créé la CEOM, Conférence européenne des Ordres des médecins.

Le secrétariat est assuré par Mlle COLEGRAVE, à Bruxelles. Le président de la CEOM, M. KERZMANN, est belge. C'est plus compliqué de débattre à la CEOM parce qu'il n'y a pas l'unicité linguistique. Les débats sont plus lents.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a très rapidement intégré la nécessité d'une coopération internationale en créant la DAEI, Délégation des affaires européennes et internationales. Nous avons compris toute la dynamique des directives européennes, la directive sur le temps de travail, la directive 2005/36 sur la migration des professionnels.

Ce n'est plus l'enseignement supérieur français qui régit les équivalences de formation, c'est l'Europe par ses directives.

Nous avons été très précocement le fer de lance des études sur la directive 2005/36. Nous sommes rassemblés dans un réseau qui s'appelle la ENMCA, avec nos amis belges, anglais, allemands, pour faire progresser cette directive 2005/36, afin d'assurer non seulement la compétence des médecins, mais aussi la qualité des soins.

Les contacts se sont multipliés. Il est certain que nous avons des contacts préférentiels avec certains pays puisque nous rassemblons dans notre bureau de Bruxelles l'Ordre des médecins portugais, l'Ordre des médecins espagnol, l'Ordre des médecins italien qui avaient du mal à trouver un fer de lance à la commission européenne. Cela s'est fait naturellement par une coordination de nos moyens au sein du Bureau de Bruxelles. J'assume pour l'instant la responsabilité d'élus, avec Mlle COLEGRAVE-JUGE, Conseiller juridique, comme responsable administrative.

Nous avons aussi une transversalité avec certains pays. Un des partenaires préférentiels reste l'Allemagne car l'Allemagne rassemble les médecins du nord et de l'est de l'Europe. La France a plutôt le bassin méditerranéen. Avec le Président de l'Ordre des médecins allemand, M. MONTGOMERY, francophone et francophile, nous avons de très fréquentes réunions tous les deux mois, aussi bien sur les impératifs de formation que sur les impératifs d'ordre éthique et déontologique. La Délégation des affaires européennes et internationales continue au travers de notre présence directe à l'AMM et de la CFOM.

Je souligne l'importance des relations que nous avons de manière inopinée. Par exemple, je suis allé à Bruxelles rejoindre M. SANDJON qui va voir les médecins camerounais dans le monde entier. Cela a été très sympathique et amical de le retrouver pour parler de la déontologie au sein d'un hôpital belge à des médecins camerounais. Voilà ce type de relations transversales qui nous permet de mieux nous connaître, de mieux coordonner, unir nos déontologies respectives pour arriver à une éthique universelle.

Je remercie tous ceux qui sont présents car il en va non seulement de coordonner nos éthiques, mais aussi de la qualité des soins et de l'accès aux soins de chaque être humain sur cette planète. Nous sommes là en tant que médecins pour faciliter la qualité et l'accès aux soins de chaque être humain.

Je vous remercie.

Synthèse des débats et conclusion

M. OGANDAGA

(Gabon)

M. OGANDAGA (Gabon)

Nous avons travaillé de manière continue en faisant en sorte qu'il y ait moins de temps de présentation, mais beaucoup de débats et le temps n'a pas suffi pour les débats. Nous avons parcouru quinze présentations avec des thèmes que je classerai en trois catégories :

- éthique et déontologie ;
- médecine traditionnelle ;
- fin de vie.

La fin de vie nous a interpellés. De toutes ces avancées en Belgique, en France, en Suisse, au Luxembourg, une nécessité ressort d'harmoniser peut-être nos points de vue. L'éthique et la déontologie, surtout l'éthique, viennent de la morale qui a toutes ses implications environnementales.

Nous en sommes venus à ces problèmes d'assurance. En Europe, il y a une avancée qui va arriver en Afrique. Il va se poser le problème de la nécessité absolue d'organiser les assurances pour éviter des situations de médecins qui se retrouveraient à hypothéquer leur domicile.

Nous avons fini par les deux prises de parole pour l'AMM et la CEOM. À mon sens, toutes ces associations et ces organisations internationales travaillent en synergie pour permettre à tous d'avoir pour objectif final la prise en charge maximale de nos patients.

J'ai résumé ce qui c'est dit. Il me reste une minute pour vous dire que nous avons été heureux de nous retrouver ici. En tant que président de la CFOM, je suis comblé car cette assemblée générale initiée par la France avait été annoncée à Libreville.

Cette excellente cuisine déontologique et éthique a été concoctée par M. DEAU. Nous lui avons laissé le soin de présenter les plats et nous avons pu ainsi, ensemble, nous délecter avec ce qu'il nous a proposé et nous ne nous sommes pas ennuyés.

Encore une fois, je vous remercie au nom de la CFOM d'avoir été présents. Je rejoins l'avis de M. SANDJON qui a oublié de vous dire que l'on danse bien au Cameroun. Rendez-vous à Douala le 22 novembre.

Notre ami d'Haïti nous a dit que l'Ordre n'était pas encore constitué, que les papiers sont déposés. Il est dans notre devoir, dans la CFOM, dans l'AMM, dans la CEOM, d'aider nos confrères d'Haïti pour faire en sorte qu'ils soient rapidement constitués en Ordre. C'est une nécessité pour la bonne pratique de la médecine. Nous croyons que vous devez également être autour de cette table et le fait que vous soyez admis ici permettra de faire en sorte que vous puissiez faire avancer le dossier de présentation de l'Ordre.

Merci à tous.

La séance est levée à 17 heures 30.