

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Réflexion éthique sur les développements récents des droits du patient

Bert, Catherine

Published in:
L'hôpital belge

Publication date:
1996

Document Version
le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Bert, C 1996, 'Réflexion éthique sur les développements récents des droits du patient', *L'hôpital belge*, vol. Mars 1996, pp. 46-50.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Réflexion éthique sur les développements récents des droits du patient

CATHERINE BERT

Centre de droit de la consommation,
UCL

L'intérêt pour la santé s'est considérablement développé au cours de ces dernières décennies. Son acception s'est elle-même élargie. L'absence de maladie, de douleur physique constitue la condition minimale d'un bon état de santé qui englobe plus volontiers la préservation d'un équilibre ou d'un confort physique et psychique. Sous l'impulsion conjuguée de cette évolution et du renouveau de certaines valeurs socio-culturelles et éthiques, on prend pleinement conscience d'un mouvement de reconnaissance et d'affirmation des droits du patient. L'arsenal des mesures de protection le concernant se renforce.

Le patient docile et passif devient progressivement un acteur revendiquant d'intervenir à titre de partenaire dans toute relation de soins ainsi que de déterminer l'orientation de sa propre vie. En outre, les progrès médico-techniques placent le patient dans des situations sans précédent et parfois problématiques. Ces situations requièrent elles aussi de nouvelles formes de protection ainsi que l'illustrent les questions liées au don d'organes, à la procréation médicalement assistée, à l'expérimentation, aux tests génétiques, etc.

On reconnaît aux mesures de protection existantes une grande diversité. Leur origine recouvre une nature différente selon qu'il s'agit de lois, de règles déontologiques ou de valeurs éthiques. Aussi, au moment où leur développement est significatif, il y a un intérêt patent à s'interroger sur la finalité de cette protection afin d'évaluer en quoi les mesures proposées constituent un apport neuf et positif dans le chef du patient.

La position du patient

De manière générale, on tend à justifier la nécessité d'une protection pour le malade par la position de faiblesse qu'il occupe dans le système de soins.

Le rôle de patient implique un abandon temporaire des droits et devoirs d'ordinaire attribués à l'adulte compétent¹. Le médecin exerce en effet un pouvoir qui a pour origine le fait que le malade lui confie sa santé. La relation thérapeutique aboutit bien souvent à une forme de curatelle, le soignant prenant en charge la santé, voire la vie du soigné². Le malade se trouve ainsi dans une position qui, à certains égards, est comparable à celle du

Door de evolutie van de notie gezondheid en de hernieuwing van verscheidene socio-culturele en ethische waarden, wordt men zich ten volle bewust van een beweging tot erkenning en bevestiging van de rechten van de patiënt.

Het arsenaal van beschermende maatregelen wordt verstevigd, en dit met een grote verscheidenheid. Hun oorsprong beslaat een ander domein naargelang zij voortvloeien uit wetten, deontologische regels of ethische waarden.

Men kan zich afvragen wat het doel is van deze bescherming. Men kan onderzoeken of deze maatregelen iets positief bijbrengen uit hoofde van de patiënt. De relatief zwakke positie van de patiënt kan slechts verbeterd worden door maatregelen die hem beschermen tegen andere acteurs uit het medisch systeem. Deze laatste moeten zich bewust worden van de positieve bescherming die men wenst te geven aan de erkenning van de patient als verantwoordelijk akteur.

Samenvatting

consommateur face au professionnel³: il est dans une position de faiblesse liée à un défaut de compétence, d'information et de savoir-faire.

A ce premier facteur de déséquilibre s'ajoutent les pressions exercées par les pouvoirs publics ainsi que des contraintes individuelles économiques et/ou sociales conduisant à limiter la capacité d'action de l'utilisateur ou à le priver de certaines possibilités d'action. D'une part, en effet, les décisions d'allocation des ressources prioritaires (qui sont les plus fréquentes en matière de soins de santé au niveau politique) sont le fruit des décisions des seuls pouvoirs publics. L'influence du patient sur ces options sociétales est très limitée.

D'autre part, la prise en compte des contraintes individuelles dénote une persistance des différences sociales face à la santé. Bien que l'on constate une amélioration du niveau de vie, les inégalités subsistent et sont liées aux disparités structurelles des conditions de vie ainsi qu'à des comportements sociaux différenciés induisant des risques pour la santé.

Un autre élément qui vient attester la position de faiblesse du patient tient à la fragilité de l'organisation et de la structure des associations de patients. Hormis les maladies chroniques ou les maladies au long cours, le statut du patient est temporaire et permet difficilement une mobilisation à long terme. Toutefois, une évolution se dessine selon laquelle les malades regroupés en association disposent d'une force morale auprès du médecin⁴. Ils peuvent ainsi exprimer leurs attentes. Un dialogue peut s'établir. Sur le plan financier, les associations de patients disposent de peu de moyens. Le plus souvent, elles subviennent à leurs besoins en prélevant des cotisations auprès de leurs membres.

Partant, il semble que le système des soins n'offre guère la possibilité au patient de participer à une négociation lui permettant de faire valoir ses choix.

Ces facteurs fragilisants concernent tous les patients. Néanmoins, certaines catégories de patients requièrent une attention particulière:

Les personnes incapables: c'est-à-dire les individus atteints d'une incapacité mentale, les rendant incompétents pour prendre une décision 'raisonnable'.

Les mineurs: c'est-à-dire les enfants et adolescents n'ayant pas atteint l'âge légal de la majorité. Ce critère mérite peut-être d'être nuancé quand l'objet de la décision est la santé ou la vie de la personne concernée. Un adolescent peut disposer, dans certains cas, des mêmes capacités pour s'autodéterminer à 12 ans qu'à 18 ans.

Les personnes âgées: c'est-à-dire les hommes et les femmes qui atteignent la tranche d'âge des plus de 60-65 ans et dont l'état de santé requiert une surveillance et/ou des soins spécifiques. L'allongement de l'espérance de vie et son effet direct sur le vieillissement de la population, dans la plupart des sociétés industrialisées, est un phénomène positif et porteur de conséquences dans le domaine la santé. Les impacts du vieillissement sont d'ordre économique, social et moral. Ils impliquent notamment de nouvelles formes de prise en charge respectueuses de la personne.

Les embryons et fœtus c'est-à-dire des êtres bénéficiant du statut éthique de 'personne potentielle'. Cette formule permet de reconnaître leur caractère humain et empêche toute assimilation à un matériau biologique. Les soins spécifiques dont ils font l'objet progressent, mais leur statut juridique reste imprécis.

La portée des mesures protectrices

Les mesures de protection peuvent être de nature juridique, déontologique ou éthique. Selon leur origine, leur portée diffère⁵. Toutefois, l'enjeu d'une protection efficace se situe au niveau de l'articulation des trois domaines.

Le régime juridique

L'action d'un membre d'une collectivité a bien souvent des répercussions sur celle-ci. Aussi ces actions doivent être encadrées par des règles et des sanctions prévues en cas de transgression.

Bien qu'il ne se limite pas à cette fonction, on reconnaît la spécificité du régime juridique à son caractère coercitif. Celui qui transgresse la loi est susceptible d'encourir

une peine. Dans les faits les garanties proposées sont principalement pénales et civiles⁶. Leur évaluation est opérée par une instance juridique indépendante.

L'existence d'une loi-cadre couplée de réglementations spécifiques constitue un avantage considérable en terme de protection⁷. Il est beaucoup plus difficile pour le patient de se protéger et de connaître ses droits en l'absence de loi-cadre. Aussi précis que les droits puissent être, ils seront moins facilement assimilables s'ils sont inclus dans plusieurs lois de nature différente.

Le rôle du juge, dans la protection de ces droits, conserve une grande importance⁸ principalement liée au fait que certaines normes éthiques ou déontologiques n'ont pas encore reçu de garanties législatives. Ce rôle reste aussi indispensable dans l'hypothèse d'une loi-cadre afin de traiter les problèmes spécifiques qui n'auraient pu être prévus.

La déontologie

Il s'agit avant tout de codes de bonne conduite élaborés par les professionnels du monde médical, infirmier et paramédical. Les règles déontologiques ont une incidence et une fonction positive quant à la protection du malade. Toutefois, elles ne peuvent suffire. L'évaluation de leur application dépend d'un auto-contrôle, c'est-à-dire d'un contrôle exercé par la profession, mais non par une instance juridique indépendante. La déontologie ne donne pas lieu à un véritable recours en justice pour le patient.

L'éthique

Les mesures de protection d'ordre éthique n'ont aucun caractère effectivement contraignant. Elles prennent la forme de Déclaration ou de Charte dont la portée n'est garantie que si elles sont traduites en règles par l'État. Dans les faits, les normes éthiques balisent et assurent la transition entre le vide législatif et la mise en place d'une loi. Elles s'adaptent plus rapidement à la progression fulgurante des sciences et des mentalités que les règles juridiques. La protection repose ici sur les convictions et l'implication personnelles suscitées par l'assentiment et l'adhésion à certaines valeurs.

Un rapport dialectique

Idéalement, la meilleure protection est 'la conscience individuelle et le plus utile service public, l'éducation des consciences'⁹. Cette volonté individuelle ne doit pas être négligée.

Mais les mesures protectrices d'ordre juridique représentent, de manière incontestable, une garantie plus efficace. La vigilance s'impose cependant face au développement législatif. L'inflation législative et judiciaire comporte des risques. Un arsenal trop complexe de lois et de règlements législatifs engendre inéluctablement un contexte juridique incertain et fort peu transparent. Et des procès en série ont pour conséquence de favoriser le développement d'une médecine défensive et d'affaiblir la relation de confiance entre le malade et le médecin.

Dans les faits, les trois régimes de protection coexistent dans un rapport dialectique¹⁰. Les lois s'inspirent des valeurs éthiques de la même manière que le droit cherche à protéger ces valeurs. Ainsi la loi sur le prélèvement et la

transplantation d'organes¹¹ traduit en termes juridiques les principes d'autodétermination du donneur, de gratuité et d'inviolabilité du corps humain, de solidarité et de protection de la vie du receveur. Corollairement, la règle déontologique du secret professionnel s'inspire de la valeur que représente la vie privée et est traduite en un droit positif de respect de la vie privée¹².

Le sens de la protection

La finalité aujourd'hui dévolue aux mesures de protection du patient a subi l'influence positive de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Les droits à la santé et aux soins médicaux font désormais partie des droits fondamentaux au même titre que les autres droits économiques, sociaux et culturels¹³. L'attribution de ces droits s'accompagne de la promotion des valeurs qui tendent à réaffirmer de manière absolue l'autonomie et la dignité de l'individu.

La protection du patient est, par conséquent, investie d'une double mission conférée par la signification du terme. Il s'en dégage un aspect défensif et un aspect affirmatif. D'une part, il s'agit de défendre et de préserver le patient. C'est le sens le plus courant et sans doute le plus développé. D'autre part, il s'agit de favoriser et d'appuyer la position du malade dans le système de soins.

L'aspect défensif se fonde dans une logique de protection contre le risque et de garantie de la sécurité de l'individu. On songe par exemple à la garantie d'accès à la prévention et aux soins, à la garantie de la licéité des pratiques médicales (protection contre l'atteinte à l'intégrité physique, protection de la vie privée, etc), mais aussi à la garantie du libre choix (tant en ce qui concerne le prestataire, que le traitement et l'information) et de la réparation en cas de dommage¹⁴.

L'aspect affirmatif se traduit par un souci d'appuyer et d'affirmer la position du patient face aux autres acteurs du système de soins que sont les prestataires, les gestionnaires d'hôpitaux et les pouvoirs publics. Cet aspect passe par la proposition de moyens destinés à assurer cet effet. On évoque plus précisément la formalisation juridique des notions de consentement, d'information, d'autodétermination, de dignité humaine et de liberté morale.

Ces deux aspects sont complémentaires, mais bénéficient-ils de la même considération dans l'élaboration des mesures de protection du patient?

Quelques illustrations à l'étranger

Les mesures de protection sont choisies en fonction de leur caractère novateur et de l'apport qu'elles représentent pour le patient.

La loi sur les traitements médicaux des Pays-Bas¹⁵

Cette loi intervient sur la relation thérapeutique en la considérant comme un contrat particulier de traitement médical¹⁶. Elle a pour objectif de régler correctement les conflits et de renforcer la position du consommateur.

Son champ d'application a le mérite d'être vaste. Le traitement médical désigne toute activité qui a pour but de guérir, prévenir ou évaluer la condition physique. L'information et les modalités de consentement sont privilégiées.

En ce qui concerne le traitement médical au sein d'un hôpital, en cas d'erreur, celui-ci est responsable comme s'il avait été partie prenante au contrat. L'intention est d'éviter au patient une trop grande difficulté pour retrouver la personne qui a commis la faute. Partant, le patient a le choix de se retourner contre le médecin ou l'hôpital.

Le rôle de l'ombudsman en Finlande

Le poste d'ombudsman a été créé dans plusieurs institutions de soins. Sa principale mission¹⁷ est de résoudre d'éventuels conflits entre les prestataires de soins et les consommateurs. Il doit conseiller le patient en ce qui concerne l'application de la loi, l'informer de ses droits et l'aider en cas de plainte et dans les questions de responsabilité¹⁸. L'objectif est de clarifier la situation afin d'éviter l'aggravation d'un conflit et le fait qu'il soit porté devant les tribunaux.

Le projet de loi luxembourgeois sur les droits des bénéficiaires de soins hospitaliers¹⁹

Ce projet de loi a pour objectif de garantir la qualité des soins hospitaliers en assurant une organisation transparente ainsi que la fixation des droits et des devoirs des acteurs. Le premier chapitre²⁰ est consacré aux droits et devoirs des bénéficiaires de soins qu'ils soient hospitalisés ou en ambulatoire. L'attention portée aux bénéficiaires de soins met en exergue les principes de vie privée, de liberté morale, d'information et également d'accès aux soins. Dans un souci de transparence du système de soins, on constitue pour chaque bénéficiaire un dossier médical individuel. Celui-ci est présenté comme un élément clé tant pour garantir la qualité et l'évaluation des soins que pour servir de support en cas de contestations. Toutefois les modalités de consultation du dossier doivent encore être précisées.

C'est au directeur de la santé, chargé notamment de veiller à l'application de la législation et au fonctionnement des établissements sanitaires, que revient la tâche d'instruire une plainte. Dans un souci d'objectivité, cette fonction, similaire à celle de l'ombudsman, est sortie de l'hôpital. Cette initiative présente l'avantage de laisser au bénéficiaire un autre recours que celui des tribunaux pour exprimer une réclamation.

On regrette une vision quelque peu restrictive du principe d'autodétermination du bénéficiaire de soins. Dans le projet de loi, celui-ci est traduit par le libre choix du médecin. Or d'autres facteurs telles l'information peuvent aussi être des moyens de respecter l'autodétermination. Le projet n'envisage aucun mode d'expression pour le bénéficiaire de soins autre que le colloque singulier et la plainte. Il n'est représenté dans aucune structure interne à l'institution.

L'évaluation de la qualité des soins par le bénéficiaire est suggérée de manière implicite dans la notion de 'qualité identique' pour tous. L'évaluation devrait se faire par comparaison.

La Charte des droits du patient en Grande Bretagne

Le service national de la santé (National Health Service) s'est inspiré de la Patients' Charter Rights pour garantir en avril 1992 de nouveaux droits pour le patient²¹. Ceux-ci doivent permettre:

- de disposer d'une information sur les services de santé locaux. L'information doit comprendre les standards de qualité et les maxima de temps d'attente
- d'être assuré d'une date d'admission à l'hôpital pour un traitement pour lequel le médecin l'a placé sur une liste d'attente
- enfin d'être assuré qu'une plainte introduite auprès du service national de la santé fera l'objet d'un examen par le directeur de l'institution de soins et d'une réponse prompte et complète.

Cet exemple témoigne du rapport dialectique entre les normes éthiques et les réglementations juridiques. Il s'agit d'une initiative intéressante de traduction des valeurs en lois.

La déclaration d'Amsterdam²²

Cette déclaration vise à promouvoir des valeurs communes en matière de soins de santé. Les principes fondamentaux qui sont proposés sont regroupés en cinq catégories.

Le titre premier consacre les droits de l'homme et les valeurs communes dans le cadre des soins de santé. Les principes affirmés sont: la dignité humaine, l'autodétermination, l'intégrité physique et psychique, la vie privée et la liberté morale. Les droits socio-économiques élémentaires en matière de santé sont également mentionnés: l'accès pour tous à la prévention et aux soins ainsi que le droit d'espérer le niveau de santé maximum. Tout en admettant que le niveau maximum de santé dépend de facteurs incontrôlables, il faut souligner que la formulation 'droit d'espérer' n'est pas réellement incitative à l'égard des Etats.

Le deuxième titre concerne l'information. On s'accorde à concevoir que l'information ne peut pas être englobée dans la notion de consentement mais qu'elle doit recevoir une signification autonome. Le droit à l'information est tout d'abord présenté comme un droit collectif. Une information générale relative aux soins et à la manière de les utiliser doit être diffusée. En tant que droit individuel, il recouvre l'état de la santé et les données médicales concernant le patient, les risques et avantages potentiels liés à un traitement proposé, les traitements alternatifs et les risques liés à l'absence de traitement. L'information doit en outre être adaptée aux capacités du patient. Les seules exceptions à l'information sont les conséquences dommageables pour l'intéressé et sa demande expresse. Le droit d'obtenir un second avis doit également être garanti.

Le consentement sur base de l'information constitue le troisième titre. Il doit obligatoirement être obtenu avant un traitement, une expérience ou une recherche. Des garanties complémentaires doivent être prévues dans ces deux dernières hypothèses. Le consentement peut être supposé pour le traitement urgent d'un patient incapable de faire connaître sa volonté ou dans le cas d'un déroulement 'normal'. Mais il n'est pas précisé à qui est laissée l'appréciation de la normalité du cas.

Le titre quatre vise la confidentialité et le respect de la vie privée tant pour les données que pour le traitement. Toute donnée identifiable mérite protection et doit être traitée en toute confidentialité. Un droit de consultation et de modification des données est accordé au patient.

Enfin le titre cinq désigne les soins et le traitement. L'accès aux soins doit être garanti de manière équitable pour tous. La notion de qualité des soins renvoie au niveau de technicité mais aussi au niveau humain de la relation. Les soins palliatifs et le droit de mourir dans la dignité sont reconnus. La liberté de choix du médecin est confirmée.

La représentation du patient, dans le système médical est appuyée notamment en ce qui concerne la planification, le fonctionnement et l'évaluation des soins.

Conclusion

Les exemples de mesures protectrices envisagées ici manifestent une certaine convergence. Mais ces mesures restent, à quelques exceptions près, fragmentaires. Leur origine provient de dispositions de nature et de valeur différentes. Les exemples semblent traduire le fait que dans l'élaboration progressive des systèmes de protection, et malgré la priorité de préoccupations d'ordre économique et politique, des initiatives ont lieu qui visent à revaloriser la place centrale revenant aux droits du patient. Ainsi, en Belgique, un projet de loi vient d'être déposé auprès du Sénat proposant l'instauration d'un poste de médiateur au sein des institutions hospitalières. Le but de ce projet est « d'associer davantage le patient à la définition de la norme de qualité en matière d'organisation sanitaire²³».

L'évaluation de la qualité des soins doit se réaliser à un double niveau: la qualité des actes techniques et la qualité du caractère humain de la relation. Les actes techniques doivent garantir la sécurité tandis que l'aspect humain doit garantir le respect de la personne. Pour ces deux types d'évaluation, la prise en considération de l'avis du patient est indispensable. La participation du patient au processus d'évaluation des soins relève par excellence de l'aspect affirmatif des mesures de protection. Or le patient est jusqu'à présent fort peu associé aux structures d'expression existantes, au sein desquelles pourraient être instaurés des mécanismes de consultation et/ou des fonctions de représentation.

Le patient devrait pouvoir s'exprimer auprès de différentes instances, qu'elles relèvent des pouvoirs publics ou des institutions de soins elles-mêmes. Les procédures d'enregistrement des plaintes qui sont, par exemple, établies en Finlande, en Grande-Bretagne et en Belgique²⁴ illustre de manière favorable et concrète cette préoccupation.

Pour les catégories fragilisées, des problèmes subsistent aussi. La représentation légale des personnes jugées inaptes à prendre une décision est très souvent prévue, mais uniquement dans le cadre de la relation de soins. De surcroît, des problèmes spécifiques se présentent quant à la protection des personnes âgées (accès non limitatif aux soins, réglementation plus stricte des maisons de repos, etc) ainsi que des embryons et fœtus (précision des droits relatifs au statut de personne potentielle, etc).

La position de faiblesse du patient ne peut être compensée que par des mesures visant à le défendre contre les autres acteurs du système médical. Ces mesures protectrices sont absolument justifiées. Mais elles doivent être fécondées par des mesures de protection affirmatives assurant 'la reconnaissance du patient en tant qu'usager responsable des systèmes sanitaires et sociaux, et appelé à devenir partenaire ou interlocuteur, dans les conseils d'administration des établissements et dans les comités et conseils nationaux traitant des questions sanitaires et sociales'²⁵.

Notes

1. T. PARSONS et R. FOX, Le soin au malade et la famille américaine urbaine, in F. Steudler, Sociologie médicale, A. Colin, Paris, 1972, pp. 169-174.
2. J. GAGNEPAIN, De l'oracle à la plainte, in Fédérations des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones, La plainte et la réponse à la plainte, Actes du colloque international des 11-12-13 octobre 1991, Bruxelles, p. 28.
3. TH. BOURGOIGNIE et N. FRASELLE, Problèmes de consommation médicale et droits du patient, in Revue belge de sécurité sociale, mars-avril 1991, pp. 190-194.
4. M. DE PLAEN, Centres de génétique, familles et institutions: Quelle collaboration? (le point de vue des usagers), cours interfacultaire de bioéthique, 13/02/1996, FUNDP.
5. Voy. à ce sujet l'analyse réalisée par M.L. DELFOSSE en ce qui concerne le domaine de l'expérimentation. M.L. Delfosse, L'expérimentation médicale sur l'être humain: Construire les normes, construire l'éthique, De Boeck Université, Bruxelles, 1993.
6. H. LEENEN, S. GEVERS et G. PINET, The right of patients in Europe, WHO, Regional Office for Europe, 1993, p. 5.
7. Idem, p. 6.
8. G. PINET, Vers la déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe, in Liber amicorum André Prims, Mys & Breesch, Gent, 1995, p. 280.
9. G. DURAND, Ethique, droit et régulation alternative, in Les fondements de la bioéthique, textes réunis par M.H. Parizeau, De Boeck Université, Bruxelles, 1992, p.63.
10. Idem, pp. 67-68.
11. Loi du 13 juin 1986, M.B. du 14 février 1987; err. M.B. du 26 février 1987; mod. par la loi du 17 février 1987.
12. Loi du 8 décembre 1992, M.B. du 18 mars 1993.
13. Art. 22 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.
14. Pour plus de détails sur ces différents droits v. notamment, TH. BOURGOIGNIE, N. FRASELLE, C. BERT, D. MOREAU, La protection des droits du patient au regard des évolutions sociales, médicales et technologiques, Service des Affaires scientifiques, sociales et culturelles, Bruxelles, avril 1995, pp. 53-147.
15. Loi n 21 561, entrée en vigueur le 1er avril 1995.
16. C. JOUSTRA, Droits du patient traitements médicaux, in R.E.D.C., n 2, 1995, pp. 118-119.
17. H. LEENEN, S. GEVERS et G. PINET, The rights of patients in Europe, WHO, Regional Office for Europe, 1993, p. 136.
18. P. KOKKONEN, The new Finnish law on the status and rights of a patient, in European Journal of Health Law, nbr. 1, 1994, pp. 127-135.
19. Le projet de loi du Ministère de la santé du Grand-Duché de Luxembourg porte sur les droits et devoirs des bénéficiaires de soins hospitaliers, sur l'organisation des hôpitaux et sur la modification de la loi du 29 août 1976.
20. Art. 2-10.
21. J. MASSION, Pourquoi une charte des patients? in Liber amicorum André Prims, Mys & Breesch, Gent, 1995, p. 269.
22. World Health Organization, A Declaration on the promotion of patients 'rights in Europe, European consultation on the rights of patients, Amsterdam, 1994.
23. Proposition de loi déposée le 20 décembre 1995 et complétant la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
24. V. aussi à ce sujet, Aansprakelijkheid en medische ongevallen - Responsabilité et accidents médicaux, collectif, Reeks Recht en Gezondheidszorg, nr. 4, Mys & Breesch, Gent, 1996.
25. G. PINET, Vers la déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe, in Liber amicorum André Prims, Mys & Breesch, Gent, 1995, p. 284-285.

L'information médicale clinique

(Paul Servais)

Vu l'évolution sans cesse grandissante de l'information médicale et la nécessité d'adapter l'organisation du dossier du patient, ce livre fait le point sur les problèmes rencontrés actuellement par les gestionnaires de l'information médicale.

Paul Servais présente brièvement l'évolution du dossier médical au cours du temps. Il explique ensuite sa structure, ainsi que les différentes manières de stocker toute l'information.

Tenant compte de la législation belge ainsi que des principes d'organisation venus de l'étranger, il présente les circuits de circulation, les modes et secteurs d'utilisation du dossier médical.

Pour terminer, il développe le mode d'organisation d'un service d'archives médicales.

L'information médicale clinique. Archivage, utilisation et gestion du dossier médicale.

Academia, 1995, 102 pages, 400 BEF,
ISBN: 2-87209-432-6.