



# Info-Point n° 11

## Avril 2012

---

### Editorial

Le Collège médical dans sa composition actuelle entame sa 3<sup>e</sup> et dernière année avant les élections de renouvellement partiel prévues pour octobre: 4 médecins, 2 médecins-dentistes et 2 pharmaciens seront à élire.

Dès à présent le Collège médical tient à réitérer son appel à candidature.

En l'année 2011 le Collège médical est enfin parvenu à finaliser la nouvelle version du code de déontologie médicale, version qui se trouve actuellement encore au Ministère de la Santé pour approbation juridique. Vous trouverez à la prochaine page le préambule à cette nouvelle édition, préambule qui situe les grandes lignes.

Une bonne nouvelle : en l'an 2011 le nombre de plaintes traitées par le Collège médical est en baisse (111 contre 148 en 2011), contrairement au nombre d'instructions disciplinaires (3 médecins, 8 médecins-dentistes et 4 pharmaciens !)

Le nombre de courriers entrants /sortants reste impressionnant : (entrés : 3072, sortis : 2027)

Vous trouverez le rapport d'activité dans les prochaines semaines sur le site internet, site qui est en train d'être restructuré, tout comme l'ensemble du système informatique du Collège médical, nécessitant l'investissement d'un montant appréciable.

Malgré ceci le montant de la cotisation annuelle restera inchangé : 275€ pour les médecins, médecins dentistes, pharmaciens à officine, 200€ pour les pharmaciens sans officine, 50€ pour les retraités et les médecins en voie de formation.

Au vu de faits et de situations tant internes qu'externes au Collège médical, celui-ci se voit incité à proposer au Ministre une modification de la loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical, changements qui devraient toucher à la composition (sous sections pour les différentes disciplines), les modalités des élections (abolition du système de membres suppléants) et les dispositions en rapport avec le pouvoir disciplinaire du Collège médical.

De toute façon, la loi en instance sur la régularisation de la profession de psychologue nécessitera plus que probablement une adaptation de la loi relative au Collège médical.

Au cours des derniers mois, l'activité du Collège médical a suscité l'intérêt de la presse lors des débats d'actualité sur la recommandation relative à l'institution d'un organe de surveillance auprès des ordres des professions libérales par le médiateur sortant.

Afin de garantir une information transparente au public, le Collège médical a pris position à plusieurs reprises dans les médias, adressant encore récemment un courrier à la Commission des pétitions de la Chambre des députés sur les modalités de gestion des plaintes, respectivement de la procédure disciplinaire contre les professionnels inscrits.

Le Collège médical estime que les précisions en rapport avec les procédures du traitement des plaintes sont d'intérêt certain pour tous les inscrits. A cette fin veuillez trouver le détail en page 10.

Salutations confraternelles,

Dr Pit BUCHLER, Président  
M. Georges FOEHR, Vice-Président  
Dr Roger HEFTRICH, Secrétaire

## **Le préambule du nouveau Code de déontologie (Code de déontologie en voie d'approbation au Ministère de la Santé)**

Malheureusement la publication de la nouvelle version du Code de déontologie, annoncée à l'info point 10, est retardée alors que les travaux en commission se sont avérés nécessaires compte tenu de divers projets de réglementation en cours dans la profession.

En attendant le texte intégral, voici le préambule, prélude de la modernisation du Code de déontologie à venir:

*« Si les grands principes moraux sont largement immuables, l'éthique les module et la déontologie les codifie.*

*L'éthique et la déontologie n'atteignent leur plein épanouissement que dans le débat qui est à la source de toute évolution.*

*Le préambule à l'édition de 2005 situe de façon claire les principes de la déontologie. Ils sont encadrés par le droit commun, constitué des règles sociales édictées sous forme de lois.*

*La déontologie intègre ce droit commun à la spécificité de la profession.*

*L'éthique diffère de la morale qui affirme.*

*Comme l'éthique adapte l'ordre moral sans le transgresser, le législateur a pris en considération, sous réserve de conditions et de situations clairement définies, l'aspiration sociale à la primauté de certains principes moraux.*

*Il a porté en premier lieu une attention particulière au principe du droit à l'autodétermination, droit qui met en question la règle de l'interdiction formelle de donner*

*volontairement la mort, règle qui, en matière de déontologie médicale, revêtait pendant des millénaires le caractère d'une valeur sacrée.*

*C'est ainsi qu'en l'espace de 6 ans seulement, le Code de déontologie a dû être adapté.*

*Les adaptations se rapportent également aux évolutions intervenues dans d'autres domaines: celui de la collaboration des médecins entre eux, celui des moyens modernes de communication rendant possible une information exhaustive, parfois en marge des règles déontologiques lorsque l'information est instrumentalisée à des fins d'auto publicité visant à assurer l'accroissement d'une prospérité personnelle.*

*La relation entre le médecin et son patient, régie longtemps par un contrat tacite de soins, fera bientôt l'objet d'une législation spécifique à l'heure actuelle au centre d'un débat.*

*Il n'en demeure pas moins que, comme en 2005, la formule qui reste en vigueur, est:*

*« un patient libre face à un médecin libre. »*

Pour le Collège médical, décembre 2011

Le Secrétaire,  
Dr Roger Heftrich

Le Président,  
Dr Pit Buchler

.....

<b>Nombres des Inscrits au Collège médical au 31.12.2011</b>			
<b>Médecins :</b>	<b>Médecins-Dentistes :</b>	<b>Pharmaciens Titulaires :</b>	<b>Pharmaciens s.o.:</b>
<b>1819</b>	<b>471</b>	<b>94</b>	<b>386</b>

## Plaidoyer pour la relation de confiance entre le médecin et son patient

L'explosion du savoir, le progrès fulgurant des techniques médicales, la facilité d'emploi et la rapidité des nouveaux moyens de communication ont peu à peu changé les relations médecin-patients.

Finis le temps de la médecine patriarcale qui avait pourtant l'avantage d'éviter au patient l'angoisse de la responsabilité décisionnelle : finis le temps où le médecin, après avoir expliqué à son patient la maladie et les alternatives thérapeutiques, posait les questions de circonstances : « qu'est ce qu'on fait ? qu'est ce qu'on décide ? » ; et le patient répondait généralement : « c'est vous le docteur, vous devriez savoir ce qu'il faut faire, c'est à vous de décider ! ».

Aujourd'hui, le patient est maître de la décision et doit exprimer son choix thérapeutique compte tenu des informations médicales fournies par le médecin traitant. Juridiquement la relation entre le médecin et le patient s'instaure sous la forme d'un contrat de soins : il s'agit d'un contrat de nature particulière entre deux personnes.

Dans ce contrat, le médecin a l'obligation des moyens et le patient, détenteur de l'information, l'obligation de coopération sincère. Pourtant ce contrat entre deux personnes a des répercussions non négligeables sur la solidarité sociale puisque l'obligation des moyens engendre un coût considérable que supporte la sécurité sociale.

La connaissance des responsabilités et des droits, la croyance en la toute-puissance de la médecine moderne, ainsi que la quasi gratuité des soins offerte par notre système de sécurité sociale incitent le patient à demander l'exécution stricte de cette obligation des moyens.

Les coûts liés à la santé augmentent et ce d'autant plus devant l'exigence d'une santé sans risque (« nous voulons le risque zéro ! »).

Ainsi, il serait temps de remettre au centre du contrat de soins le principe primordial de toute relation entre deux personnes, à savoir la confiance réciproque.

Celle-ci s'accompagne obligatoirement du secret et de la responsabilité partagée, selon l'énoncé suivant : « il n'y a pas de soins sans confidences, pas de confidences sans confiance, pas de confiance sans secret ».

Les relations entre médecin et patients sont décrites, fixées et réglementées entre autres par : le Code de la Santé, la loi en élaboration sur les droits et obligations des patients, la loi sur l'exercice des professions de médecins et le Code de déontologie médicale.

Malheureusement ces textes ne tiennent compte que partiellement de deux données pourtant

déterminantes: les capacités cognitives et l'état émotionnel, qui donnent à toute personne son individualité et le fait «qu'il n'existe pas de maladies, il n'existe que des malades».

Le médecin tentera toujours d'agir selon les grands principes éthiques médicaux qui sont : le respect de la volonté du patient (« autodétermination »), l'action au seul bénéfice de la santé du patient et la proscription de la nuisance.

Il appartient au patient éclairé, lucide et responsable de juger si le médecin agit selon ces règles éthiques et s'il est motivé en priorité par la bonne santé de son patient.

Cette décision ne peut être prise que dans une relation de confiance.

La confiance est cependant mise à l'épreuve par les contraintes juridiques impliquant en pratique des tentatives constantes de déresponsabilisation d'une des parties du contrat aux dépens de la responsabilisation de l'autre contractant, attitudes d'ailleurs fortement à la mode dans notre société et qui cohabitent difficilement avec la croyance en la toute puissance de la médecine et le besoin irrationnel du refus de la fatalité.

En conséquence du problème bien réel du mépris du principe de la confiance par le professionnel de santé ou par le patient à des fins autres que le bénéfice de la santé, les relations humaines étant loin d'être parfaites, les textes légaux et réglementaires et leurs applications doivent exister, ils sont, – disons-le –, un mal nécessaire.

Les grandes lignes du contrat médecin-patient pourront donc être résumées comme suit :

- La santé du patient devra être l'objectif primordial du médecin. Il y emploiera tous les moyens nécessaires et utiles.
- Le patient fournira au médecin toutes les informations utiles et nécessaires et l'assurera d'une collaboration sincère.
- Le médecin modulera de par son savoir et son expérience les connaissances qu'aura acquises le patient de sources éventuellement externes.
- Le médecin mettra à disposition du patient toutes les informations nécessaires pour lui permettre de faire valoir son libre arbitre et de garder son autonomie.
- Le médecin et le patient assumeront leurs responsabilités envers la solidarité de la société dans l'utilisation des moyens et le coût de ceux-ci.

Tout ce qui précède ne peut se faire que dans une relation de confiance.

**Avis du Collège médical concernant le projet de règlement grand-ducal  
concernant le calcul du montant du prix public et celui à la base du remboursement  
des médicaments substituables.**

En date du 13 décembre 2011, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, avait soumis le projet de règlement sous rubrique pour avis au Collège médical.

Veuillez lire ci-après la réponse du Collège médical

*Le but du présent règlement, devant entrer en vigueur déjà le 1<sup>er</sup> janvier 2012, est une diminution des dépenses de la CNS concernant le coût en matière de médicaments moyennant une obligation du pharmacien à proposer, le cas échéant, au patient la substitution d'un produit moins cher et à principe actif « jugé similaire » (d'après l'exposé des motifs) au produit prescrit par le médecin.*

*Si, en principe, l'intention dans lequel ce règlement a été entamé, semble tout-à-fait logique et louable, son exécution pratique, surtout à si court terme, soulève de nombreuses questions.*

- 1. La liste positive des médicaments substituables n'est pas encore consultable par le public, il est donc difficile de donner un avis y relatif.*
- 2. Il y est question de groupes de médicaments génériques, il n'est cependant pas spécifié exactement, ni dans le texte du projet, ni dans l'exposé des motifs, si la substitution pourra se faire molécule par molécule (niveau 5 de la classification ATC) ou par une molécule à activité similaire (niveau 3 ou 4 de la classification ATC).*
- 3. Quant au dosage d'une molécule, la substitution pourra-t-elle se faire par le médicament générique à dosage identique ou moyennant l'adaptation du nombre de comprimés, p-ex 2 x 200 mg = 400 mg = 1/2 800mg ? Le Collège médical estime que les listes des groupes de médicaments substituables doivent tenir compte des excipients à effet notoire. Le pharmacien ne*

*peut être obligé de délivrer le médicament « le moins cher » si ce médicament expose le patient au risque de réactions d'intolérances documentées suite à ses excipients. La liste positive à publier devra renseigner sur ces excipients !*

- 4. La réglementation prévue permettra la délivrance d'une même molécule sous forme et couleur différentes et dans des emballages différents.*
- 5. Les risques d'erreurs de prise chez des patients à facultés cognitives et acuité visuelle réduites ne sont pas négligeables, de même que des fautes d'administration par un personnel paramédical ne disposant pas d'une formation pharmacologique suffisante.*
- 6. Les changements suite aux révisions trimestrielles des groupes de génériques constituent un risque supplémentaire !*
- 7. A qui incombe la responsabilité en cas d'effets indésirables suite à une substitution de produit ?*
- 8. Ne sont pas définies les modalités selon lesquelles un patient, surtout s'il ne se présente pas lui-même en pharmacie, devra être informé*
- 9. Le Collège médical tient à signaler et regrette que nulle part dans les textes il ne soit mentionné si et comment le prescripteur est informé de la modification apportée à la prescription par le pharmacien.*
- 10. Par ailleurs les dispositions de l'article 5 peuvent donner lieu à confusion et sont potentiellement contradictoires aux <sup>3<sup>ième</sup></sup> et <sup>5<sup>ième</sup></sup> alinéas de l'article 1*

*Le Collège médical se doit donc d'émettre de sérieuses réserves quant au projet de règlement sous sa forme actuelle.*

## **Avis du Collège médical sur la nature de la responsabilité du médecin expert judiciaire exerçant sous le statut de fonctionnaire ou d'employé de l'Etat.**

*« La responsabilité contractuelle opère en cas d'inexécution ou de mauvaise exécution d'un contrat préexistant entre les parties ».*

*L'expert judiciaire désigné par le tribunal pour examiner la victime dans le cadre d'un litige n'est en vertu de sa mission d'expertise tenu dans aucun lien contractuel avec la victime.*

*L'absence de relation contractuelle, n'est cependant pas évasive de toute responsabilité, alors qu'il est admis que la victime conserve la possibilité de mettre en jeu la responsabilité de droit commun de l'expert sur base des articles 1382 et 1383 du Code civil, sur le fondement d'une faute de négligence ou d'imprudence en relation causale avec le dommage qu'elle aura subi  
(Cass. Req, 26 octobre 1914, gaz pal 1914, 2, 215)*

*L'opinion doctrinale reconnaît la responsabilité de l'expert pour sa faute lourde, son erreur grossière, et les fautes lors de l'exécution des opérations matérielles qu'il avait pour mission d'exécuter (Répertoire civil Dalloz, édition 2002, no 633 et 637 / voir aussi bulletin 2009 de la Chambre des experts de Luxembourg).*

*La responsabilité du fonctionnaire/employé de l'Etat fait l'objet de la loi modifiée du 16 avril 1979 sur le statut du fonctionnaire et employé de l'Etat, ainsi que de la loi 1<sup>er</sup> septembre 1988 sur la responsabilité de l'Etat et des personnes morales.*

*Les éléments consultés ne nous permettent pas de conclure à un régime autonome de responsabilité spécifique au médecin fonctionnaire/employé de l'Etat.*

*Il se déduit de l'article 35 de la loi modifiée du 16 avril 1979 sur le statut général des fonctionnaires*

*de l'Etat, prévoyant la mise en cause de l'Etat dans l'action en responsabilité dirigée contre le fonctionnaire/employé, en raison de l'exercice de ses fonctions, une responsabilité de l'Etat pour faute de service de son personnel.*

*La jurisprudence sur l'application des dispositions ci-dessus permet de dégager 3 systèmes de responsabilité (Georges RAVARANI : La responsabilité des personnes privées et publiques).*

- *la responsabilité du fonctionnaire/ employé de l'Etat sera engagée sous condition qu'il ait commis une faute détachable du service (Cour d'Appel, 7 juillet 2004, 27701 du rôle, BIJ.2005, P. 43)*
- *le fonctionnaire/employé sera excusé de toute faute légère qu'il aura commise mais devra répondre du dol, de sa faute lourde et de son imprévoyance grossière (Cour d'appel 13 juillet 1990, numéro 144/90).*
- *tantôt la jurisprudence décidera: « qu'un fonctionnaire peut être poursuivi devant une juridiction civile sur base de l'article 1382 du code civil en réparation du dommage causé dans l'exercice de ses fonctions (Lux 21 octobre 2004, n° 247/2004 XI).*

*Il faut donc en conclure un principe de responsabilité à charge de l'Etat pour son personnel, tempéré par les hypothèses de fautes détachables du service, ou fautes lourdes engageant une responsabilité personnelle du fonctionnaire/employé de l'Etat.*

## De l'obligation d'information et du consentement du patient

Les articles 35 à 39 du Code de déontologie posent le principe de l'obligation d'information menant au consentement éclairé du patient à l'acte médical.

Suivant lesdites dispositions, l'information doit être claire, loyale et suffisamment objective pour que le patient consente à l'acte médical en connaissance notamment du diagnostic, des investigations, des risques possibles.

Pour satisfaire à cette obligation, il est courant que les médecins fnt usage d'un document intitulé classiquement selon les cas en langue médicale « *consentement du patient* » ou « *information du patient* ».

Ces types de documents forts répandus sont souvent employés par les praticiens qui en font usage, pensant ainsi caractériser le consentement libre et éclairé du patient, démarche relevant en réalité, d'une méprise/ignorance des logiques/exigences juridiques.

Si on peut comprendre l'obsession de certains à organiser une cause exonératoire de responsabilité, la position des tribunaux en la matière prévient les praticiens contre la tendance à parfois se cantonner au strict minimum en matière d'obligation d'information.

Dans une décision de la Cour d'appel de Toulouse du

25 octobre 2010 (n° 508, 10/01705), les juges considèrent qu'un document rédigé en termes généraux ne contient aucune précision quant à la nature des complications/risques et ne constitue pas une information conforme aux exigences légales et jurisprudentielles en la matière.

Il ressort de la motivation de ce jugement une obligation d'information portant non sur un document paraphé, mais sur la preuve de l'existence d'une information due lors d'un entretien individuel avec le patient.

Pour satisfaire à cette obligation de manière correcte, il est conseillé au médecin de recourir à un entretien individuel, au cours duquel il tâchera de noter dans le dossier du patient toutes les informations fournies.

Cette solution est bien sûre relative compte tenu de ce que le médecin détient à lui seul le dossier médical du patient et y apporte unilatéralement les informations qu'il souhaite.

La complexité de la preuve du caractère loyal et approprié de l'information dispensée, montre qu'au-delà des exigences légales, c'est encore la confiance entre le médecin et son patient qui doit être restauré sinon renforcée.

## Droits d'auteur lors de la diffusion d'œuvres musicales : La redevance est-elle due dans la salle de consultation/soins du médecin ? *Suite et fin de l'histoire*

Suite à l'info point numéro 10, considérant la salle de consultation du médecin comme un espace privé, non soumis en principe au paiement de la redevance, un confrère a saisi le Collège médical au motif que la société SACEM lui réclamait une redevance pour la diffusion d'œuvre musicale limitée à sa salle de consultation.

La société SACEM, d'un avis contraire, s'est basée sur d'autres arguments, notamment : des décisions communautaires sur la notion de communication au public, d'après elle compatible avec le caractère privé d'un lieu tel d'une chambre d'hôtel, ou une salle de consultation, sur l'article 3 de son accord protocolaire avec l'AMMD.

La SACEM en a donc conclu que la redevance serait due indifféremment dans la salle de consultation et la salle de soins du médecin.

**Nonobstant ces considérations, la SACEM s'est montrée compréhensive en se montrant favorable à l'application d'un régime de tolérance pour la diffusion d'œuvres musicales sans paiement de redevance dans la salle de soins/consultation.**

Le Collège médical a apprécié cette flexibilité, relativisée notamment à la lecture de la lettre numéro 100 publiée à « *propriété intellectuelle actualités* » du mois de septembre 2011, comme il l'a écrit à SACEM en ces termes :

« *L'argumentation du Collège médical reprise à l'Info-Point auquel vous faites référence était justement confortée par la considération que les accords protocolaires avec l'AMMD*

*pouvaient contenir des arrangements librement consentis quant au paiement d'une redevance pour la diffusion d'œuvre au public à l'espace de consultation, à son avis « privée ».*

*Le contenu des accords protocolaires ne liant pas l'entière du corps médical, dont une partie importante ne se prévaut pas d'aucune affiliation auprès de l'AMMD, le Collège médical en a conçu des conditions tarifaires particulières accordées aux membres affiliés sur base contractuelle. Une situation d'ailleurs dénoncé par certains membres de la profession comme discriminatoire.*

*Ayant interrogé sans résultat la base de données nationale de jurisprudence, le Collège médical n'a pu relativiser son appréciation, aussi vous remercie-t-il d'avoir porté à sa connaissance des références communautaires, quoique s'agissant des conclusions de l'avocat général, il faille encore attendre un jugement définitif.*

*Entretemps l'appréciation du Collège médical s'est confirmée par une publication récente, au terme de laquelle la diffusion d'œuvres musicales dans les salles de soins (nommée plus généralement salle de consultation) ne donne pas lieu au paiement de la redevance.*

*Par conséquent, le Collège médical comprend parfaitement la note finale de votre courrier en référence, et ne voit pas l'utilité de se prononcer à l'égard des références sur lesquelles vous vous basez. ».*

**Avis du Collège médical relatif aux activités de médecine esthétique  
par les médecins-dentistes,  
particulièrement relatif aux injections d'acide hyaluronique de la région péribuccale**

« Ces questions doivent être examinées à la lumière de différentes considérations :

- A) la capacité,
- B) la compétence,
- C) les implications médico-légales, déontologiques ou autres.

A) En ce qui concerne la capacité des médecins-dentistes à pratiquer des injections d'acide hyaluronique dans la zone péribuccale la **réponse sera affirmative** et ce sur base de la Directive 2005/36 CE Page L 255/25 § 22 :

« Tous les États membres devraient reconnaître la profession de praticien de l'art dentaire en tant que profession spécifique et distincte de celle du médecin, spécialisé ou non en odontostomatologie. Les États membres devraient s'assurer que la formation du praticien de l'art dentaire lui confère les compétences nécessaires pour l'ensemble des activités de prévention, de diagnostic et de traitement concernant les anomalies et maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus attenants. L'activité professionnelle de praticien de l'art dentaire devrait être exercée par les titulaires d'un titre de formation de praticien de l'art dentaire visé dans la présente directive. »

Il convient de noter que la Directive utilise les termes de mâchoires et des tissus attenants, ce qui est sensiblement plus vaste que la région péribuccale stricto sensu. Il s'ensuit que les injections d'acide hyaluronique devraient pouvoir être faites dans des zones comme le sillon nasogénien ou les coins de lèvres. Le CNOCD (Conseil national de l'Ordre des Chirurgiens-

Dentistes) a d'ailleurs exprimé une position semblable par un communiqué de presse.

Néanmoins en France le CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins) conteste actuellement la compétence des chirurgiens-dentistes dans ce domaine, compétence qu'il voudrait voir réservée aux détenteurs du diplôme de médecin.

B) En ce qui concerne la compétence, c'est une question de formation. Cette formation devra impérativement être aussi bien théorique que clinique. A la connaissance du Collège médical, alors qu'il existe des formations académiques pour les traitements parodontaux, implantaires ou chirurgicaux, etc., il n'existe pas à l'heure actuelle de formation académique concernant les injections d'acide hyaluronique destinées aux médecins-dentistes. L'attention des médecins-dentistes devra être attirée sur ce point capital.

C) Divers aspects médico-légaux, déontologiques ou autres.

a. Les injections d'acide hyaluronique sont en général faites dans un but esthétique. Dans ce cas, le médecin-dentiste est soumis à une obligation de moyens renforcés.

b. En matière de traitements esthétiques, les prescriptions du Code de déontologie, notamment les Articles 10, 13, 14, 19, 29, 30, 32, 35, 38, 39, 46, 48, 65, sont à respecter avec une grande rigueur.

c. Compte tenu de la nature essentiellement esthétique des traitements réalisés avec de l'acide hyaluronique, l'assurance responsabilité du praticien devra être adéquate et son assureur prévenu de cette activité.

**La continuité des soins au sein d'institutions.  
Obligations et droits du médecin agréé et du médecin non agréé.**

Le Collège médical a été interpellé par la direction d'un établissement de soins sur la question suivante :

*« Est-ce que le contrat d'agrément me met en mesure d'exiger des médecins agréés une continuité des soins pour tous les résidents ? D'autant plus, qu'ils prennent notamment en charge lors des gardes, les patients de leurs collègues agréés et qui ne sont pas non plus leurs patients. »*

Ci-après l'avis à ce sujet émis par le Collège médical.

D'après les informations fournies, les médecins exercent sous deux statuts dans cet établissement:

- médecin agréé ayant signé un contrat d'agrément
- médecin non agréé n'ayant pas signé ce contrat.

Les articles suivants du **Code de Déontologie médicale** s'appliquent à tous les médecins exerçant la médecine au Grand-duché de Luxembourg

Article 57 : La continuité des soins

*« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades, conformes aux acquis de la science et à la déontologie, doit être assurée.*

*Lorsque le médecin traitant ne peut plus assurer personnellement une prise en charge adéquate d'un malade, il facilite la prise en charge par un confrère disposant de compétences et de moyens plus adaptés à l'état du patient. »*

Article 58 : Le refus des soins

*« Hormis dans un cas d'urgence et dans celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.*

*S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. Pour autant que de besoin le médecin peut assister son patient dans la recherche d'un médecin disposé à le prendre en charge.*

*Le médecin reste en tout état de cause tenu d'assurer la continuité des soins vitaux du malade jusqu'à prise en charge effective des soins par le nouveau prestataire. .... »*

Article 59 : Le service de garde et de remplacement

*« .....Chaque médecin..., est tenu de participer à ces services, conformément aux modalités et principes de fonctionnement mis en place sur une base légale, réglementaire ou conventionnelle.... »*

Chapitre XI –L'exercice dans le cadre d'une institution ou d'une collectivité

Article 101. *Le médecin exerçant, soit sous mode libéral, soit en tant que salarié, dans un établissement hospitalier ou un établissement de soins, conclut un contrat d'agrément avec cet établissement*

*A citer encore les articles 73 (bonne confraternité et assistance morale), 74 (dissentiment entre médecins), 77 (remplacement), 97-100 (collaboration professionnelle entre médecins).*

L'analyse de ces articles permet les affirmations suivantes :

- Même si le médecin non agréé peut faire valoir le libre choix du médecin pour justifier la prise en charge de son patient dans l'établissement, il n'en est pas moins tenu aux articles 59 et 101 du Code Déontologie
- Les articles 57 et 58 s'appliquent aux deux groupes de médecins.
- Selon l'article 57 le médecin non agréé devrait organiser les modalités pour une continuité des soins pour son patient, à notifier dans le dossier de son patient, même s'il pouvait avancer l'existence d'un service de remplacement de médecine générale fonctionnant du moins le soir et la nuit en semaine ainsi que pendant tout le weekend.
- L'article 58 concerne surtout le médecin agréé. Ce médecin est bien en droit de refuser des soins non urgents, quoique "l'urgence" étant de définition extrêmement floue, surtout pour un patient âgé. Le refus de soins l'expose au reproche de non-assistance à personne en danger, donc même à des poursuites pénales. Il est donc bien conseillé de ne pas refuser de donner des soins, d'autant plus qu'il a consenti aux stipulations du contrat d'agrément.

En matière de continuité des soins et le rôle du médecin coordinateur, les **stipulations du contrat d'agrément soumis**, le Collège médical a relevé ce qui suit :

- « L'Article 1.1 Objet du contrat d'agrément-type  
*Le présent contrat vise à garantir une bonne collaboration réciproque entre l'institution et le médecin agréé et la continuité des soins optimale dans l'intérêt des résidents. »*

Le Collège médical est d'avis que l'interprétation ne laisse pas de doute qu'il s'agit bien de tous les résidents.

Le médecin agréé qui refuse les soins à un résident lorsqu'il est de garde ne remplit donc pas ses obligations contractuelles.

- « L'Article 2.9 Continuité des soins et service de remplacement

*Chaque médecin agréé s'engage à assurer une continuité des soins pour ses patients et communique les modalités de l'organisation de son remplacement ainsi que les coordonnées du/des remplaçants, au médecin coordinateur et à la direction de l'institution.*

*Il s'engage à participer au rôle de garde établi par l'établissement. »*

Cet article n'est peut-être pas formulé dans la clarté nécessaire pour un bon déroulement du service de disponibilité à l'intérieur de l'établissement.

- D'après le Chapitre III (articles 3.1 et 3.2) le médecin coordinateur est élu uniquement par les médecins agréés

Il lui incombe d'établir la liste du rôle de garde à présenter à l'institution. En effet, un plan de garde nécessitant la concertation de tous les médecins concernés, le Collège médical voit mal l'établissement leur imposer un calendrier de garde.

Cependant il n'est chargé ni d'élaborer des consensus avec les médecins non agréés, ni de s'acquitter de son rôle de médiation avec ceux-ci, ce qui est confirmé les dispositions finales ;

*« l'Article 5.2 Médiation*

*En cas de conflit entre le médecin agréé et l'institution, chacune des parties peut faire appel au médecin coordinateur respectivement à l'AMMD ou à la COPAS et/ou au Collège Médical pour une médiation. » et*

*« l'Article 5.3 Conditions de résiliation*

*Le contrat peut être dénoncé par chacune des parties avec un préavis de trois mois moyennant un courrier recommandé. »*

En ce qui concerne **le libre choix du patient**, le Collège médical est bien conscient qu'un patient entrant en institution aimerait bien continuer à être soigné par son médecin habituel. Il est tout aussi compréhensible que ce médecin, lié de longue date à son patient par une relation de confiance, accepte de continuer de le consulter, indépendamment de ce qu'il soit dans l'impossibilité d'assurer un tour de garde suite à des contraintes éventuellement hors de son

influence (distance, mode d'exercice ou autre motif de non disponibilité)

L'interprétation stricte des textes à disposition fait donc conclure que

- les deux groupes de médecins risquent d'être en infraction au Code de Déontologie médicale, les médecins agréés aux articles 57 et 58, les non agréés aux articles 57, 58, 59 et 101.
- les signataires risquent d'être en contravention aux stipulations du contrat d'agrément

Pour conclure le Collège médical est d'avis que :

1. Dans un esprit de solidarité, tous les médecins traitants au sein d'une institution devraient participer au tour de garde, et, dans un esprit d'équité, la fréquence de participation pourrait être prévue en fonction de leur quota de patients.
2. Le médecin qui n'est pas en mesure d'assurer son tour de garde devrait s'arranger à trouver un remplaçant (par exemple en s'arrangeant avec un des médecins agréés sur une prise en charge commune) ou bien faire comprendre à son patient qu'il lui est impossible de continuer sa prise en charge pour les obligations déontologiques exposées ci-dessus.
3. Au cas où un patient insiste à continuer à se faire traiter par un médecin non agréé, celui-ci devrait informer le patient ou son représentant légal que le médecin de garde agréé est en droit de refuser la prise en charge, sauf cas d'urgence vitale. Cette information devra être annotée dans le dossier et contresignée par le patient ou son représentant légal.
4. Finalement, en cas de non arrangement viable, l'institution peut, en se basant sur le Code de Déontologie médicale, forcer le médecin non agréé soit à signer le contrat d'agrément soit à renoncer au traitement du patient, même contre la volonté de celui-ci. Cette situation est en effet comparable à celle au sein d'un hôpital où le patient a le libre choix parmi les praticiens agréés, sous réserve de leur disponibilité, mais ne pourra en aucun cas faire appel à un médecin non agréé

## Le traitement des plaintes soumises au Collège médical

### Prise de position du Collège médical suite au débat engendré par la recommandation 45-2011 du Médiateur (Ombudsman) relative à l'institution d'un organe de surveillance auprès des ordres des professions libérales

Le point crucial du traitement des plaintes repose sur les missions dévolues au Collège médical : de veiller notamment à l'observance des règles professionnelles, de maintenir les principes de probité et d'honorabilité de la profession.

Ces missions amènent le Collège médical à entendre les plaignants, à instruire les plaintes contre des membres de la profession, et, s'il y a lieu, à requérir des sanctions disciplinaires.

Environ 1/3 des dossiers concernent des requêtes et non des plaintes au sens réel (contentieux, demandes de renseignements, demande d'intervention financière,...).

Sans énumération limitative, les plaintes abordées comprennent entre autres : les prestations de soins ou les applications de tarifs jugés inadéquats, la tenue ou l'accès au dossier médical, le recours à des actes sans consentement éclairé, les vexations pour des propos jugés grossiers etc.

En un premier temps, un accusé de réception informe le plaignant que sa plainte sera instruite, tandis que le professionnel visé en reçoit une copie avec prière de se positionner.

Le traitement des plaintes dépend avant tout de l'objet qui en constitue la motivation (contentieux, soins médicaux, etc.).

Selon la nature de l'affaire, le Collège médical demande des prises de positions aux professionnels de santé, aux établissements impliqués ou à toute personne pouvant fournir une information pertinente à l'instruction. Si nécessaire les concernés sont convoqués pour des entretiens.

Lors de ces instructions le secret professionnel des professionnels inscrits auprès du Collège médical ne peut être opposé. Les inscrits ont le devoir de lui répondre et de lui fournir les documents jugés nécessaires.

Dans un but de recherche de preuves objectives une requête parallèle est souvent introduite auprès des organismes de la sécurité sociale ou de tout autre établissement afin de prendre connaissance de données intéressantes l'affaire, dans la mesure où elles sont détenues par ces organismes.

Après ces différentes étapes, le Collège médical (qui se réunit plus de quarante fois par année, donc presque chaque semaine, avec ses 20 membres actuels, dont 12 membres effectifs et 8 membres suppléants) discute de la plainte en séance pour être

ensuite en mesure, d'opter pour une des solutions suivantes :

- la fermeture du dossier sans mesures additionnelles si la plainte n'est pas fondée ;
- l'offre de conciliation du Collège pour tenter d'apaiser le conflit et de dégager une solution consistant soit en la présentation d'une explication, en une reconnaissance d'erreur, un accès au dossier médical, un accord financier ou toute autre solution qui soit acceptable à la fois pour le plaignant et pour le professionnel. Si un accord est dégagé, le dossier peut être clôturé, à défaut, le plaignant est informé des instances existantes pour traiter de ses revendications (services de référence pour l'hôpital concerné, CNS pour éventuelle prise en charge, tribunaux, etc.) ;
- la médiation du Collège lorsqu'il s'agira d'une plainte entre médecins ;
- des interventions non disciplinaires ;
- la demande d'enquête au Parquet ;
- la demande d'enquête aux Divisions et Services d'inspection de la Direction de la Santé ;
- l'avis de non compétence. L'objet de la plainte ne peut être avisé par le Collège à défaut d'une expertise (extrajudiciaire) pour dégager les manquements lorsque la preuve des faits n'est pas évidente. A noter que le Collège médical ne peut lui-même établir des expertises, et ne dispose pas des moyens financiers pour en mandater ;
- la suspension de la plainte : Au cas où le plaignant a parallèlement engagé une action en justice, ou lorsqu'une enquête pénale demandée par le Collège médical au Parquet est pendante, le traitement de la plainte peut être suspendu. Dans plusieurs affaires le Président du Conseil de discipline a prononcé un sursis à statuer. Comme l'instruction suit néanmoins son cours, la prescription (5 ans à partir des faits) spécifiée à l'article 19 de la Loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical est valablement relancée par les actes effectués en période de suspension. Dès lors le plaignant, informé des mesures entreprises, est invité à communiquer tout élément nouveau intéressant l'affaire. Actuellement 4 affaires font l'objet d'une enquête du Parquet, une est pendante devant le tribunal civil ;
- la saisine du Conseil de Discipline. Au terme de l'instruction, dans les cas où l'infraction est sérieuse et où la preuve du manquement est suffisante, le Président interroge la formation collégiale avant de

faire usage de la faculté discrétionnaire de déférer devant le Conseil de Discipline.

Le cas échéant, le dépôt d'une citation devant le Conseil de discipline y fait suite.

Dans tous les cas visés ci-dessus le plaignant reçoit, normalement dans un délai de 4 à 6 semaines une réponse circonstanciée de la part du Collège médical. Bien sûr, ce délai peut évidemment être plus long en fonction de la complexité de la plainte.

A l'aboutissement des processus décisionnels, le plaignant est informé de la décision de saisine ou de non saisine du Conseil de discipline, et ne dispose d'aucune voie de recours lorsque le Président décide de ne pas déférer devant cette instance.

La saisine du Conseil de discipline est régie par l'article 21 de la loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical qui prévoit deux hypothèses de saisine :

- la saisine du Conseil de discipline par le Président du Collège médical qui instruit et défère s'il estime

que les faits constituent des violations visées à l'article 19;

- la saisine obligatoire du Conseil de discipline par le Président sur base d'une requête du Parquet (article 21, alinéa 2).

D'après l'article 19 de la loi relative au Collège médical l'action disciplinaire se prescrit par cinq ans à compter du jour où les faits visés se sont produits

Comme en témoignent les contenus des différents rapports d'activités disponibles sur le Site internet du Collège médical, 152 plaintes ont été introduites en 2009, 148 en 2010, et d'après les données actuellement en collecte, 111 plaintes en 2011.

On dénombre au cours des mêmes années respectivement 8, 10 et 10 actions disciplinaires ayant abouties à des sanctions prononcées par le Conseil de discipline, allant du simple avertissement à l'interdiction d'exercer la profession pour un terme compris entre un mois et cinq ans.



2010



2011



2012

Afin de mieux vous retrouver dans la *jungle* des textes légaux et déontologiques régissant l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de pharmacien

## LIENS INTERNET UTILES

**Loi sur l'exercice de la profession de médecin, médecin dentiste et de médecin vétérinaire**

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2010/0160/a160.pdf>

**Loi de 1999 relative au Collège médical**

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1999/0084/a084.pdf#page=2>

**Code de déontologie médicale:**

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2005/0160/a160.pdf#page=2>

**Conventions CNS – Association des médecins et médecins-dentistes:**

<http://www.cns.lu/?p=121&lm=3-0-0&lp=125>

**Liste des spécialités reconnues**

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2011/0139/index.html#2011A1965>

**Règlements d'exécution concernant l'exercice de la profession de médecin, de médecin dentiste et de médecin - vétérinaire**

[http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/compilation/code\\_sante/17\\_PROFESSIONS/A\\_MEDECINS/II\\_REGLEMENTS\\_EXECUTION.pdf](http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/compilation/code_sante/17_PROFESSIONS/A_MEDECINS/II_REGLEMENTS_EXECUTION.pdf)

**Exercice de la profession de pharmacien (loi, code, convention)**

<http://www.sante.public.lu/fr/legislation/travailler-sante-social/pharmacien/index.html>

**Code de déontologie des pharmaciens**

<http://www.sante.public.lu/fr/legislation/travailler-sante-social/pharmacien/index.html>

**Portail Santé : Travailler dans la santé et le social Informations utiles concernant toutes sortes de profession de santé**

<http://www.sante.public.lu/fr/legislation/travailler-sante-social/index.html>

**Code de la Santé :**

[http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/thema/SSS/index.html#code\\_sante](http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/thema/SSS/index.html#code_sante)

**Code de la Sécurité sociale :**

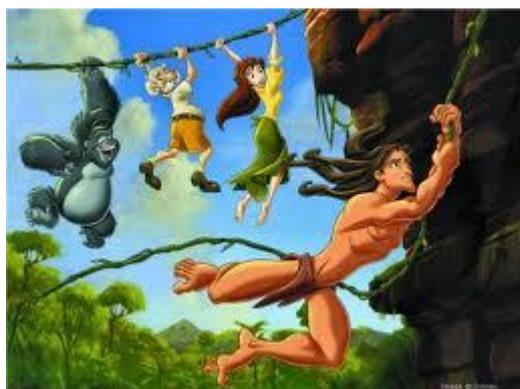
<http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/thema/SSS/index.html>

**Dossier médical lois et règlements**

<http://www.cns.lu/assures/?m=71-0-0&p=112>

**Annuaire Ministère de la Santé**

<http://www.ms.public.lu/fr/annuaire/ministere-sante/ministere-sante-services/index.html>



Heures d'ouverture du secrétariat : du lundi au vendredi de 9-11.30 et 14-16.30 heures

Adresse : Collège médical, 7-9, avenue Victor Hugo, L-1750 Luxembourg, Tél. : 247-85514, Fax. : 475-679,  
e-mail: [info@collegemedical.lu](mailto:info@collegemedical.lu) ; site internet: <http://www.collegemedical.lu>

Info-Point no.11 2012/1, éditeur responsable : Le Collège médical du Grand-Duché de Luxembourg,

Textes approuvés lors de la séance du 29 février 2012.

Rédaction : Mme Valérie BESCH, Dr Pit BUCHLER, Dr Dominique CHAMPEVAL, Dr Roger HEFTRICH, Dr Jean-Paul SCHWARTZ  
© Collège médical 2012/Edition : 2800 exemplaires