



# Info-Point n° 13

## MARS 2013

### Editorial

Suite aux élections de fin 2012 pour le renouvellement partiel du Collège médical, celui-ci est reparti pour un nouveau mandat de 3 ans dans une composition légèrement différente, dont vous trouverez les références à la page suivante.

Une consœur médecin et deux confrères médecins dentistes, Anne-Marie Mandres-Probst, Dominique Champeval et Nicolas Bresson, ne font plus partie du Collège. C'est ici le moment et l'endroit de les remercier pour leur bon travail dans l'intérêt des professions tout au long de leurs mandats respectifs.

Vous trouverez ci-joint un appel à la cotisation pour l'année 2013, vous aurez remarqué que le montant n'a pas changé. À préciser que le montant de 50€ de cotisation pondérée ne sera accordé en principe qu'aux seuls *retraités*, n'ayant plus aucune activité régulière.

Le Collège médical a par ailleurs considéré que les Médecins En Voie de Spécialisation (MEVS) n'étaient plus redevables d'une cotisation au Collège médical, leur inscription n'étant que temporaire et leurs revenus assez modestes et qu'un effort de solidarité de tous les membres établis des différentes professions pourrait compenser les frais causés par la gestion des dossiers MEVS.

Le nouveau code de déontologie, que le Collège médical a élaboré et déposé en décembre 2011, a entretemps été approuvé par arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2013 et vient d'être publié le 13 mars 2013 au Mémorial, et est donc par ce fait en

vigueur. Vous le retrouverez sur le site internet du Collège médical, site qui subira d'ailleurs quelques modifications.

La communication des principales modifications fera l'objet d'une prochaine publication.

Le projet de loi relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, en instance devant la Chambre des députés, nous donne encore du fil à retordre dans son volet du droit à l'information avec l'inversion de preuve, et dans le volet de la création d'un service de médiation, qui dans le projet est plutôt défini comme un service d'instruction!

A ce sujet le Collège médical vous invite à consulter également l'avis du Conseil d'État du 26 février 2013 en suivant le lien [http://www.conseil-etat.public.lu/fr/avis/2013/02/49\\_912/499121.pdf](http://www.conseil-etat.public.lu/fr/avis/2013/02/49_912/499121.pdf).

Le Collège médical voudrait relancer un nouvel appel à faire preuve de rigueur dans l'établissement des certificats (voir page 3).

Si un sujet vous tient à cœur, le Collège médical se fera un plaisir de le publier dans une rubrique "Nos lecteurs nous écrivent"(voir page 11-12)

Pour le Collège médical

**Pit BUCHLER,**  
**Georges FOEHR,**  
**Roger HEFTRICH**

## COMPOSITION DU COLLEGE MEDICAL DU 01.01.2013 – 21.12.2015

NOM	Prénom	membre	Fonction	mandat jusqu'au	spécialisation
AREND	Alain	suppléant		31/12/2015	pharmacien
BISDORFF	Marie-Anne	suppléant		31/12/2015	généraliste
BUCHLER	Pit	effectif	<b>Président*</b>	31/12/2019	neurologie
BUCK	Gaston	suppléant		31/12/2015	médecine interne
FABER	Carlo	effectif		31/12/2015	chirurgie vasculaire
FOEHR	Georges	effectif	<b>Vice-président*</b>	31/12/2015	pharmacien
GOERGEN	Martine	effectif	Secrétaire adjointe**	31/12/2015	chirurgie générale
GROOS	Camille	suppléant		31/12/2019	pharmacien
HEFTRICH	Roger	effectif	<b>Secrétaire*</b>	31/12/2019	généraliste
JACOBY	Chrétien	effectif		31/12/2015	neuropsychiatrie
KLOP	Marco	suppléant		31/12/2019	anesthésiologie
KONSBRUCK	René	suppléant		31/12/2015	orthopédie
KOPPE	Marthe	effectif	Trésorière adjointe**	31/12/2019	généraliste
LEDESCH	Jean-Paul	suppléant		31/12/2015	gynécologie-obstétrique
LENERS	Jean-Claude	suppléant		31/12/2019	gériatrie
MEDERNACH	Jean	effectif		31/12/2019	pharmacien
MUNSTER	Laurent	suppléant		31/12/2019	anesthésiologie
NILLES	Paul	effectif		31/12/2015	médecin-dentiste
SCHOTT	Christophe	effectif		31/12/2019	médecin-dentiste
SCHWARTZ	Jean-Paul	suppléant		31/12/2019	généraliste
STEICHEN	Jos	effectif	Trésorier**	31/12/2015	généraliste
THEISEN	Jean-Marie	suppléant		31/12/2019	ORL
ULVELING	Tom	effectif	2e Vice-président**	31/12/2019	médecin-dentiste

\* élu, mandat de 3 ans

\*\* désigné, mandat de 3 ans

## **LE CERTIFICAT MEDICAL**

Le Collège médical continue à être régulièrement confronté avec des réclamations au sujet de certificats médicaux, jugés incorrects et dont la recevabilité est ainsi contestée. Parfois il est même demandé au Collège médical de sanctionner les médecins pour ces certificats jugés frauduleux.

Pour éviter ce genre de situation pénible, le Collège médical tient donc à rappeler à tous les professionnels inscrits une certaine rigueur dans l'établissement et la rédaction de certificats et pour ce, il se permet de demander la lecture attentive de ce qui suit :

### **DEFINITION :**

Le certificat médical est un écrit attestant un fait d'ordre médical constaté par le médecin. Il sert au patient auquel il est remis afin de faire valoir ses droits. Ceux-ci peuvent être d'ordre social (demande de pension, de congé de maladie), civil (demande de réparation d'un préjudice), pénal (dépôt d'une plainte) ou autre.

La rédaction d'un certificat médical constitue donc un acte très important de l'activité professionnelle du médecin. Elle engage sa pleine responsabilité. Il ne faut jamais la considérer comme une simple formalité. Par contre la tendance actuelle de faire certifier n'importe quoi par les médecins conduit à un galvaudage certain de ce document si important par ailleurs.

Plusieurs articles du Code pénal, des Assurances sociales et du Code de déontologie médicale traitent des certificats médicaux, de leur contenu, de la façon de les rédiger et des sanctions en cas de fraude. En effet une attestation erronée, litigieuse ou franchement fautive nuit gravement à l'honorabilité et à la dignité du corps médical tout en pouvant entraîner de graves conséquences pour des tiers et de ce fait est passible de sanctions disciplinaires et/ou pénales.

Le certificat médical est le témoignage de la confiance accordée par la société au corps médical. Pour s'en montrer digne il faut éviter la rédaction de certificats de complaisance mais s'attacher au contraire à rester le plus prudent possible dans les attestations remises au patient. Il faut décrire sans interpréter, attribuer aux dires d'un patient tout ce qui ne peut être objectivement vérifié et en déduire les conséquences sans parti pris.

### **PRINCIPES DE REDACTION :**

#### **Le médecin ne doit attester que ce qu'il a lui-même vu et/ou constaté**

- 1) Le certificat pour être correct, doit comporter les points suivants :
  - le nom, le prénom, la qualification professionnelle et l'adresse du médecin,
  - le nom, le prénom, la date de naissance ou le matricule du bénéficiaire du certificat, éventuellement son adresse et sa profession (attention aux imposteurs),
  - la date et le lieu de l'examen (cabinet de consultation, domicile de l'intéressé, voie publique...),
  - la date de rédaction du certificat – attention aux certificats rétro datés,
  - la signature et le cachet du médecin.
- 2) Les déclarations de l'intéressé ou d'un tiers doivent être notées comme émanant de celui-ci par exemple « L'intéressé – ou un tel – m'a déclaré... » en mettant ces déclarations dans le mode conditionnel du verbe.
- 3) La description objective des éléments que le médecin a pu constater et voir lui-même, doit être aussi exacte et précise que possible. Il faut éviter à tout prix de mélanger les plaintes de l'intéressé avec les symptômes objectivement constatés. Le médecin ne peut attester que ce que lui-même a vu et/ou constaté.
- 4) Si une incapacité doit être certifiée, il en faut préciser la nature. Une incapacité de travail n'équivaut pas à une ITT, qui est une incapacité totale d'avoir une activité quelconque. En cas de doute, il est indiqué de s'en remettre à un expert médico-légal.
- 5) Le certificat, pour être correct, doit comporter une écriture lisible, éviter des abréviations, notamment pour les dates : par exemple 02.07.2009 et non 2.7.9. afin d'éviter des falsifications ultérieures.
- 6) Un certificat rétroactif ou antidaté peut être sanctionné par les tribunaux. Il ne faut jamais établir un certificat sans avoir vu et examiné la personne en question.
- 7) Le médecin devrait garder toujours une copie du certificat qu'il a établi.

### **I) Certificats exigés par les lois et les règlements :**

1. - Certificat avant mariage
2. - Certificat de grossesse (voir certificat d'incapacité de travail)
3. - Certificat d'allocation prénatale
4. - Certificat d'allocation de maternité
5. - Déclaration de naissance
6. - Certificat de congé parental
7. - Certificat de placement dans un service psychiatrique
8. - Certificat de contrôle des étrangers
9. - Certificat du permis de conduire
10. - Certificat pour l'exemption du port de la ceinture de sécurité
11. - Carte de stationnement pour personnes handicapées
12. - Certificat de déclaration pour maladies infectieuses et transmissibles
13. - Certificat de décès
14. - Certificat en vue de l'incinération de la dépouille mortelle
15. - Certificat pour soins palliatifs
16. - Certificat pour une demande d'euthanasie

### **II) Certificats en rapport avec la Caisse Nationale de Santé (CNS) et la Sécurité Sociale :**

1. - Certificat de constat d'une incapacité de travail
2. - Certificat pour accidents industriels et agricoles
3. - Certificat de déclaration d'une maladie professionnelle
4. - Certificat pour l'inaptitude à un poste de travail (médecine du travail)
5. - Certificat en vue de l'obtention d'une rente d'invalidité
6. - Certificat en vue de bénéficier de l'assurance dépendance
7. - Demande d'autorisation d'un transfert à l'étranger
8. - Demande d'un traitement parallèle hospitalier

### **III) Certificats et assurances :**

1. - Certificat et assurance vie
  - a) en vue de la souscription d'une assurance-vie
  - b) certificat médical après décès de l'intéressé
2. - Certificat d'annulation d'un voyage avec assurance,
  - a) certificat médical initial du médecin
  - b) certificat (formulaire) remis au voyageur par le bureau de voyage et à remplir par le médecin.

### **IV) Certificats et scolarité :**

1. - Certificat de dispense des cours
2. - Certificat d'inaptitude et de dispense à la pratique des sports
3. - Certificat d'éviction scolaire pour maladies contagieuses

### **V) Autres Certificats :**

1. - Certificat de santé
2. - Certificat d'aptitude à une certaine profession
3. - Certificat d'aptitude à l'exercice d'un certain sport de compétition, (pour médecin diplômé d'un C.E.S. du sport),
4. - Certificat pour coups et blessures
5. - Certificat pour affaires de famille : divorce, garde des enfants
6. - Certificat pour accident de la circulation
7. - Certificat après réquisition par une autorité compétente,
8. - Carte de vaccination

## La durée d'un certificat médical d'incapacité de travail

Les dispositions légales consultées n'ont pas permis de déterminer une durée maximale obligatoire pour exprimer l'incapacité pour cause de maladie.

D'un point de vue strictement médical, il faut néanmoins relever que l'incapacité pour cause de maladie est fonction de la maladie et de sa persistance telle qu'elle pourra être constatée.

Pour le cas où votre interrogation sous-entend subsidiairement s'il serait médicalement possible d'anticiper la durée de l'incapacité sur une période d'une année civile entière, le Collège médical vous informe que certaines maladies peuvent s'étendre sur de longues durées et nécessiteront tout aussi un long traitement et un suivi conséquent.

La durée prévisible d'une maladie peut donc être d'une année et même au delà.

Cette durée est cependant à distinguer de l'incapacité qui peut ne pas être nécessairement persistante et doit se constater, s'infirmier ou se confirmer en fonction de l'évolution tout au long de la maladie qu'il y ait progression ou régression.

La législation va également en ce sens, si on analyse les modalités particulières à la liquidation des droits sociaux pendant l'incapacité d'une personne en longue maladie.

A cet effet, l'article 173 des statuts de la CNS dispose que si les périodes d'incapacité de travail atteignent six semaines au cours d'une période de référence de seize semaines, la Caisse nationale de santé invite l'assuré à lui retourner le formulaire désigné « **R4** » à utiliser par son médecin traitant pour l'établissement du rapport médical circonstancié.

On peut alors raisonnablement en déduire qu'après six semaines d'incapacité, le médecin doit à nouveau revoir le malade pour pouvoir se prononcer sur le prolongement ou le maintien de son incapacité.

Partant, on peut aussi considérer qu'il y aurait plus d'un certificat à émettre, le premier étant susceptible de comporter une durée de six semaines.

La durée du certificat d'incapacité est également prise en compte pour l'exercice du droit aux indemnités maladies dont le maintien peut s'étendre sur un délai maximum de 52 semaines.

Le principe est posé par l'article 9(1) du Code de sécurité sociale, qui dit qu'en cas *d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie.*

Dans le même ordre d'idée, l'article L-125-4 du Code de travail prévoit une cessation de plein droit du contrat de travail à l'expiration du versement de l'*indemnité pécuniaire de maladie telle que visée à l'article 14 du Code de sécurité sociale.*

Suivant l'article 14 alinéa (2) du Code de sécurité sociale, *le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines.*

On peut déduire de la disposition ci dessus qu'un certificat médical peut être établi pour une durée de 52 semaines, sous réserve des modalités spécifiques pour la comptabilisation de cette durée.

Afin de déterminer la durée réelle de l'incapacité, l'article 14 alinéa (2) ci avant, exige que soit *mise en compte toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail.*

Cette disposition ne fait donc pas allusion à une période d'incapacité de travail unique mais *à la mise en compte de plus d'une période d'incapacité de travail.*

Par conséquent si l'incapacité dure plus de 52 semaines, son constat doit être fractionné ***par des périodes.***

Or la durée d'une période n'est pas fixée à la disposition visée !

En outre, il y a l'idée d'une *période de référence prenant fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité.*

Le Collège médical en conclut que le médecin ne peut légalement attester une incapacité pour cause de maladie d'une année entière qu'en limitant son certificat à une certaine durée, reconductible si la situation de son patient le justifie.

## Réflexions sur la médiatisation des procès contre les médecins

L'année dernière et jusqu'à ce jour nous assistons à une multitude de procès contre des médecins devant les tribunaux, pratiquement aux premiers rangs, grâce à une médiatisation audio-visuelle et écrite exubérante voire tapageuse (photos surdimensionnées de symboles de la profession médicale fixant l'attention, titres type slogans, en gras et en grande écriture, commentaires populistes mais à l'occasion désobligeants envers la profession etc.), mettant à l'épreuve un de nos instincts les plus élémentaires, à savoir l'angoisse. A qui et à quoi cela sert ?

Certes, les acteurs de la profession médicale, tout comme d'ailleurs les acteurs de toutes autres professions, ne sont pas à l'abri de déviations et de fautes qui doivent être poursuivies et sanctionnées et le grand public a bien le droit d'en être informé.

Pourtant la façon dont cela est rapporté dans les médias inquiète dangereusement car tendant à entraver le principe le plus élémentaire à gérer nos atteintes à la santé, à savoir celui de la confiance et de la discrétion entre "fournisseurs et bénéficiaires de soins". La réflexion sur laquelle est basée ce qu'en médecine constitue le secret professionnel se résume en: «pas de soins sans confidences, pas de confidences sans confiance, pas de confiance sans secret».

Nous désirons tous avoir une bonne santé qui par d'aucuns est jugée comme notre plus grand bien. Et ne vaut-il pas mieux avoir une bonne santé qu'avoir un bon médecin? Ensemble avec ceux que nous appelons les professionnels de santé, la plupart des membres de la société civile lutte à préserver ce bien.

Mais la vie est également un risque, dès notre naissance et même avant, selon la boutade de Woody Allen: "La vie est une maladie, sexuellement transmissible, toujours mortelle", ou de façon plus dramatique selon Victor Hugo: "la vie est une longue perte de ce que nous aimons"

Le médecin n'est pas responsable de la maladie dont est atteint son patient. C'est souvent le destin, la fatalité qui en sont l'auteur, ce sont les aléas de la vie.

Le médecin est responsable du traitement qu'il propose et applique à son patient, c. à. d. des moyens qu'il met en route, médicaux ou chirurgicaux, mais il n'est pas responsable de tous les risques inhérents à chaque traitement et il n'est pas tenu aux résultats. Mais il est tenu à faire preuve de compétence dans son exercice.

Le fonctionnement de notre société est basé sur les principes du droit et de la justice mais malheureusement droit et justice n'habitent pas toujours sous le même toit.

Comme nous ne sommes en général pas enclins à accepter la fatalité, nous cherchons très souvent la faute chez quelqu'un d'autre. Notre société de droit

part du principe qu'un préjudice subi par un individu doit être réparé.

Dans souvent l'impossibilité de réparer un préjudice physique ou moral, nous faisons l'artifice de le réparer financièrement, ce qui s'appelle indemnisation.

Jusqu'à nos jours il est retenu le principe qu'une indemnisation ne peut se faire que si à la base d'un préjudice créé il y a eu une faute.

L'être humain est constamment à la recherche du bien-être et comme la médecine moderne semble être tout puissante avec des possibilités dont les limites sont parfois difficiles à définir, il lui exige ce bien-être, sans faille. Nous vivons un vrai "panmédicalisme".

Mais on pourrait sagement inverser cette attitude et dire avec Voltaire: " J'ai décidé d'être heureux parce que c'est bon pour la santé".

La recherche du bonheur dans la médecine a d'ailleurs mené à certaines déviations à ses devoirs fondamentaux (traiter, soigner..), comme p.ex. la médecine au service de l'esthétisme.

Le risque est inhérent à la maladie tout comme il l'est, plus ou moins, au traitement qui sert à la combattre. Si ce risque s'exécute, il peut créer un préjudice sans qu'il y ait eu faute à la base.

C'est ce que nous appelons communément l'accident médical (ou aléa thérapeutique)

Selon les règles de notre société ce préjudice devrait être indemnisé.

Le projet de loi en instance relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé prévoit des droits bien justifiés aux patients et des obligations également bien justifiées aux prestataires. Il rendra quand même l'exercice de la médecine plus difficile car plus défensif et de par là encore plus coûteux pour la société, aussi longtemps que le pendant à ces droits et obligations ne soit pas mis en œuvre, c.à.d. l'indemnisation de l'accident médical.

10 ans d'expérience avec la loi-sœur française, de mars 2002, dite loi Kouchner, de notre projet de loi en instance, loi qui instaure le système de l'indemnisation de l'accident médical, ont montré que les procès envers les médecins ont diminué en nombre, ce qui est au bénéfice de tous les concernés, de la société entière car aidant à changer un climat de méfiance en un climat de compréhension restaurant finalement la confiance, base de toute relation humaine correcte, notamment dans un domaine aussi sensible que la santé et le bien-être humain.

Or d'après ce qu'on entend, les acteurs qui pourraient créer et financer un tel système (CNS, compagnies d'assurances et finalement l'Etat) n'y pensent pas trop et on continuera à se délecter dans les médias des agissements souvent jugés malsains de ces pauvres méchants médecins.

**Le Collège médical**

(ce texte a déjà été publié dans 3 quotidiens fin janvier)

## Stage actif d'initiation professionnelle en médecine-dentaire.

La faculté d'odontologie de l'Université de Nancy a récemment contacté le Collège Médical pour étudier la possibilité d'offrir un stage pratique en médecine-dentaire au Luxembourg.

La réforme des études de chirurgie dentaire française de 1994 a instauré une sixième année. Un arrêté (fr) du 24 mai 2005 complété par un arrêté (fr) du 27 février 2007 définit les conditions du "stage actif d'initiation à la vie professionnelle", effectué chez le praticien, pour un étudiant en 6ème année.

La 6ème année est une année importante, charnière entre la formation hospitalo-universitaire et l'activité libérale. Elle permet à l'étudiant de recevoir une formation universitaire axée sur l'insertion professionnelle et clinique avec une approche pluridisciplinaire. Il lui manque cependant l'apprentissage et une expérience de terrain. C'est le but du "stage actif d'initiation professionnelle" chez le praticien.

L'intérêt d'un tel stage, dans le processus d'acquisition des compétences professionnelles, est de permettre aux étudiants luxembourgeois de comprendre la réalité de la vie professionnelle libérale au Luxembourg, avec ses contraintes et son attrait, de se familiariser avec le système réglementaire luxembourgeois et ainsi faciliter leur intégration au sein de la profession.

Au cours de leur 6ème année, les étudiants doivent effectuer un stage de 200 heures au minimum au sein d'un cabinet dentaire, sous la tutelle d'un médecin-dentiste, maître de stage.

Après discussion avec le Ministère et la Faculté odontologique de Nancy, il a été décidé que ce stage actif serait possible au Luxembourg sous les conditions suivantes :

### Vous souhaitez être "Maître de Stage"

Vous souhaitez être Maître de Stage et participer à la formation sur le terrain de vos futurs confrères en accueillant un étudiant pendant une durée minimale de 200 heures.

A: Vous remplissez les conditions suivantes :

1. Vous justifiez d'au moins 5 années d'exercice professionnel (arrêté du 24 mai 2005).
2. Vous disposez d'un plateau technique permettant ce stage.
3. Vous vous engagez à être disponible/joignable lorsque l'étudiant prend en charge vos patients.
4. Vous acceptez la charte d'engagement du maître de stage.

Vous demandez une autorisation au Ministère de la santé, qui transmettra le dossier au Collège Médical. Après les vérifications déontologiques d'usage le dossier sera retourné au Ministère, et adressé à la Faculté odontologie de Nancy pour agrément. Le praticien, futur maître de stage devra participer à une réunion d'information

B: Vous êtes nommés "Maître de stage"

- La Faculté d'odontologie vous convie à une réunion d'information.
- Vous signez la convention de stage qui fixe les conditions de stage.

C: A la fin du stage.

- Vous remplissez le carnet de stage et la fiche d'évaluation.
- Vous les adressez au Doyen de l'U.F.R. d'Odontologie de Nancy.

Vous êtes étudiant en 6ème année et vous voulez faire votre stage actif au Luxembourg.

A: Vous devez demander l'autorisation de stage actif au Ministère de la santé. Le dossier sera transmis au Collège médical pour vérification et avis, puis retourné au Ministère.

B : Vous devez trouver un maître de stage au Luxembourg.

C: Vous devez informer la Faculté d'odontologie de Nancy.

## Rappel concernant les règles pour la mise en compte d'un CP8 par les médecins-dentistes

Le Collège médical s'est rendu compte que certains médecins-dentistes ont pris l'habitude

1. de facturer certains actes comme convenances personnelles alors qu'ils sont repris dans la nomenclature et
2. ne respectent pas les modalités en rapport avec la mise en compte du code CP8.

Le Collège voudrait donc lancer un appel aux concernés de respecter les stipulations **de la convention pour les médecins-dentistes** conclue entre l'Union des caisses de maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales

**Article 6** *Sauf les exceptions expressément prévues par la loi, les règlements ou les différentes nomenclatures des actes professionnels des médecins et médecins-dentistes ou des professions de santé, les médecins-dentistes ne peuvent réaliser à charge de l'assurance maladie que les actes professionnels prévus par la nomenclature des médecins et des médecins-dentistes.*

.....

**Les activités médicales déployées et les prestations fournies ou prescrites dans le cadre de l'assurance maladie en violation des dispositions de la présente convention ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.**

**Article 16 :** *Lorsque, nonobstant le refus de prise en charge par l'assurance maladie, la personne protégée accepte les propositions du médecin-dentiste, le tarif appliqué doit lui être communiqué au préalable et par écrit. **Le consentement à pareille intervention fait l'objet d'une convention écrite entre le médecin-dentiste et le patient.** Cette convention contient obligatoirement la stipulation que l'assurance maladie n'intervient pas dans la prise en charge des frais que cette intervention génère, ni dans ceux qui se dégagent du traitement post-opératoire ou dans ceux causés par des séquelles éventuelles.*

**Article 50** *concernant la convenance personnelle*

*8) Les prestations et fournitures dentaires convenues avec la personne protégée et délivrées en dépassement des tarifs de prise en charge de l'assurance maladie ou de l'assurance contre les accidents, sont facturées sous le seul code. (code CP8)*

**Article 51.** *Dans tous les cas où le médecin-dentiste propose à la personne protégée de procéder à des traitements dentaires non prévus par la nomenclature des actes médico-dentaires, mais que des traitements comparables ou des traitements ayant la même finalité thérapeutique sont pris en charge par l'assurance maladie, le médecin-dentiste, avant l'établissement du devis prévu à l'article 18, donne à la personne protégée un éclaircissement préalable et aussi exhaustif que possible afin de permettre à celle-ci de consentir en connaissance de cause à un traitement non pris en charge par l'assurance maladie. Cet éclaircissement est donné en conformité avec les articles 17 et 73 de la présente convention*

Ces modalités sont également traitées dans le **Code de Déontologie médicale**.

**Article 65** *Pour les actes non prévus par une convention ou pour des personnes non affiliées à une caisse de maladie faisant partie de l'UCM, pour les suppléments relatifs à l'importance du service rendu ou à des circonstances particulières, le médecin déterminera ses honoraires avec tact et mesure. Il n'est jamais en droit de refuser des explications relatives à sa note d'honoraires ou au coût d'un traitement. A la demande du patient, il établira un devis concernant les frais que celui-ci devra prévoir. Il ne peut refuser de délivrer un acquit des sommes perçues.*



## Conduite à tenir face à une demande d'accès au dossier médical d'un patient par le Juge d'instruction

### **Attention : cet avis nuance l'Info-Point 10 de juillet 2011 en ce qui concerne la destination des notes personnelles du médecin lors de la saisie du dossier médical**

Le juge d'instruction détient certaines prérogatives légales lui conférant le droit de procéder conformément à la loi à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité.

Ainsi, s'il estime devoir saisir un dossier médical, le médecin ne devrait pas faire obstacle à la bonne marche de la justice lorsque la saisie du dossier médical de son patient est ordonnée par le Juge d'instruction dans le cadre d'une procédure pénale.

Le médecin vérifie que l'officier de police judiciaire est bien muni d'une commission rogatoire du juge d'instruction, précisant l'objet et les limites de la saisie.

Le médecin a toutefois l'obligation de prendre les mesures indispensables à la préservation du secret médical de son cabinet vis-à-vis d'autres patients n'ayant aucun rapport avec l'affaire, visée par la mesure de perquisition.

Concernant les documents en eux mêmes, il est préférable de procéder à des copies préalables.

Si de tradition les annotations personnelles du médecin sont considérées comme étrangères au dossier médical du patient, il se pose la question de sa qualification dans l'hypothèse d'une mesure de perquisition en vue de la saisie du dossier par le Juge d'instruction.

Quant à la définition de ces annotations, le nouveau code de déontologie en prévoit à son article 60 la formulation suivante : *Le médecin a la possibilité d'établir des notes destinées à l'aider dans son suivi du patient. Ces notes, pour autant qu'elles n'intéressent ni les soins, ni la continuité des soins, sont personnelles au médecin et ne font pas partie du dossier médical.*

Cette définition est tirée du projet de loi en cours d'élaboration sur les droits et obligations des patients et des prestataires de soins.

La définition ne diverge pas fondamentalement des dispositions prévues par l'article 36 de la loi sur les établissements hospitaliers, lequel dispense le médecin de la remise des notes personnelles en cas de demande de dossier médical par le patient ou ses ayant droits.

Habituellement, le CM s'est fondé sur celles-ci pour recommander au médecin d'exclure les notes personnelles lors des saisies ordonnées dans le cadre d'instructions pénales.

Or, les prérogatives de la justice, imposent une lecture restrictive de ces dispositions par le jeu d'une différenciation du contexte de la demande de remise du dossier médical par le patient, par opposition à la demande de remise sur base d'un mandat de perquisition.

Suivant communication récente avec le Parquet de Luxembourg, le mandat de perquisition peut être élargi autant que possible, de sorte à inclure tous documents quelconques se trouvant en possession du médecin.

Comme le but de la perquisition et de la saisie est d'aboutir à la recherche des preuves, les notes personnelles du médecin peuvent y contribuer.

Il ressort de ces considérations que le caractère personnel des notes du médecin n'est opposable qu'au seul patient.

Ainsi le médecin devra donc remettre outre les données objectives du dossier à saisir (les examens cliniques pratiqués, les examens de laboratoire, les comptes rendu, l'imagerie médicale, etc..) tout document visé par le mandat de perquisition. Le médecin ne saurait trop vérifier que les documents présentés concernent la personne ou la mission fixée par le juge, et que les pièces sont strictement et exclusivement celles qui se rapportent à l'enquête judiciaire.

Enfin, le médecin devra relire le procès verbal de saisie qui sera cosigné par l'officier de police judiciaire.

Le cas échéant, le médecin demandera à ce que soit acté toutes protestations ou réserves de sa part, au procès verbal s'il estime que la procédure n'a pas été correctement suivie.

Le Collège médical a lu avec intérêt la question sous rubrique et vous y apporte les éléments de réponse qui suivent :

Le juge d'instruction détient certaines prérogatives légales lui conférant le droit de procéder conformément à la loi à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité.

Ainsi, s'il estime devoir saisir un dossier médical, le médecin ne devrait pas faire obstacle à la bonne marche de la justice lorsque la saisie du dossier médical de son patient est ordonnée par le Juge d'instruction dans le cadre d'une procédure pénale.

Le médecin a toutefois l'obligation de prendre les mesures indispensables à la préservation du secret médical et doit en conséquence préparer les opérations de saisie.

Le médecin vérifie que l'officier de police judiciaire est bien muni d'une commission rogatoire du juge d'instruction, précisant l'objet et les limites de la saisie.

Concernant les documents en eux même, il est préférable de procéder à des copies préalables en prenant le soin d'exclure ses annotations personnelles ou toute pièce n'ayant aucun rapport avec l'affaire.

Ainsi, le médecin devra limiter la remise aux seules données objectives du dossier à saisir : les examens cliniques pratiqués, les examens de laboratoire, les comptes rendu, l'imagerie médicale, etc.

Le médecin ne saurait trop vérifier que les documents présentés concernent la personne ou la mission fixée par le juge, et que les pièces sont strictement et exclusivement celles qui se rapportent à l'enquête judiciaire.

Enfin, le médecin devra relire le procès verbal de saisie qui sera cosigné par l'officier de police judiciaire.

Le cas échéant, le médecin demandera à ce que soit acté toutes protestations ou réserves de sa part, au procès verbal s'il estime que la procédure n'a pas été correctement suivie. Le Collège médical a lu avec intérêt la question sous rubrique et vous y apporte les éléments de réponse qui suivent :

Le juge d'instruction détient certaines prérogatives légales lui conférant le droit de procéder conformément à la loi à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité.

Ainsi, s'il estime devoir saisir un dossier médical, le médecin ne devrait pas faire obstacle à la bonne marche de la justice lorsque la saisie du dossier médical de son patient est ordonnée par le Juge d'instruction dans le cadre d'une procédure pénale.

Le médecin a toutefois l'obligation de prendre les mesures indispensables à la préservation du secret médical et doit en conséquence préparer les opérations de saisie.

Le médecin vérifie que l'officier de police judiciaire est bien muni d'une commission rogatoire du juge d'instruction, précisant l'objet et les limites de la saisie.

Concernant les documents en eux même, il est préférable de procéder à des copies préalables en prenant le soin d'exclure ses annotations personnelles ou toute pièce n'ayant aucun rapport avec l'affaire.

Quant à la définition de ces annotations, le nouveau code de déontologie en prévoit à son article 60 la formulation suivante : *Le médecin a la possibilité d'établir des notes destinées à l'aider dans son suivi du patient. Ces notes, pour autant qu'elles n'intéressent ni les soins, ni la continuité des soins, sont personnelles au médecin et ne font pas partie du dossier médical.*

Cette définition est tirée du projet de loi en instance sur les droits et obligations des patients et des prestataires de soins.

Ainsi, le médecin devra limiter la remise aux seules données objectives du dossier à saisir : les examens cliniques pratiqués, les examens de laboratoire, les comptes rendu, l'imagerie médicale, etc.

Le médecin ne saurait trop vérifier que les documents présentés concernent la personne ou la mission fixée par le juge, et que les pièces sont strictement et exclusivement celles qui se rapportent à l'enquête judiciaire.

Enfin, le médecin devra relire le procès verbal de saisie qui sera cosigné par l'officier de police judiciaire.

Le cas échéant, le médecin demandera à ce que soit acté toutes protestations ou réserves de sa part, au procès verbal s'il estime que la procédure n'a pas été correctement suivie.

## « Complexité européenne » de la reconnaissance nationale de spécialisations médicales à l'exemple de la spécialisation d'héματο-cancérologie au Luxembourg

Le Règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire, reconnues au Luxembourg, énumère aux points :

- 21. Hématologie biologique
- 22. Hématologie médicale
- 37. Oncologie médicale.

Force est donc de constater que le terme de « cancérologie » n'est pas repris dans la législation luxembourgeoise, mais pourrait être considéré comme synonyme d'« oncologie ».

Force est également de constater que pour des spécialités à dénomination similaire la durée et le curriculum à parcourir est fort différent d'un pays à l'autre.

Alors que l'oncologie (ou la cancérologie) a pendant de longues années été du domaine de la médecine interne, sa reconnaissance comme spécialité distincte est assez récente :

- la Belgique reconnaît l'oncologie depuis 2010 sur formation de base en médecine interne, avec 3 années de tronc commun et 3 années en oncologie médicale
- en France on connaît le DES en oncologie (avec les 3 options : médicale, radiothérapique, onco-hématologie) et le DESC en cancérologie avec les 5 options : traitements médicaux des cancers, chirurgie cancérologique, réseaux de cancérologie, biologie en cancérologie, imagerie en cancérologie – arrêté du 26/01/2007\*
- en Allemagne la reconnaissance des qualifications professionnelles est du ressort des différentes « Landesärztekammern » qui délivrent une qualification comme « Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Onkologie und Hämatologie » avec une durée minimale de formation de 6 voire 7 ans.

Les titres de formation sont reconnus en application de la directive européenne 36/2005 sur la reconnaissance réciproque des qualifications professionnelles devant néanmoins respecter des durées minimales de formation.

A ce sujet le Collège médical vous invite à consulter la **DIRECTIVE 2005/36/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL**, version consolidée du 27.04.2009 au site

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2005L0036:20090427:FR:pdf>

La spécialité d'hématologie biologique n'est pas connue en Allemagne mais bien en France et nécessite une durée minimale de formation de 4 ans.

Pour l'hématologie générale, il est prévu une durée minimale de formation de 3 ans en France, la qualification correspondrait à la qualification de « Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie » en République Fédérale Allemande, qualification qui pourtant nécessite une formation spécialisée d'au moins 6 ans.

Le texte officiel de la directive ne reprend ni l'oncologie ni la cancérologie en soi dans la liste des spécialités.

### La situation est donc loin d'être claire.

D'une manière pragmatique l'autorité compétente du Luxembourg (le Ministre de la Santé) et son conseil (le Collège médical) ont pris l'habitude d'accorder au candidat une autorisation d'exercer dans la ou les spécialités reconnues au Luxembourg (oncologie médicale, hématologie clinique, hématologie biologique) en fonction de la durée de formation et du ou des diplômes délivrés par les autorités compétentes du pays formateur.

-----  
\*Troisième cycle de spécialité : Les D.E.S. : l'interne est amené à choisir un Diplôme d'Etudes de Spécialités (DES qui a remplacé l'ancien CES) à partir de 1984 et cela en fonction de son niveau de réussite au concours. La formation D.E.S. dure 4 années pour la plupart des disciplines, voire 5 années pour les disciplines chirurgicales, la médecine interne, la radiologie.

Les D.E.S.C. (Diplômes d'Etudes de Spécialités Complémentaires) dont la durée de formation est de 2 ans, complètent les D.E.S. en apportant une compétence complémentaire.

Il y a 2 catégories, DESC du groupe 1, qui ne donnent pas droit à exercice, et ceux du groupe 2, dont l'usage est admis dans l'exercice.

Nos lecteurs nous écrivent :

## **Historique de la prise en charge de la pathologie tumorale: de la chirurgie seule vers la multidisciplinarité**

La solution qu'apportent la médecine et la chirurgie à un problème donné dépend certainement de l'époque à laquelle le problème est posé !

Ainsi si le Professeur William Halsted, élève des Professeurs Bassini, Billroth, Mikulicz et Zuckerkandl est considéré comme un des plus grands de tous les praticiens du célèbre John-Hopkins Hospital, proposer sa technique de chirurgie mammaire de nos jours risquerait de valoir au chirurgien de sérieuses démêlées avec le code de déontologie sinon avec la justice !

Et pourtant, son approche du cancer était longtemps considérée comme la seule valable, en pratiquant des résections mammaires les plus larges possibles et survivre au cancer à l'époque ne se faisait qu'au prix de délabrement corporels majeurs ! Et pour cause, il n'y avait pas d'alternatives !

Ainsi les chirurgiens étaient seuls à combattre cette maladie, maladie considérée comme tellement terrible à l'époque que même son nom n'était pas prononcé !

Progressivement les chercheurs mirent au point d'autres alternatives, alternatives appelées chimiothérapie et radiothérapie.

La première chimiothérapie est effectuée par le Professeur Ehrlich, utilisant l'arsenic pour traiter la syphilis !

Convaincre les chirurgiens de considérer ces traitements barbares relevait de l'utopie, d'autant que les premiers traitements proposés s'appelaient « bombe de cobalt » et que les chimiothérapies étaient appelées « antibiotiques très puissants faisant perdre les cheveux »

Ainsi, de mes souvenirs, les chirurgiens appelaient les radiothérapeutes et les oncologues à la rescousse quand la chirurgie avait atteint les limites extrêmes et ils leur « livraient » non pas des patients mais des épaves chirurgicales ambulantes.

S'ils avaient la chance de revoir « leurs » patients, ceux-ci présentaient souvent des brûlures cutanées atroces, bombe de cobalt oblige, ou ils mouraient chauves, pâles, dénutris, en septicémie généralisée !

Alors je m'imagine mal un radiothérapeute se présenter à un staff chirurgical proposant une radiochimiothérapie préopératoire pour un cancer du rectum. Je pense qu'il aurait été considéré comme suicidaire !

Mais, les chirurgiens constatent quand même que leurs techniques chirurgicales, aussi sophistiquées qu'elles deviennent, les progrès de l'anesthésie et surtout de la réanimation leur permettant de plus en plus de résections 'no limits-R0', ces techniques ne sont pas suffisantes et que les récurrences apparaissent et que les métastases poussent malgré tout !

Et là les bases de l'approche multidisciplinaire trouvent leurs racines !

L'étude de la littérature aidant, ils invitent, très timidement, les oncologues et les radiothérapeutes à leurs réunions, chirurgicales bien entendus, et ainsi font irradier, toujours en POSTopératoire, des tumeurs du sein, des tumeurs du rectum !

Mais gare aux effets secondaires des vessies et des intestins grêles postopératoires, les chirurgiens maudissant ces thérapies qu'on leur vend comme modernes et incontournables !

Et pourtant, l'idée de l'approche multidisciplinaire suit son cours, pourquoi ?

Pour la toute simple raison que les progrès de tout bord, oncologie médicale développant des molécules hautement spécifiques, tuant de plus en plus le cancer, et de moins en moins le patient, radiothérapie, remplaçant la bombe de cobalt par des « cyber-knives » et des accélérateurs linéaires, font que cette approche devient vraiment incontournable !

Alors, pourquoi organiser des concertations interdisciplinaires ?

Suivre la littérature chirurgicale, oncologique, radiothérapeutique de toutes les spécialités est devenu tout simplement impossible !

Ainsi les équipes modernes et « up-to-date » sont constituées par des « mono-spécialistes » en chirurgie colo-rectale, oesophagienne, thoracique, hépatique, pancréatique, je n'oublie évidemment pas nos confrères gynéco, uro, ORL, neurochirurgiens qui vivent la même évolution !

Ainsi, ces réunions ne permettent non seulement aux chirurgiens de montrer de quoi ils sont capables, non, le patient bénéficie de TOUT l'arsenal thérapeutique disponible.

Sont devenus incontournables les chirurgiens plastiques avec leur techniques de reconstruction, les anatomopathologues pour confirmer ou, mieux, contredire les résections R0 des chirurgiens !

Se joignent à ces équipes, des équipes nécessairement tout aussi performantes en radiologie avec l'apparition des techniques comme l'IRM, et la radiologie interventionnelle et les médecins-nucléaristes avec la scintigraphie et le PET-Scan !

Et puis, en plus les chirurgiens, les oncologues et les radiothérapeutes ont dû se rendre compte que leur patient n'était pas seulement « une tumeur », non il est un être humain « global », terme très en vogue, et, en plus il se permet d'avoir une famille, un patron, une vie sociale et culturelle ?

D'où l'apparition de la nécessité d'une prise en charge « globale » avec des psycho-oncologues, assistants sociaux, pastoraux, diététiciens, informaticiens, équipes soignantes spécialisées et j'en oublie, uniquement parce que la liste ne saurait être exhaustive !

Et quand vient le moment où la nature finit par reprendre ses droits, tout est mis en œuvre pour faciliter le passage obligé aux patients des soins palliatifs.

Et comment réunir tout ce monde sous un chapeau ?

Eh bien, en inventant les coordinateurs ou coordinatrices ! Véritables chevilles ouvrières indispensables, appelés aussi « case-managers » dans un système que vous voyez très complexe !

L'avenir ?

La chirurgie développera des techniques chirurgicales de moins en moins invasives et les chirurgiens deviendront de plus en plus « mono-hyper-sur-spécialisés »

L'oncologie médicale poursuivra sa recherche dans le domaine des molécules cibles, de même que la radiothérapie fera certainement encore des progrès notables grâce à une ingénierie en 3D époustouflante !

Les méthodes diagnostiques s'affineront et tout sera fait pour poser le diagnostic de cette maladie, dont on ne prononçait pas le nom, le plus tôt possible pour guérir le plus de patients possibles !

Les moyens pour progresser ?

Publier et comparer les résultats, dans des registres tumoraux internationaux.

Suivre de près les protocoles thérapeutiques expérimentaux pour permettre aux guide-lines d'évoluer dans le temps en adoptant les progrès prouvés et approuvés !

Former les jeunes médecins à ces tâches de plus en plus compliquées et complexes en les encourageant à développer ce que leurs aînés ont commencé !

Favoriser et développer l'entente collégiale de TOUS les acteurs impliqués dans la lutte contre cette maladie, qui, malgré les résultats de plus en plus encourageants, n'est pas vaincue !

Aux autorités publiques d'encourager et de favoriser le développement de programmes poursuivant ces buts.

Mes craintes ??

Retraité depuis peu, mon regard un peu plus critique peut être porté sur les programmes d'avenir.

Le registre national, j'en suis un adepte et un défenseur absolu, sans réserves, mais je crains que sous la forme où il a vu le jour, il ne soit perçu par beaucoup de praticiens comme une « intrusion » dans le secret médical, un instrument de contrôle de l'Etat dans les pratiques journalières, bref un peu comme l'œil de « Moscou ».

Membre du Collège médical, je peux vous affirmer qu'il ne manque pas de courrier dans ce sens ! La transparence n'a pas encore gagné sur tous les fronts !

Qu'est-ce qui doit intéresser les ministères de santé européens ?

L'âge d'entrée de la population dans la maladie, le stade d'entrée dans la maladie et la survie globale des malades.

Ce sont ces données qui permettent d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention et de comparer la survie, donc la qualité des traitements, dans les différents pays.

Voilà des programmes ambitieux pour les instances publiques, les hôpitaux, les médecins avec toutes leurs équipes soignantes au sens large !

Dr Carlo FABER



Heures d'ouverture du secrétariat : du lundi au vendredi de 9 - 11.30 et 14 - 16.00 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.13 - 2013/1, éditeur responsable : Le Collège médical du Grand-Duché de Luxembourg,

Textes approuvés lors de la séance du 6 mars 2013.

Rédaction :

Mme Valérie BESCH, Dr Nicolas BRESSON, Dr Pit BUCHLER, Dr Carlo FABER,  
Dr Jean FELTEN, Dr Roger HEFTRICH, Dr Jean KRAUS, Dr Paul ROLLMANN

© Collège médical 2013/Edition : 2900 exemplaires