



Collège médical
Grand - Duché de Luxembourg

RAPPORT D'ACTIVITE POUR L'ANNEE 2014

I. Composition du Collège médical en 2014:

Président :	Dr Pit BUCHLER, médecin
1 ^{er} Vice-Président:	M. Georges FOEHR, pharmacien
2 ^{ième} Vice-Président :	M. Tom ULVELING, médecin-dentiste
Secrétaire:	Dr Roger HEFTRICH, médecin
Secrétaire adjointe :	Dr Martine GOERGEN, médecin
Trésorier:	Dr Joseph STEICHEN, médecin
Trésorier adjoint:	Dr Marthe KOPPES, médecin
Présidents honoraires :	Dr Georges ARNOLD Dr Paul ROLLMANN Dr Jean FELTEN

Membres effectifs:

Mesdames les Docteurs Martine GOERGEN, Marthe KOPPES,
Messieurs les Docteurs Pit BUCHLER, Carlo FABER, Roger HEFTRICH, Chrétien JACOBY,
Jean-Paul SCHWARTZ et Joseph STEICHEN, médecins.
Monsieur le Docteur Paul NILLES et Monsieur Tom ULVELING, médecins-dentistes.
Messieurs Georges FOEHR, Jean MEDERNACH, pharmaciens.

Membres suppléants:

Messieurs les Docteurs Gaston BUCK, Marco KLOP, René KONSBRUCK, Jean-Paul LEDESCH, Jean-Claude LENERS, Laurent MUNSTER, Jean-Marie THEISEN, médecins.
Monsieur le Docteur Christophe SCHOTT, médecin-dentiste.
Messieurs Alain AREND et Camille GROOS, pharmaciens.

Secrétaires administratives: Madame Cathy CORDEIRO et Madame Patricia SCHROEDER
Conseillère juridique : Madame Valérie BESCH.

II. Table des Matières

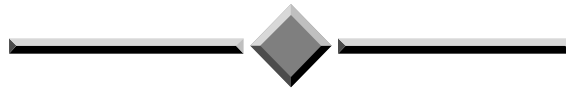
Sommaire

I. Composition du Collège médical en 2014:.....	1
II. Table des Matières	2
III. Introduction.....	6
IV. Avis et/ou discussions sur des projets de loi, des règlements grand-ducaux et des règlements ministériels.	7
1) Avant-projet de règlement grand-ducal portant réglementation des dispositifs médicaux qualifiés de " lasers à visée cosmétique et/ou esthétique	7
2) Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant : 1. le Code de la Sécurité Sociale ; 2. le Code du travail, 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale.....	8
3) avis du Conseil d'Etat sur le projet de loi portant création de la profession de psychologue et modifiant 1) le Code de la sécurité sociale, 2) la loi du 8 juin 1999 relative au CM, 3) la loi du 19 juin 2009 ayant pour objet la transposition de la directive 2005/36/CE pour ce qui est a) du régime général de reconnaissance des titres de formation et des qualification professionnelles b) de la prestation temporaire de service.....	9
4) projet de loi portant modification: 1) du Code pénal et ") de la loi du 15 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)	10
5) Avant-projet grand-ducal fixant les conditions de réalisation des tests rapides à orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des infections sexuellement transmissibles et des hépatites.....	11
6) Avant-projet de règlement portant modification du règlement grand-ducal modifié du 26 mai 2004 déterminant les conditions d'accès, les études ainsi que les conditions de réussite de la formation spécifique en médecine générale.....	12
7) Avant-projet grand-ducal fixant le contenu minimal des prescriptions transfrontalières de médicaments ou des dispositifs médicaux	12
8) Projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national.....	12
9) Avant-projet de règlement grand-ducal portant fixation des montants des redevances de traitement dues en raison de l'article 32 quater de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, et portant modification de 9 règlements	14
10) projet de loi n°6646 modifiant la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la santé et la loi modifiée du 16 août 1968 portant création d'un Centre de logopédie et de services audiométrique et orthophonique.	15
11) Avant-projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence	15
12) Avant-projet de règlement grand-ducal déterminant, en application de l'article 37 de la loi du 00 décembre 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2015, les	

<i>adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie.</i>	16
V. Avis sur les nouvelles nomenclatures des actes et services pris en charge par l'assurance maladie.	17
VI. Avis sur les restrictions des modalités de prise en charge de certaines prestations par la CNS (modifications des statuts de la CNS)	17
VII. Affaires disciplinaires, Consultations et avis juridiques	19
VIII. Discussions, propositions et avis sur des questions particulièrement importantes soulevées au fil de l'année 2014.	21
A. <i>Code de déontologie des médecins et médecins-dentistes</i>	21
B. <i>Loi relative au Collège médical</i> :.....	22
C. <i>La loi relative aux droits et obligations du patient portant création d'un service national d'Information et de médiation dans le domaine de la santé</i>	23
D. <i>L'exercice des professions de médecin et médecin dentiste: (concertation entre le Ministère de la Santé et le Collège médical en vue de fixer un cadre pour les modalités de stage en médecine dentaire)</i>	23
E. <i>Création de la « LUXEMBOURG MEDICAL SCHOOL»</i>	24
IX. Analyse de contrats d'association, de remplacement, de location et de stage de formation ainsi que contrats d'agrégation avec des établissements publics.	26
X. Examens de demandes d'autorisation d'exercer, de stage et de remplacement, de demandes de port de titres de formation ou de titres académiques et de déclarations de prestation de service.	26
A. <i>Demandes d'autorisation d'exercer:</i>	26
B. <i>Demandes de port de titres de formation</i>	27
C. <i>Demandes de port de titres académiques.</i>	27
D. <i>Demandes d'autorisation temporaire d'exercer en tant que médecin (-dentiste) en voie de formation ou remplaçant</i>	28
E. <i>Prestations de service d'un médecin ressortissant d'un Etat membre de l'Union Européenne établi dans un autre Etat membre</i> :	28
XI. Avis au sujet des candidatures pour pharmacies vacantes.	29
XII. Litiges, plaintes diverses et affaires disciplinaires.	29
A. <i>Litiges, plaintes diverses.</i>	29
Examens de textes d'annonces, d'en-tête de lettres, de plaques professionnelles.	31
1. Entrevues	31
1) <i>Participation à la séance de restitution au Ministère de la Santé PLAN CANCER (15/01/2014)</i>	31
2) <i>La session de Deloitte Luxembourg concernant la qualité au service des patients, suite (22/01/2014).</i> ..	32

3) La réunion de la Commission de surveillance de la Sécurité Sociale (12/02/2014).....	34
4) La réunion du groupe de travail du Centre de Prévention des Toxicomanies « volet prévention / seniors » (11/03/2014)	34
5) Entrevue avec le service juridique et administratif du Ministère de la Santé (MiSa) (12/03/2014).....	34
6) L’entrevue avec les délégués de l’Administration du Contrôle médical de la Sécurité sociale (CMSS) (28/03/2014) :	35
7) L’entrevue avec le Ministre de la Justice sur la problématique des enfants présentant une ambiguïté sexuelle immédiatement visible à la naissance (24/04/2014) :	36
8) L’entrevue avec Mme la Médiateure Lydie ERR (20/05/2014).....	36
9) La formation des membres du Collège médical à la « médiation », organisée par le Centre de Médiation Civile et Commerciale (CMCC) (27/05/2014)	37
10) La réunion organisée par l’AMMD en concertation avec les représentants de l’Office National d’Indemnisation des Accidents Médicaux en France sur l’indemnisation de l’accident Médical (ONIAM) (19/06/2014)	37
11) Entrevue avec le représentant de E santé, Monsieur BARGE, E-Santé concernant les « dossiers partagés » (09/07/2014)	39
12) La réunion de concertation avec l’Action Nationale Démence (26/09/2014).....	40
13) Entrevue en vue de la présentation du programme de Prévention de Démence au Collège médical (03/10/2014)	40
14) La participation des membres du Collège médical à la présentation officielle du département de médecine légale au LNS (10/10/2014).....	41
15) La présentation de l’ALP – Regroupement pharmaceutique (12/10/2014).....	41
16) La conférence sur l’intérêt des soins pharmaceutiques dans la prise en charge des personnes âgées » (20/10/2014)	42
17) L’Assemblée Générale de l’AMMD (03/12/2014).....	42
18) L’entrevue avec le Président de la Société Luxembourgeoise de Psychologie (SLP) (17/12/2014).....	42
19) Réunion avec le service juridique du Ministère de la Santé le 21 octobre 2014	42
20) L’entrevue avec Madame la Ministre Lydia MUTSCH (19/12/2014)	43
2. Relations internationales	44
A. FEDCAR à Rome (9/05/2014) et à PARIS (28 Novembre 2014) (Dr Christophe SCHOTT et Mme Valérie BESCH)	45
1) Réalités nationales sur l’accès partiel aux spécialités médicales dentaires.....	45
2) Considérations du FEDCAR sur l’utilisation du mercure en médecine dentaire :	46
3) Directive 2013/59 sur les rayons ionisants.....	47
4) La santé mobile.....	48
5) La mise en œuvre de la révision de la Directive 2005/36 :	49
6) L’évaluation des professionnels de santé en Europe :.....	49
7) Projet de révision du programme européen d’études pour les praticiens de l’art dentaire :.....	49

8) <i>Projet de Code de déontologie de la profession médicale dentaire de l'Union Européenne</i> :.....	50
B. <i>Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM), Réunions à BARI (13/06/2014) et à ROME (08/12/2014)</i>	51
1) <i>Le « Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting » (JAHWPF)''</i>	52
2) <i>La Télémédecine</i>	53
C. <i>Conférence Francophone des Ordres des Médecins (CFOM) à PARIS (15/10/2014)</i>	55
D. <i>1^{er} Congrès du Conseil national de l'Ordre des médecins, Paris le 16 octobre 2014</i>	55
3. Divers.	57
A. <i>Edition de l'Info-Point</i>	57
B. <i>Mise à jour régulière du site Internet www.collegemedical.lu.</i>	57
C. <i>Collège médical et médiation</i>	57



III. Introduction

Afin de faciliter les observations et comparaisons, le présent rapport procède d'après les mêmes schémas et rubriques des rapports d'activité annuelle précédents.

Les chiffres et les pourcentages mis entre parenthèses correspondent à l'année précédente (2013) et permettent au lecteur de se rendre compte des progressions respectivement des régressions des données par rapport à l'année précédente.

En 2014, le Collège médical s'est réuni

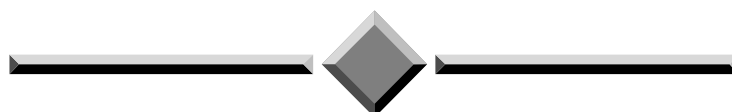
- 40 (38) fois en séance de travail et
- 3 (3) fois en assemblée générale

Ont été enregistrés

- 2531 (2602) courriers entrants
- 1448 (1440) courriers sortants.

Etaient inscrits au registre ordinal tenu à jour par le Collège médical au 31 décembre:

	2014	(2013)	(2012)
➤ Médecins :	1942	(1882)	(1671)
➤ Médecins-dentistes	509	(496)	(424)
➤ Pharmaciens	553	(546)	(480)



ACTIVITES DU COLLEGE MEDICAL

IV. Avis et/ou discussions sur des projets de loi, des règlements grand-ducaux et des règlements ministériels.

Projets de loi:	4	(3)	(09)
Projets de règlements grand-ducaux:	8	(17)	(17)
Projets de règlements ministériels:	0	(1)	(00)
Autres	0	(0)	(02)
Total:	12	(21)	(27)

Sont énumérés ci-après les projets qui ont retenu plus particulièrement l'attention du Collège médical:

1) *Avant-projet de règlement grand-ducal portant réglementation des dispositifs médicaux qualifiés de " lasers à visée cosmétique et/ou esthétique"*

Ce projet cherche à régler un vide juridique dans lequel se trouvent certaines professions artisanales utilisatrices de certains dispositifs à techniques lasers.

Il s'intègre dans la discussion sur la nature médicale de certains actes laser et cherche à assurer la compétence professionnelle requise pour la sécurité du bénéficiaire de soins en réservant certaines utilisations techniques au médecin, le cas échéant à un professionnel formé sous la surveillance de ce dernier.

Le Collège médical a approuvé l'idée d'une réglementation des dispositifs concernés dans l'intérêt de la sécurité des utilisateurs intéressés.

Le Collège médical a salué les mesures prises afin de sauvegarder les intérêts des professions artisanales actuelles déjà utilisatrices des dispositifs concernés, en proposant cependant d'introduire une obligation de formation soit certifiée, soit diplômante, soit sur base des acquis attestés dans l'utilisation des dispositifs.

2) *Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant : 1. le Code de la Sécurité Sociale ; 2. le Code du travail, 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale*

Ce projet envisage la modification des attributions du contrôle médical de la sécurité sociale.

L'avis du Collège médical portait essentiellement sur les impacts qu'aurait la loi projetée sur les conditions d'exercice des professionnels soumis à son autorité disciplinaire.

Dans ses considérations générales, le Collège médical exprime sa compréhension pour une gestion plus judicieuse des dépenses de sécurité sociale et met en garde contre la présomption d'abus systématiques de prestations par les prestataires et les bénéficiaires de soins suscitée par les auteurs du projet de loi

Devant la nécessaire économie des dépenses de santé, le Collège médical a insisté sur les missions principales du ministère en charge de la sécurité sociale pour les assurés, en leurs qualités de pourvoyeurs principaux de fonds du système de sécurité sociale.

Le Collège médical a critiqué le fait que ce projet, en entraînant l'extension des pouvoirs du CMSS, entrave certains principes fondamentaux inhérents à la relation entre l'assuré et les prestataires, notamment :

- le droit du patient
 - à voir posé son diagnostic avec circonspection, dans un délai raisonnable et en ayant recours à tous les examens complémentaires requis ;
 - à se voir proposé le meilleur traitement possible ;
 - au libre choix de son médecin ;
- la liberté thérapeutique du médecin ;
- l'indépendance de l'exercice médical ;
- l'obligation des moyens pour le médecin dans un monde de plus en plus judiciairisé

De ce fait, le Collège médical a mis en garde contre des risques d'abus de pouvoir de la part du CMSS qui pourrait, à la faveur des dispositions l'y autorisant, systématiser la remise en cause des décisions du médecin traitant.

Cette mise en garde est déduite du rôle désormais assigné au CMSS envers les assurés patients.

- Le CMSS sera désormais autorisé à conseiller le patient sur d'éventuelles insuffisances dans la prise en charge par son médecin traitant habituel et à émettre un

second avis. La légitimation de l'immixtion du CMSS interférera de cette manière dans la relation de confiance existante entre le patient et son médecin traitant au risque de la compromettre sérieusement.

- Le CMSS sera le principal conseil de la CNS dans la définition des règles de prise en charge des prestations en respectant l'« utile et nécessaire » « conforme aux acquis de la science et aux dispositions déontologiques » « pour soigner mieux et dépenser mieux ».

Le Collège médical a émis sa crainte de voir augmenter le volume des prestations soumises à autorisation préalable et les examens médicaux y relatifs avec comme conséquence des démarches administratives imposées supplémentaires entraînant des retards inutiles etc.

Le Collège médical n'a néanmoins pas mis en doute le droit du médecin du CMSS de discuter du bienfondé d'une décision thérapeutique, mais regrette qu'un problème de compétence ne se pose devant l'éventail élargi des spécialités médicales.

De plus, avec le développement rapide de la médecine de terrain, un médecin à activité essentiellement administrative, peut être éloigné des contingences de la médecine.

Le Collège médical a craint que les soucis d'économie n'imprègnent les avis émis par les médecins du CMSS au détriment des soins optimaux.

Le Collège médical a marqué sa faveur pour un outil législatif axé sur la nécessité de faire des choix, fondés sur des critères scientifiques/médicaux au juste coût, au meilleur rapport qualitatif de la prise en charge, sans qu'on ne puisse remettre en cause la couverture à laquelle a légitimement droit l'assuré, ni exposer le prestataire à la merci d'une vindicte économique.

Selon les observations qui se dégagent à la lecture, le projet s'inscrit dans la lignée de la loi sur la réforme du secteur de santé de décembre 2010, évitant de se poser une question essentielle, question éminemment politique, à savoir si notre système de sécurité sociale reste finançable dans les modalités actuelles.

Le Collège médical a finalement souligné que les raisons économiques ne devaient pas amputer les moyens des prestataires au détriment de la qualité des soins pour l'assuré en lui imputant pourtant toutes les responsabilités quant à l'obligation de moyens.

3) avis du Conseil d'Etat sur le projet de loi portant création de la profession de psychothérapeute et modifiant 1) le Code de la sécurité sociale, 2) la loi du 8 juin 1999 relative au CM, 3) la loi du 19 juin 2009 ayant pour objet la transposition de la directive 2005/36/CE pour ce qui est a) du régime général de reconnaissance des titres de formation et des qualification professionnelles b) de la prestation temporaire de service

Ce projet loi régularise le statut de la profession de psychothérapeute, reconnue depuis de nombreuses années dans certains pays européens.

La création de cette profession ne manque pas d'influencer la profession médicale qui compte en son sein des spécialistes pratiquant la psychothérapie sous le titre régulier de médecin spécialiste en psychiatrie.

Actuellement déjà la psychothérapie est mise en compte par le psychiatre sous les codes 1N60 à 1N66 selon la nomenclature des actes médicaux.

Comme suivant cette nomenclature, la psychothérapie est un acte médical, il a été relevé la nécessité d'éviter que la formulation de l'article en rapport avec la qualité de celui qui exerce la psychothérapie n'entre en conflit avec la pratique de la psychothérapie par les médecins.

Suivant ce projet, la profession de psychothérapeute devra faire partie des professions représentées au Collège médical, à l'heure où des discussions sont en cours en vue d'une modification conséquente de la loi relative au Collège médical.

Depuis toujours, la reconnaissance des diplômes et titres de formations complémentaires en sciences médicales relève de la compétence du Ministre de la Santé, le Collège médical entendu en son avis

Contrairement à ces modalités, le projet prévoit d'instituer un Conseil scientifique chargé de se prononcer en matière de reconnaissance de titres et de compétences professionnelles pour la profession de psychothérapeute.

Le Collège médical s'est opposé à cette mesure de nature à créer un statut exceptionnel par rapport aux autres professions soumises à d'autres modalités de reconnaissance.

D'autres raisons de ce refus résultent de la tendance du texte à n'accréditer que les techniques psychothérapeutiques enseignées depuis le semestre d'hiver 2013/2014 à l'Université du Luxembourg. Cette tendance aurait pour conséquence d'écarter d'autres techniques comme p. ex. la psychanalyse alors que la nomenclature des actes médicaux en psychothérapie prévoit expressément cette technique sous le code 1N 65 : *psychothérapie d'inspiration psychanalytique ou psychanalyse*.

Pour finir a été noté que, suite à l'introduction de ce Conseil scientifique, la reconnaissance de tous les titres ou diplômes de psychothérapeute, dûment acquis par des médecins à l'étranger et validés dans des pays membre de l'Union Européenne, pouvait être compromise.

4) projet de loi portant modification: 1) du Code pénal et ") de la loi du 15 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Ce projet entend simplifier les conditions de l'interruption volontaire de grossesse.

Le Collège médical a émis un certain nombre de considérations dans son avis :

En raison de son fondement biologique ou du caractère pérenne de l'humanité, l'interruption volontaire d'une grossesse n'est pas à considérer comme un *acte décisionnel* banal.

En raison des progrès fulminants de la médecine, *l'acte médical* pour interrompre une grossesse peut entretemps être un acte assez facile à réaliser, sûr, sans trop de risque pour la santé physique de la femme enceinte.

La facilité médicale ne doit pas inciter à présenter l'IVG comme un moyen de contraception, mais doit rester l'une des nombreuses exceptions au principe du respect de la vie, inscrit au Code civil.

Une information générale et une pédagogie au public en faveur des moyens de contraception seraient importantes et aideraient à limiter des cas d'IVG.

La décision de dépénalisation de l'avortement s'inscrit dans une lignée conséquente, telle qu'esquissée au préambule de l'édition de 2013 du Code de déontologie médicale, soulignant l'aspiration de la société à affirmer le droit à l'autodétermination.

Le Collège médical s'est étonné de la suppression du point 3. de l'article 353 actuel du Code pénal qui prévoit la confirmation par écrit à faire par la femme enceinte, alors qu'en pratique médico-chirurgicale il y a de plus en plus une obligation de faire consigner par écrit l'accord de la personne à toute prestation.

Globalement, le Collège médical s'est montré satisfait du texte proposé.

5) Avant-projet grand-ducal fixant les conditions de réalisation des tests rapides à orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des infections sexuellement transmissibles et des hépatites

Le projet cherche à apporter de l'accélération aux mesures de dépistage des infections VIH.

A première vue les tests en question devraient pouvoir se réaliser sur demande des personnes intéressées par des professionnels de santé.

Comme la population à haut risque a tendance à se soustraire à des contrôles de santé et évite le contact avec ces professionnels, le Collège médical a approuvé la simplification des mesures de dépistage.

L'initiative du législateur à élargir l'autorisation de pratiquer ces tests à des personnes en contact avec la population à risque, bien sûr sous condition d'avoir bénéficié d'une formation ad hoc comme le prévoit le règlement grand-ducal, a satisfait le Collège médical.

6) Avant-projet de règlement portant modification du règlement grand-ducal modifié du 26 mai 2004 déterminant les conditions d'accès, les études ainsi que les conditions de réussite de la formation spécifique en médecine générale

Cet avant-projet de règlement se destine à réparer une simple erreur matérielle survenue lors de l'élaboration du règlement grand-ducal modifié du 2 mai 2004 en transposition de la directive 2005/36 CE.

D'après l'avis émis, le Collège médical a mentionné que les conditions d'accès à la formation en médecine générale sont voulues au plan national et communautaire suffisamment strictes pour assurer une bonne compétence professionnelle.

Le Collège médical a donc avisé favorablement ce projet approuvant la nécessité d'une correcte énumération réglementaire découlant naturellement de cette exigence.

7) Avant-projet grand-ducal fixant le contenu minimal des prescriptions transfrontalières de médicaments ou des dispositifs médicaux

Cet avant-projet de règlement part de l'intention de réglementer et de faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre, notamment les prescriptions établies au Luxembourg à destination d'un Etat membre de l'UE, de la Suisse, ou dans un pays de l'espace économique européen.

Dans son avis, le Collège médical a souligné le fait que le texte ne prévoit aucune disposition relative à la prescription d'un dispositif médical, une catégorie de prescription susceptible de poser problème à l'étranger. En conséquence, a été proposé d'exiger que la prescription d'un dispositif médical reprenne au moins le nom de la marque avec sa référence et le nom de la firme productrice pour éviter toute confusion.

Le Collège médical a relevé l'absence d'obligation quant à la durée de prise de la prescription dans l'énumération des différents éléments figurant à l'annexe de l'avant-projet.

8) Projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national

Il s'agit du 3^{ème} plan hospitalier présenté par le Ministère de la Santé en 12 ans.

Dans son avis, le Collège médical note de ce fait le caractère éphémère de certaines dispositions prises comme étant le reflet d'une absence de vision à moyen terme en matière de programmation hospitalière.

Dans son avis, le Collège médical estime que le plan ne favorise pas un développement serein des institutions hospitalières amenées à revoir leurs programmes tous les 3-4 ans en moyenne

(définition de leurs services, recrutement de médecins, création de services de compétences etc., etc....).

A ce jour, les hôpitaux ont poursuivi leur activité sans tenir compte des plans hospitaliers, dont l'application s'avérait difficile en raison d'une inadaptation aux réalités hospitalières.

Le Collège médical note dans son avis que les mises en place des premiers "centres de compétences", ou encore les acquisitions de matériel lourd ou robotique se sont faites sans autorisation du Ministère de la Santé, les hôpitaux ayant déjà montré leur volonté à faire progresser ou à rehausser le niveau de l'offre des soins.

Si un plan hospitalier trouve sa raison d'être dans la nécessaire budgétisation des dépenses pour la santé, le Collège médical s'est demandé s'il n'est pas ici question d'un essai de sur-réglementation susceptible d'entraver le dynamisme individuel, voire le progrès de la médecine.

Ces progrès se caractérisent par le développement des savoirs et ou des technologies qui ne sauront jamais être anticipés par un plan hospitalier.

Le Collège médical n'a pu s'empêcher de s'interroger sur la logique des auteurs de ce projet de règlement grand-ducal établissant un plan hospitalier. Qu'est-ce qui prime dans le projet ? Le volet économique ? L'optimisation de la qualité ? À défaut de l'un ou l'autre, les deux ?

Entre autre, le plan projette la réduction du nombre des lits des centres hospitaliers et le changement d'affectation des lits de la Clinique Ste Marie/Esch.

Est encore projetée la création de centres de compétence sans véritable motivation au vu du choix des pathologies et du nombre de centres prévus (8 dont 2 en double, cancer du sein et diabète)

La question du lieu d'implantation de ces centres ne manquera pas de susciter des différends au sein de la Fédération des Hôpitaux.

Le Collège médical a en outre critiqué la répartition des services médicaux hospitaliers et de leurs antennes, dont certains centres hospitaliers ne disposeront plus.

Sur base des réserves émises, le Collège médical a proposé les alternatives suivantes :

- Mettre à la disposition de chaque centre hospitalier(4) tous les services de base de la médecine et de la chirurgie avec une éventuelle « antenne » sur son deuxième site ;
- Laisser à chaque centre hospitalier le choix du lieu d'implantation du service ou de son « antenne » ;
- Doter chaque centre hospitalier des moyens techniques de base et des ressources humaines pour pouvoir assumer pleinement le service de garde en étant capable de gérer les pathologies les plus diverses ;
- Ne pas faire de la planification de l'équipement coûteux une entrave au progrès et à l'initiative individuelle ;

- Accorder le statut de centre de compétence ou peut-être mieux dénommé "centre de référence" (p.ex. un service d'ophtalmologie spécialisé dans la chirurgie rétinienne), lorsqu'un centre hospitalier arrive à se spécialiser ou à atteindre la compétence par le nombre de cas requis avec des résultats diagnostics et thérapeutiques remplissant les normes internationales ;
- Laisser la création de centres de compétence-référence aux institutions hospitalières tout en leur imposant une concertation raisonnable pour le choix du site abritant le centre de compétence.

9) Avant-projet de règlement grand-ducal portant fixation des montants des redevances de traitement dues en raison de l'article 32 quater de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, et portant modification de 9 règlements

Depuis toujours, les documents d'autorisation d'exercer ou de reconnaissance de titres et diplômes sont délivrés gracieusement par le Ministère de la Santé, respectivement de l'Enseignement Supérieur.

Cet avant-projet de règlement vise à changer cette situation par l'introduction d'une série de redevances en contrepartie du traitement de dossier pour divers types de documents délivrés: autorisation d'exercer, autorisation de port de titre, etc.

L'avis du Collège médical a été favorable d'autant plus que dans le cadre des travaux en cours, il envisageait de telles dispositions concernant la délivrance des documents ordinaires.

Sur le fond, le principe du paiement d'une redevance à charge des candidats à l'autorisation est positivement accueilli en ce qu'il institue une discipline par l'exigence d'une contrepartie financière.

Par l'effet dissuasif de la redevance les services administratifs seront mieux protégés contre les demandes intempestives parfois non nécessaires soit que les concernés ne sont pas prêts à commencer leur activité (autorisation laissée devenir caduque), soit qu'ils en font la demande sachant qu'un refus va leur être opposé

Le cas particulier des médecins en voie de formation a toutefois retenu une attention particulière, en particulier en raison de l'impécuniosité de cette catégorie de professionnels que le Collège médical a depuis un certain temps dispensé du paiement de la cotisation ordinaire.

Le Collège médical a pu constater avec satisfaction qu'une telle redevance n'est pas réclamée aux demandeurs d'une autorisation temporaire d'exercer dans le cadre de la formation spécifique en médecine générale ou de la formation de médecin spécialiste (relevant de l'art. 2 (2) et 9.(2) de la loi sur l'exercice)

10) projet de loi n°6646 modifiant la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la santé et la loi modifiée du 16 août 1968 portant création d'un Centre de logopédie et de services audiométrique et orthophonique.

Ce projet est d'une importance majeure pour le Collège médical qui travaille en étroite collaboration avec la Direction de Santé (Division de la pharmacie et inspecteurs de la santé). Il renforce le rôle de la Direction de la Santé dans l'accomplissement de ses missions.

Dans son avis, le Collège médical a émis diverses considérations en insistant cependant sur les pouvoirs d'investigation des médecins inspecteurs de la Direction de la Santé.

Au préalable a été relevé que les pharmaciens de la division de la pharmacie ainsi que les inspecteurs de la sécurité alimentaire, disposent de pouvoirs d'investigations élargis dans leur domaine de compétence respective où ils peuvent notamment recourir à l'aide de la force publique en cas de contrariété dans l'exercice de leurs missions.

Le Collège médical a plaidé pour une égalité de prérogatives entre les différents services, d'autant plus que les médecins de la division de la santé semblent disposer de compétences moins larges dans l'exercice de leur mission.

En tout cas c'est la cause des réserves opposées par le Ministre de la Santé lors des demandes d'enquêtes administratives en vue de contrôler la régularité ou de constater certaines infractions dénoncées à l'encontre de professionnels.

Un cas de figure, illustré par un courrier réponse du Ministre de la Santé, motive cette limite d'attribution comme suit : « je tiens à signaler que les faits reprochés à l'association sous rubrique dépassent de loin les compétences attribuées aux médecins ayant la qualité d'officier de police judiciaire (OPJ) moyennant la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la santé».

Compte tenu des limites dans la loi existante, le Collège médical a proposé de clarifier le rôle d'OPJ des médecins de la division de la santé, en leur donnant une disposition à l'identique de celle des pharmaciens inspecteurs.

11) Avant-projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence

Le règlement grand-ducal existant en la matière pose l'obligation à charge des établissements hospitaliers de disposer d'un service de pédiatrie pour pouvoir participer au service d'urgence.

Cependant, dans le contexte de la résiliation des contrats d'agrément par les médecins spécialistes en pédiatrie rattachés au CHEM et au CHdN, les auteurs du projet prévoient de supprimer dans l'urgence l'obligation en question.

Le Collège médical a regretté que la suppression de la disposition en cause soit essentiellement pensée pour éviter une éventuelle non-conformité juridique en négligeant l'impact humain et surtout l'importance d'un service de garde pédiatrique pour la population.

Dans son avis, le Collège médical réaffirme l'obligation du médecin de s'engager pour la santé publique, ce qui n'est pas possible dans une relation de force entre prestataires, fournisseurs et/ou bénéficiaires dans ce domaine.

Il met en garde contre d'éventuelles suites de cette action prise comme exemple par d'autres spécialités marginales (p.ex. ophtalmologie, ORL,...) créant par des revendications fortes des dysfonctionnements importants dans l'offre de médecine d'urgence de nos hôpitaux respectifs.

Sur de telles bases le Collège médical n'a pas cédé aux motivations supra juridiques et n'a donc pas avisé favorablement ledit avant-projet de modification du règlement grand-ducal du 29 août 1979.

Le Collège médical a terminé son avis avec une proposition aux parties d'assurer un maintien du service d'urgence pédiatrique, du moins le temps de trouver la solution la mieux adaptée à la situation.

12) Avant-projet de règlement grand-ducal déterminant, en application de l'article 37 de la loi du 00 décembre 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2015, les adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie.

Le Collège médical s'est abstenu de donner son avis puisque les dispositions prévues devaient entrer en vigueur le 01 janvier 2015 alors que l'avant projet n'a été soumis que le 17 décembre 2014.



V. Avis sur les nouvelles nomenclatures des actes et services pris en charge par l'assurance maladie.

En 2014, 2 avis (0) ont été demandés:

- Demande d'avis du Ministre de la Sécurité Sociale sur la recommandation circonstanciée de la commission de nomenclature ayant pour seul objet la mise en conformité de la nomenclature des orthopédistes-cordonniers-bandagistes avec les textes réglementaires afférents -avis favorable-
- Proposition par un médecin d'introduction d'une nomenclature dans la spécialité de l'anatomie pathologique. -avis favorable-



VI. Avis sur les restrictions des modalités de prise en charge de certaines prestations par la CNS (modifications des statuts de la CNS)

Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant : 1. Le Code de la Sécurité Sociale ; 2. Le Code du travail, 3. La loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale.

Ce projet de loi a entraîné une réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale suivie par ailleurs de changements au niveau des statuts de la CNS quant aux modalités de prises en charge de certaines prestations.

D'après la nouvelle réforme les médecins contrôleurs se voient attribués des pouvoirs plus étendus, dont le risque est l'atteinte à la liberté thérapeutique et la défiance de l'assuré vis à vis de son médecin.

Les changements des statuts de la CNS ont interpellé surtout à cause d'un nouveau principe introduit pour les autorisations de prise en charge.

D'après ces modifications une catégorie d'actes initialement réalisés sur base d'une autorisation préalable de la CNS est désormais soumise à une autorisation postérieure, ce qui fait que l'assuré est traité sans savoir si la prise en charge lui sera accordée.

L'application pratique du changement des statuts de la CNS a entraîné un malaise dans le corps médical et médico-dentaire, notamment parce que certaines prises en charge ont été

refusées sans motif médical apparent, alors même que l'indication du médecin traitant était justifiée.

Dans son avis et ses prises de positions à l'égard des entités concernées, le Collège médical a insisté sur le respect du Code de déontologie applicable à toute la profession, à savoir également aux médecins contrôleurs.

Le Collège médical s'est opposé à l'institution d'une médecine à deux vitesses, notamment parce que l'économie de soins recherchée existe déjà en grande partie et de longue date dans les codes afférents, alors que leur mise en application par le biais de dispositions nouvelles s'est faite en l'absence d'information préalable des assurés et prestataires.

Ce manque d'information a eu comme conséquence de nombreuses plaintes émanant de la profession marquant sa surprise pour les restrictions de prises en charge pour des soins habituellement couverts.

En ce qui concerne la nomenclature des actes, les discussions de longue date avec les institutions de référence se sont poursuivies sans qu'une décision ne soit prise.

Le Collège médical a constaté une tendance générale auprès des professionnels qui sont de plus en plus enclins à prester en dehors de la nomenclature en orientant leur activité vers des prestations non couvertes : médecine esthétique, actes lasers etc.

Par ailleurs la nomenclature reste à l'heure inadaptée devant l'évolution de la médecine et la panoplie d'actes qui sont prestés et facturés sans correspondre à l'intitulé exact dans la nomenclature.

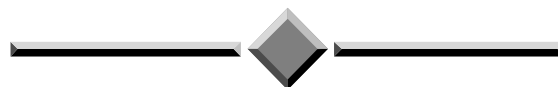
Malgré l'évolution lente des pourparlers en vue d'un réaménagement de la nomenclature, le Collège médical qui en avait discuté avec les autorités compétentes a constaté que la question s'est invitée à l'actualité publique.

Ainsi, la Patienteverriedung a dénoncé en fin d'année certaines irrégularités dans l'application ou plutôt dans la non application de la nomenclature par les prestataires.

Une question parlementaire a été posée au Ministre de la Santé qui a pris position publiquement en faisant part de la volonté des autorités de combattre les manquements, mais dont certains résultent de l'inadéquation actuelle de la nomenclature.

Les pourparlers autour d'un réaménagement de la nomenclature n'ont cependant pas connus de dénouement, mais l'espoir d'une solution à venir ne fait pas de doute devant le caractère public de la discussion.

Cette absence de dénouement est ressentie comme un malaise éprouvé par les partenaires concernés, sinon comme une difficulté réelle à trouver une nomenclature pouvant satisfaire tant le corps médical que les assurés.



VII. Affaires disciplinaires, Consultations et avis juridiques

Tout comme les années précédentes un certain nombre d'affaires ont été instruites par le Collège médical.

La tendance des années antérieures se confirme dans ce sens que l'essentiel des affaires concerne les disciplines médicales et médico-dentaires.

Néanmoins 3 des affaires instruites concernent les pharmaciens.

Pour l'année 2014, le Collège médical totalise 18 instructions d'affaires disciplinaires.

Parmi les affaires les plus marquantes, il y en a 5 dans le domaine de la profession médico-dentaire. Commencées l'année précédente, elles ont été fixées devant le Conseil de discipline et sont encore en cours de plaidoiries.

Une affaire concernant la médecine est en cours d'expertise devant le Conseil supérieur de discipline, tandis que des demandes de contrôle d'activité et d'enquêtes pénales sont en cours dans plusieurs autres affaires.

L'essentiel concerne la mauvaise application de la nomenclature et la facturation de positions non prestées.

Une affaire déposée depuis 2013 n'a pas encore été appelée suite à un sursis à statuer de l'instance pénale prononcée par le Conseil de discipline.

Des avis juridiques ont été donnés dans divers domaines, notamment concernant l'exercice médical en société.

La législation actuelle ne l'envisage pas mais la profession est en demande de ce mode d'exercice et entend profiter des dispositions de la loi sur les sociétés.

Le Collège médical continue ses consultations en vue d'un cadre légal à ce mode d'exercice.

En outre, des avis concernant l'exercice médical après une longue période d'incapacité de travail ont été donnés.

En matière de relations professionnelles, le Collège médical a dû se prononcer sur plusieurs cas de dissolution d'association mettant en jeu le respect du devoir de bonne confraternité.

En matière hospitalière, le Collège médical a noté un recul des plaintes quant au fonctionnement du service de garde des établissements hospitaliers.

Cependant, dans le cadre d'un avis émis sur le service de garde hospitalier pour les urgences pédiatriques, le Collège médical s'est montré déçu de constater le refus de la collaboration de certains professionnels allant jusqu'à inciter la modification de la loi sur les établissements hospitaliers participants au service d'urgences.

Quant à la profession de pharmacien d'officine, le Collège médical s'est vu confronté à une nouvelle catégorie de problématique : La vente en ligne des médicaments dans le contexte de la législation actuelle, désuète par rapport aux dispositions des directives européennes.

Le Collège médical a offert des consultations et émis divers avis notamment concernant la Directive 2011/62/UE du Parlement Européen et du Conseil du 8 juin 2011.

Cette directive autorise la vente en ligne des médicaments pour les pharmacies intéressées par cette voie de distribution, sous réserve de disposer d'un logo de l'autorité compétente dans l'Etat membre où se trouve établi le pharmacien.

Cette Directive avait un délai de transposition jusque janvier 2013, alors que la législation luxembourgeoise actuelle n'autorise la vente des médicaments qu'en pharmacie.

Devant le délai de transposition dépassé, et sur demande de certains membres de la profession, le Ministre de la Santé a autorisé la vente en ligne de médicaments par les pharmacies d'officine, malgré l'absence de transposition de la Directive dans l'ordre juridique luxembourgeois.

Sur base d'un logo ministériel ayant valeur de label pour la vente en ligne, les pharmacies, désormais autorisées à vendre par internet, ont montré quelques défaillances dans l'application du Code de déontologie.

Le Collège médical a souligné les devoirs d'ordre déontologique applicables à l'officine physique valant également pour la pharmacie en ligne.

Le Collège médical a notamment émis des avis mettant en garde contre les dérives du commerce électronique, rappelant que les ventes sont limitées aux médicaments non soumis à prescription.

Les cas de manquements constatés par rapport à ces dérives se sont réglés par une simple injonction du Collège médical.

Toujours concernant la profession de pharmacien, l'année 2014 a été marquée par l'introduction de l'obligation pour le pharmacien de proposer aux patients la substitution de spécialités originales par des médicaments génériques meilleurs marché.

Le Collège médical a exprimé ses réserves notamment quant aux conséquences dans la question de la responsabilité professionnelle du prescripteur et du dispensateur de médicaments par substitution.

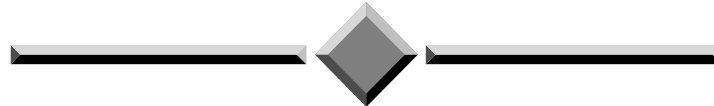
Contrairement aux autres pays, la substitution se limite actuellement à 2 groupes de médicaments :

1. les hypocholestérolémiants de la classe des statines (médicaments pour la baisse du taux de cholestérol dans le sang) ;
2. les substances contre l'ulcère peptique et le reflux de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Dans ce domaine, le Collège médical a réaffirmé le principe de la liberté de prescription du médecin.

En ce qui concerne le rôle du pharmacien, ce dernier doit proposer la substitution du médicament original prescrit par la forme générique, la moins chère. Au cas où le patient se décide pour l'original la différence de prix est à sa charge.

Le Collège médical continue sa mission de sensibilisation au niveau de la profession, du public et des autorités.



VIII. Discussions, propositions et avis sur des questions particulièrement importantes soulevées au fil de l'année 2014.

A. Code de déontologie des médecins et médecins-dentistes

Suite à l'entrée en vigueur en 2013 de la nouvelle version du Code de déontologie, le Collège médical a pu appliquer moins de restrictions en matière d'information au public tout en essayant de s'opposer à tout procédé de publicité proprement dite.

Cependant l'interdiction déontologique d'exercer la médecine comme un commerce s'avère de plus en plus difficile à respecter par certaines catégories de professionnels.

Par conséquent les sites internet et plaques professionnelles aux aspects commerciaux voire tapageurs ont été avisés.

Toujours est-il que le phénomène est difficile à maîtriser, d'autant plus que le prétexte trouvé par ces professionnels est celui d'une activité axée hors nomenclature.

Le Collège médical a dans le même ordre d'idées traité du choix de dénomination des cabinets et sites internet par les médecins.

A été instruit à deux reprises le choix de la dénomination d'un cabinet par le terme de « clinique », tentant de par-là d'induire le patient dans l'idée d'une structure surdimensionnée.

La difficulté rencontrée par le Collège médical vient du fait que la dénomination « clinique » n'est ni protégée, ni soumise à des critères restrictifs légaux comme c'est le cas dans le domaine de la médecine vétérinaire.

En effet, le médecin vétérinaire ne peut adopter la dénomination « clinique » qu'après l'avis du Ministre de la Santé et de l'autorité ordinaire concernée.

Par ailleurs les médecins souhaitant adopter ladite dénomination tentent de se disculper par le fait de prester essentiellement hors convention.

Or quelles que soient les prestations fournies, c'est la qualité de médecin prestataire qui entraîne l'application des restrictions du Code de déontologie.

Le Collège médical a saisi le Ministre de la Santé de ce sujet et réfléchi à la possibilité d'émettre une circulaire restrictive quant à l'usage du terme « clinique ».

B. Loi relative au Collège médical :

Le texte de loi modifiant la loi relative au Collège médical avait déjà fait l'objet d'une première lecture par le Ministre de la Santé sortant.

Le Collège médical a étudié les questions préliminaires soulevées après une première lecture.

Au terme d'un groupe de travail le Collège médical a proposé de nouvelles modifications au Ministre de la Santé

Les propositions les plus importantes du Collège médical concernent :

- Le changement de composition du collège désormais constitué exclusivement de membres effectifs ;
- La soumission à une déclaration sur l'honneur au moment de leur candidature à un mandat ;
- Le changement de dénomination du Collège médical en Ordre à l'image d'autres ordres professionnels étrangers ;
- La subdivision du Collège médical en sections, tenant compte du ralliement prochain des psychothérapeutes suite à un projet de loi en instance sur la réglementation de cette profession.
- L'allongement du délai de prescription de l'action disciplinaire : la prescription actuelle de 5 ans ne permettant pas au Collège médical de travailler dans de bonnes conditions (enquête pénale ou enquête administrative qui font traîner le dossier ; séquelles médicales découvertes longtemps après etc.) ;
- La possibilité de dissolution du Collège en cas de dysfonctionnement, de crise de gestion ou pour tous autres motifs, la conséquence étant l'organisation de nouvelles élections;
- Les modalités d'exécution d'une peine disciplinaire en cas de condamnation à l'encontre du pharmacien d'officine, dans la mesure où la situation actuelle est injuste par rapport aux autres professionnels, eux tenus d'exécuter les sanctions, alors que la

sanction semble difficilement exécutable contre le pharmacien détenteur d'officine à cause du caractère public de la concession;

- La réhabilitation des peines disciplinaires emportant effacement dans le certificat d'honorabilité après un certain délai ;
- Le remplacement de la peine d'interdiction à vie par la peine de radiation, soumise à relèvement après un certain délai

C. La loi relative aux droits et obligations du patient portant création d'un service national d'Information et de médiation dans le domaine de la santé

L'année 2014 marque l'aboutissement du projet de loi 6469 relatif aux droits et obligations du patient portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé.

Actuellement, les discussions sont en cours pour la création du service de médiation dans le domaine de la santé prévu par le texte de loi en question.

Entretemps, la finalisation de ce projet ouvre le débat sur un dispositif d'indemnisation de l'accident médical, respectivement de l'aléa thérapeutique dont les conséquences seraient une indemnisation du dommage sans imputabilité de faute au médecin.

Dans ce contexte, et comme cela ressort des entrevues et/ou réunions auxquelles il a participé, le Collège médical a assisté à une session de travail, organisée par l'AMMD, consacrée à l'indemnisation de l'accident médical en France.

Il a communiqué et échangé ses préoccupations avec ses partenaires habituels, en particulier Madame la Ministre de la Santé.

D. L'exercice des professions de médecin et médecin dentiste: (concertation entre le Ministère de la Santé et le Collège médical en vue de fixer un cadre pour les modalités de stage en médecine dentaire)

Comme suite à la demande de la Faculté d'Odontologie de l'Université de Nancy le stage actif en médecine dentaire autorisé par le Ministère de la Santé l'année dernière révèle un bilan positif.

Dans le cadre des demandes régulièrement traitées, le Collège médical a constaté l'efficacité du dispositif et se félicite des avancées réalisées.

E. Création de la « LUXEMBOURG MEDICAL SCHOOL »

En 2014, le Collège médical a contribué aux travaux du comité de pilotage en vue de la création de la LUXEMBOURG MEDICAL SCHOOL (LMS).

Plusieurs sessions de travail ont eu lieu en concertation avec les représentants de l'Université du Luxembourg et d'autres représentants des domaines de la santé et de l'enseignement supérieur.

L'école de médecine est devenue une nécessité pour les étudiants résidents luxembourgeois qui actuellement ne peuvent accomplir qu'une seule année d'études de médecine au Luxembourg, avant de devoir se soumettre à l'épreuve du *numerus clausus* appliqué par les universités étrangères.

De longue date, tant les étudiants, tant le milieu médical désiraient bénéficier d'une offre de formation sur place. L'Université du Luxembourg s'est ainsi lancée dans un projet pour la création d'une *école de médecine* présentant de nombreux avantages vis-à-vis d'une éventuelle *faculté de médecine*.

A côté du Collège médical d'autres acteurs importants du système luxembourgeois de santé et partenaires potentiels ont manifesté leur soutien à l'idée de ce projet :

- L'ALEM (Association des étudiants en médecine)
- L'AMMD (Association des Médecins et Médecins Dentistes)
- La Patientevertriebung,
- Le LTPS (Lycée technique des professions de santé)
- Les principaux centres hospitaliers du pays : CHL, CHDN, HRS, CHEM, etc.
- Le LNS (Laboratoire national de santé)
- Le Centre de recherche public Henri Tudor.

Parmi ces interlocuteurs le Collège médical, dans le cadre de ses attributions, traite toutes les questions touchant aussi bien la formation que les compétences médicales, et, dans un courrier du 15 octobre 2014, il a bien fait comprendre l'impact du projet en y marquant tout son soutien, en connaissance de cause.

Sous l'impulsion de ces organismes, le Ministère de l'Enseignement supérieur a initié des études de faisabilité auprès de l'Université, des hôpitaux et un organisme suisse pour la qualité.

En plus des études quant aux coûts et bénéfices sont conduites par la société d'audit Deloitte.

La première étude de faisabilité soumise en octobre 2014 par l'OAQ (Swiss Center of Accreditation and Quality Assurance) retient comme facteurs favorables au développement du projet:

- Sur le plan de l'infrastructure : la Luxembourg Medical School dispose de moyens suffisants (laboratoires, bibliothèques, etc.)
- Sur le plan des locaux : le campus de l'Université de Belval offre une belle structure dans la Maison du Savoir qui contient les salles de séminaires et de cours avec de bonnes capacités d'accueil

- Sur le plan de la formation clinique, les ressources disponibles sont présentes au niveau des Hôpitaux Robert Schuman, du CHL et du CHEM qui reçoivent actuellement déjà des étudiants en médecine dans le cadre des accords avec des universités étrangères. Au total 4 établissements sont susceptibles de proposer une formation clinique aux étudiants en médecine
- En termes de personnel: un listing de 200 médecins portés volontaires pour enseigner à la LMS donne une image de la situation.

D'autres conclusions menées par les études de faisabilité seront disponibles en mars 2015.

Lors des travaux du comité de pilotage, a été mis en avant que le projet permet d'amorcer le processus des hôpitaux universitaires portant la médecine à un niveau d'excellence dans l'intérêt du patient.

Les interlocuteurs se sont accordés sur le principe d'une formation médicale de haut niveau, axée également sur le domaine de la recherche.

Les conclusions ont été tirées de modèles similaires d'écoles de médecine dans de petits cantons ou petits pays montrant qu'une structure d'enseignement a un impact sérieux sur l'économie. Les consommateurs de soins peuvent être mis en confiance face à une offre locale et se sentir davantage à l'aise dans leur propre système de santé.

A noter justement à ce sujet que sous réserve du chiffre exact, 13% de malades vont se faire soigner à l'étranger et créent par leur mobilité une perte pour l'économie nationale, perte pourtant à charge de la Caisse nationale de santé.

Les travaux ont insisté sur les principes d'évaluation et d'accréditation de la formation en médecine. Les critères de curriculum de formations ont été discutés et abordés en comparaison avec le système suisse.

Le coût de la formation en médecine a aussi été débattu.

Si l'État donne son accord à la création de l'école de médecine, celle-ci sera opérationnelle en 2017. L'offre de formation comprendra alors les cinq ou six années exigées pour la formation de base (5000 heures de formation)

La capacité d'accueil serait fixée à 25 étudiants la première année pour arriver, en 2026, à près de 360. Le quota pour les candidats résidants est fixé à 70% pour les premières années, ce quota ne pourra être tenu à long terme, l'Europe obligeant les universités à s'ouvrir librement à tous les citoyens de l'Europe.



IX. Analyse de contrats d'association, de remplacement, de location et de stage de formation ainsi que contrats d'agrément avec des établissements publics.

Ont été soumis pour avis au Collège médical

25 (30) contrats d'association entre médecins, respectivement médecins-dentistes,

0 (1) contrat d'agrément entre un établissement public et des médecins,

4 (12) contrats de remplacement,

0 (2) contrat de location et 0 (0) contrat de stage de formation



X. Examens de demandes d'autorisation d'exercer, de stage et de remplacement, de demandes de port de titres de formation ou de titres académiques et de déclarations de prestation de service

A. Demandes d'autorisation d'exercer:

1. médecins généralistes:	2010	2011	2012	2013	2014
Avis favorables candidats lux.	15	15	34	17	7
Avis favorables candidats étrangers	18	20	41	39	46
Avis défavorables candidats lux.	00	00	00	00	00
Avis défavorables candidats étrangers	03	4	1	1	2
Total des avis émis:	36	39	76	57	55

2. médecins spécialistes:	2010	2011	2012	2013	2014
Avis favorables candidats lux.	16	20	24	18	23
Avis favorables candidats étrangers	67	63	161	77	134
Avis défavorables candidats lux.	00	00	00	00	00
Avis défavorables candidats étrangers	09	4	4	2	2
Total des avis émis:	92	87	189	97	159

3. médecins dentistes:	2010	2011	2012	2013	2014
Avis favorables candidats lux.	03	03	4	4	7
Avis favorables candidats étrangers	37	27	41	60	47
Avis défavorables candidats lux.	00	00	00	00	00
Avis défavorables candidats étrangers	00	00	00	3	2
Total des avis émis:	40	30	45	67	56

4. pharmaciens	2010	2011	2012	2013	2014
Avis favorables candidats lux.	08	09	6	10	6
Avis favorables candidats étrangers	12	30	24	29	39
Avis défavorables candidats lux.	00	00	00	00	00
Avis défavorables candidats étrangers	00	00	00	00	00
Total des avis émis:	20	39	30	39	45

Total des avis toutes professions	2010	2011	2012	2013	2014
	188	195	340	260	315

B. Demandes de port de titres de formation

17 (12) demandes pour porter un titre de formation ont été avisées favorablement.

4 (10) demandes pour porter un titre de formation supplémentaire ont été avisées défavorablement, pour cause de non-conformité avec la législation en vigueur.

C. Demandes de port de titres académiques

4 (04) demandes pour porter un titre académique ont été autorisées par le Collège médical et aucune (00) demande n'a été refusée par le Collège médical.

Remarque : Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 14 juillet 2010 relative à l'exercice des professions médicales, l'autorisation du port d'un titre académique est de la compétence du Collège médical. Pourtant cette compétence est passée au Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche suite à un accord entre le MiSa et le MiESR courant année 2013 en ce qui concerne le titre de "Dr".

D. Demandes d'autorisation temporaire d'exercer en tant que médecin (-dentiste) en voie de formation ou remplaçant

Demandes d'autorisation de stage (MEVS = médecins en voie de spécialisation) et de remplacement :	2010	2011	2012	2013	2014
Autor. MEVS candidats lux.	78	70	37	39	42
Autor. MEVS candidats étrangers	169	160	80	86	88
Refus MEVS candidats lux.	00	00	00	00	00
Refus MEVS candidats étrangers	00	00	00	00	00
Autor. de remplacements cand. lux.	09	5	11	19	21
Autor. de remplacements cand. étrangers	18	10	13	24	11
Refus de remplacements cand. lux.	00	00	00	00	00
Refus de remplacements cand. étrangers	00	00	00	00	00
Total des avis émis:	274	245	141	168	162

E. Prestations de service d'un médecin ressortissant d'un Etat membre de l'Union Européenne établi dans un autre Etat membre :

Depuis le 14 janvier 2013 une nouvelle législation est en vigueur et la valorisation des demandes n'est plus de la compétence du Collège médical, mais du seul Ministère de la Santé, le Collège médical ne recevant qu'une notification

Une définition précise en matière de durée/fréquence de la prestation de service fait toujours défaut, le texte officiel du Règlement grand-ducal du 14 janvier 2013 fixant les conditions et les modalités de la prestation de services du médecin, du médecin-dentiste et du médecin-vétérinaire retenant à l'article 1 :

« ...médecin généraliste, de médecin spécialiste, de médecin-dentiste ou de médecin dentiste spécialiste dans un Etat membre autre que le Luxembourg, qui se déplace de façon temporaire et occasionnelle vers le Luxembourg pour y prêter des actes professionnels conformément aux articles 4 et 11 de la loi modifiée du 29 avril 1983 précitée, doit adresser avant la première prestation de services au ministre ayant la Santé dans ses attributions, ci-après «le ministre», une déclaration y relative. »

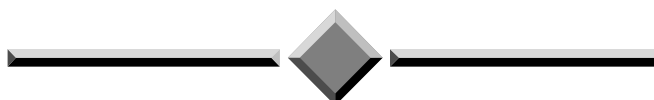
A remarquer encore que suite à une harmonisation européenne la déclaration de prestation de service garde une validité de 12 mois comme le précise l'article 2

«La déclaration de prestation de services est valable pour un an et doit être renouvelée pour chaque année que le prestataire envisage d'exercer de manière temporaire et occasionnelle au Luxembourg ainsi qu'en cas de changement matériel concernant la situation du prestataire de services..... »



XI. Avis au sujet des candidatures pour pharmacies vacantes.

Au cours de l'année 2014, 9 (3) avis ont été élaborés pour les concessions de pharmacies dont une création de concession à Wintrange et 8 concessions devenues vacantes, à Luxembourg ville (3), à Diekirch (1), à Esch/Alzette (1), à Remich (1), à Schuttrange (1) et à Walferdange (1).



XII. Litiges, plaintes diverses et affaires disciplinaires.

A. Litiges, plaintes diverses

79 (75) plaintes ont fait l'objet d'examens et de décisions.

Pour le détail des plaintes il y a lieu de se référer au tableau et aux explications ci-après

Litiges, plaintes diverses :	2010	2011	2012	2013	2014
1) Médecin c/ médecin respect. pharmacien c/pharmacien	18	10	05	03	03
2) Patient resp. établiss. public c/ médecin	120	101	79	66	58
3) Médecin c/ patient	01	00	00	00	00
4) Collège médical c/ médecin	05	00	00	00	00
5) Patient resp. médecin c/ établissement public	04	00	00	00	00
6) litiges en relation avec la dissolution d'associations	/	/	/	06	04
7) Divers (certificats de complaisance)	00	00	00	00	14
Totaux:	148	111	84	75	79

Explications:

Sur l'ensemble des 79 (75) plaintes retenues, il y a lieu de préciser que

- 13 (10) plaintes concernaient des problèmes de tarification ;
- 5 (3) plaintes concernaient des problèmes en rapport avec le service de garde et de remplacement ;
- 14 (10) plaintes concernaient des contestations de certificats médicaux y compris les certificats de complaisance ;
- 25 (26) plaintes concernaient des contestations des traitements médicaux/dentaires administrés ;
- 18 (20) plaintes concernaient des accusations au niveau du comportement humain/professionnel d'un médecin, médecin-dentiste ou pharmacien visé ;
- 04 (06) plaintes concernaient la dissolution d'associations entre professionnels

B. Affaires disciplinaires :

- 20 (18) entrevues pour instruire dans 12 affaires disciplinaires
- 0 (05) affaire a été déférée au Conseil de discipline.
- 5 (05) saisines du Conseil de discipline du Collège médical sont encore pendantes
- 0 (03) saisine du Conseil supérieur de discipline du Collège médical
- 1 (01) affaire est en attente d'expertise devant le Conseil supérieur de discipline

C. Affaires pénales :

Les 4 affaires renvoyées au Parquet pour enquête l'année dernière (2013) sont laissées sans suite au jour du présent rapport

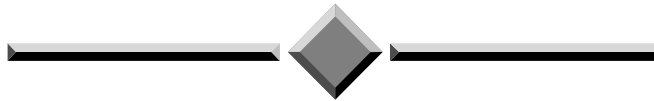
3 affaires de constitution de parties civiles déposées devant le tribunal correctionnel ont prospéré.

2 (03) affaires de réitération de la constitution de partie civile devant la Cour d'appel, ont également prospéré

5 affaires sont encore en cours

D. Affaires administratives:

- 1 (1) affaire administrative a été soumise au Ministre de la Santé
- 1 (1) décision de suspension administrative du droit d'exercer a été prononcée
- 1 (1) décision de suspension administrative est en instance d'appel

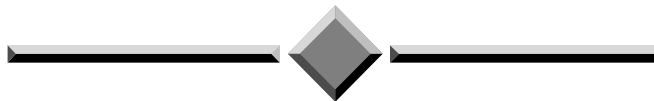


Examens de textes d'annonces, d'en-tête de lettres, de plaques professionnelles.

18 (32) annonces ont été avisées favorablement.

3 (4) annonces ont été soit avisées défavorablement, c. à d. retournées au demandeur accompagnées par des recommandations à respecter.

Le Collège médical est intervenu 4 (5) fois pour rappeler aux médecins la réglementation en vigueur en ce qui concerne le port de titres.



1. Entrevues

Dans le cadre des procédures en vue de l'obtention du droit d'exercer le Collège médical a eu 256 (233) entrevues avec les candidats médecins, médecins-dentistes et pharmaciens dont 28 (27) luxembourgeois et 228 (206) non-luxembourgeois pour les informer sur la législation et les réglementations en vigueur, voire vérifier leur honorabilité .Un contrôle des connaissances linguistiques a été réalisé chez les 228 candidats étrangers.

Par ailleurs le Collège médical a participé ou organisé 84 (72) entrevues diverses dont une partie est énumérée ci-après:

1) Participation à la séance de restitution au Ministère de la Santé PLAN CANCER (15/01/2014)

Cette restitution porte sur le Plan Cancer 2014-2018 dont les développements ont été accomplis avec l'implication des acteurs concernés par la lutte contre le cancer.

Différentes phases sont considérées :

La première phase bénéficiait de la collaboration de 135 acteurs différents et consistait en l'inventaire de l'existant. Cette phase mise en route depuis juillet 2013 a permis aux acteurs de présenter les acquis et des critiques dans la politique de lutte contre le cancer.

La deuxième phase consistait à déterminer les priorités par l'intermédiaire d'ateliers de travail en fonction des thèmes et des acteurs impliqués : atelier Gouvernance, atelier Promotion de la Santé et Prévention du Cancer, atelier Dépistage du Cancer, atelier Diagnostic et Traitement du Cancer, atelier Soins de Support et autres Prises en charge, atelier Formation-Information-Communication, atelier Recherche sur le Cancer.

Dans une troisième phase ont été définies des mesures et actions sur base des travaux des ateliers.

Au total 30 mesures ont été mises en œuvre et ont été réparties dans 10 axes: Gouvernance, Promotion de la Santé, Prévention du Cancer, Dépistage du Cancer, Diagnostic du Cancer, Traitement du Cancer et Soins de Support, Réhabilitation après Cancer, Ressources pour la Lutte contre le Cancer, Droits des Patients et Démocratie sanitaire, Recherche en Cancérologie.

Dans une quatrième phase a été rédigée et validée chaque mesure avec la description des actions à entreprendre, c'est ce qui a abouti à la validation du Plan Cancer 2014-2018 par Madame la Ministre de la Santé

Pour le développement du Plan Cancer 2014-2018 un expert international, le Docteur Renée OTTER, médecin oncologue, a contribué. De même un consultant (Santé et Perspectives) a contribué à réaliser les étapes d'inventaire de l'existant, d'animation des ateliers et de rédaction du Plan Cancer

2) La session de Deloitte Luxembourg concernant la qualité au service des patients, suite (22/01/2014)

Les travaux portant sur « La qualité au service des patients » ont été organisés en collaboration avec la FHL (Fédération des Hôpitaux luxembourgeois)

Sous l'égide de Mme la Ministre MUTSCH, a été reprécisé le programme gouvernemental de santé dans une société changeante où le système de santé devait en conséquence s'adapter.

Les priorités de ce plan se présentaient comme suit :

- le registre national des cancers,
- Une meilleure transparence des services moyennant une information structurée facilitant le choix thérapeutique tant au patient qu'au praticien
- la mise en application de la directive des droits du patient
- l'adaptation du plan hospitalier à une utilisation la plus efficace des ressources et à l'amélioration des soins. La redéfinition du statut de médecin hospitalier, du médecin coordinateur et des compétences des directions.
- La mise sur pied d'un dispositif de gouvernance afin d'assurer une prise en charge optimale du patient grâce à une bonne communication entre le patient, le médecin traitant, le médecin référent/de famille, l'hôpital et tous les autres intervenants.
- l'obligation à la formation continue pour le médecin

D'autres points forts des travaux étaient la présentation des résultats de l'enquête DELOITTE sur l'évaluation de la qualité des soins de santé au Luxembourg

Suivant le résultat de l'enquête les patients sont moins contents de la qualité des soins au Luxembourg et seraient plus facilement disposés à se faire traiter outre frontière.

Le DSP (Dossier de soins partagés) : les travaux étaient présentés par le Dr NATI, Directeur du CHL, M. LOMMEL, président de la CNPD et M. BARGE, informaticien chargé d'établir le dispositif informatique.

Chaque intervenant a analysé le problème dans sa sphère de compétence.

En tant que responsable d'établissement hospitalier, le Dr NATI a relevé les avantages du DSP en termes de gain de temps, de disponibilité ubiquitaire, de sources d'informations et de facilitation d'archivage. Cet outil doit cependant être bien utilisé.

En tant que responsable compétent pour la protection des données, M LOMMEL a listé les exigences en terme de respect des droits fondamentaux des citoyens, notamment le respect de la vie privée, la transparence de l'accès par qui aux données et auxquelles, le droit à l'autodétermination. Le citoyen devra certainement être éduqué à intervenir dans la gérance de son DSP.

En tant que spécialiste de la sécurité informatique, M. BARGE a présenté des enseignements permettant la bonne maniabilité par les utilisateurs, l'interopérabilité, la compatibilité avec d'autres outils, la facilité du partage. Dans tout le dossier le rôle du médecin référent serait particulièrement important.

Pour sa part, le Dr HEFTRICH, représentant le CM, a souligné les exigences déontologiques et éthiques essentielles : la nécessité d'une documentation visible et accessible avec l'accord du patient et ce d'autant plus dans les cas d'interrogations d'un médecin face au fait qu'un réseau de soins à domicile demande la communication par fax de tous les diagnostics connus de patients.

Gouvernance des hôpitaux Dr NATHAN, M. MOUSEL, Dr HOFFELT,

Les interlocuteurs ont abordé la question difficile des centres de compétences au vu des différences de structures des établissements existants.

4 grandes unités étaient présentées avec plusieurs modèles

- CHL Médecins salariés
- INCCI collaboration de médecins salariés et libéraux
- CHEM forte influence de la direction médicale, médecins libéraux
- CHK surtout médecins libéraux

Ont été débattus les avantages et désavantages des structures horizontales et verticales, du salarié, le conventionnement obligatoire, les contraintes budgétaires, domaine complexe du management hospitalier etc.

Au final, les travaux constituaient en réalité un tour d'horizon du système de santé actuel et des projets d'avenir.

Ces travaux, sans déboucher concrètement sur des nouvelles pistes, ont permis néanmoins aux participants de susciter des réflexions, lancer les débats et surtout de renouveler ou de nouer des contacts dans le contexte des tâches communes futures.

3) La réunion de la Commission de surveillance de la Sécurité Sociale (12/02/2014)

Le sujet discuté traitait des cas de déviation injustifiée de l'activité notamment par la mise en compte non justifiée par certains professionnels des positions de la nomenclature.

La commission de surveillance a pris position sur le libellé des convenances personnelles dépassant le principe du tact et de mesure.

Le Collège médical a proposé que des décisions soient rendues en application des articles 19, 47, 51 et 72 du Code de la sécurité sociale et 48 et 49 de la Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales.

Au terme de la réunion, les parties ont réaffirmé leur intention de remplir leurs missions respectives, la Commission de surveillance assurant rendre ses décisions dans les conditions de saisines régulières.

A noter que le Collège médical n'est pas habilité à saisir la Commission de surveillance, qui est saisi soit par un particulier, soit par la CNS.

4) La réunion du groupe de travail du Centre de Prévention des Toxicomanies « volet prévention / seniors » (11/03/2014)

5) Entrevue avec le service juridique et administratif du Ministère de la Santé (MiSa) (12/03/2014)

L'entrevue portait sur les modalités de réglementation et du suivi de la procédure d'autorisation d'exercer dans le contexte de la transposition de la Directive à venir concernant la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles en particulier les délais de traitement des demandes d'autorisations des ressortissants communautaires.

Le Misa a renouvelé son souhait de pouvoir continuer à compter sur la coopération du Collège médical pour raccourcir les délais, notamment par l'accélération des délais d'entretiens préalables à l'autorisation d'exercer.

Très souvent, certains demandeurs ne se manifestent pas pour les entrevues et reprochent par après un retard au CM, alors qu'il leur revient de contacter le secrétariat pour un rendez-vous.

Afin de traiter les dossiers dans les délais fixés par la Directive, les parties ont convenu des modalités d'invitation à l'entretien préalable, qui serait désormais communiqué au Misa pour étayer son dossier en cas de plainte éventuelle.

A noter que le CM avait déjà effectué des changements au niveau du traitement des demandes puisqu'il avait ramené les entretiens d'une fois à trois fois par semaine si nécessaire.

Concernant les connaissances linguistiques, a été mentionné le cas du ressortissant italien porteur d'un certificat B2 en Français mais qui, d'après l'entretien de la commission des connaissances linguistiques (COCOLI), incapable de s'exprimer et de comprendre le français, à plus forte raison le luxembourgeois et l'allemand.

Avec l'accord du CM, il est décidé dans un cas pareil de retenir la demande d'autorisation sous réserve d'un nouveau contrôle linguistique à passer par le candidat dans un délai de 6 mois

Pour des raisons pratiques, et afin d'éviter la confusion fréquente des candidats, l'édition d'un guide aux futurs candidats demandeurs en autorisation d'exercer a été proposé.

Ce guide devrait permettre aux éventuels candidats d'être informés sur les étapes des procédures et les organismes compétents : CNS, CM, MISA etc....

Pour des raisons de simplification administrative il a été convenu de se concerter avec la CNS pour transmettre le formulaire de demande du code médecin ensemble avec l'autorisation d'exercer.

De même, la fiche d'inscription au registre ordinal sera remise, ensemble avec les documents de l'autorisation d'exercer.

Enfin dans le cadre des demandes d'enquête administrative et pénales a été évoqué la possibilité d'une réunion ensemble avec la CNS et le Parquet, afin de fixer les intentions du Collège médical dans les procédures à venir, comme selon le MISA la possibilité pour les médecins inspecteurs de disposer d'attributions d'officier de police judiciaire n'est pas assez clarifiée.

6) L'entrevue avec les délégués de l'Administration du Contrôle médical de la Sécurité sociale (CMSS) (28/03/2014) :

Cette entrevue a eu lieu dans le contexte de la loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les modifications envisagées tendaient à accorder des prérogatives importantes au contrôle médical.

Le CM déplorait qu'en raison d'une économie maximale de la sécurité sociale, ne soit mise en cause la liberté thérapeutique du médecin.

Suivant sa lecture des textes, le Collège médical voyait que dans le rôle qu'il devait jouer, le médecin de contrôle serait amené à conseiller le patient, à savoir en principe interférer avec le rôle du médecin traitant habituel du patient.

En plus, les critères pour l'octroi de certaines prestations à l'assuré semblaient désormais pouvoir être arbitrairement fixés par l'administration du contrôle médical, éventuellement sans aucune prise en compte de recommandations de sociétés scientifiques.

Même si le projet prévoyait que le contrôle médical ne s'immisce pas dans le traitement s'il est efficace ou conforme aux données acquises et à la déontologie, le CM s'est demandé qui serait compétent pour déterminer ces critères qualitatifs.

C'est pourquoi il a rencontré le responsable du contrôle médical de la sécurité sociale, le Dr HOLBACH.

L'entrevue a révélé que le Contrôle médical n'acceptait pas les réserves émises par le CM, notamment sur les critères d'immixtion dans le traitement et d'atteintes à la liberté thérapeutique.

Le CMSS a pris part de la position du CM et a insisté à jouer convenablement le rôle lui assigné au terme de la loi.

Des concertations futures ont été décidées pour le cas où l'application de la loi devait être la cause d'incidents dans les professions dépendant de la sécurité sociale.

7) L'entrevue avec le Ministre de la Justice sur la problématique des enfants présentant une ambiguïté sexuelle immédiatement visible à la naissance (24/04/2014) :

Il s'agissait de définir le problème de l'identité sexuelle tant dans l'approche médicale, sociale que juridique. Des représentants du Parquet compétents en matière de jeunesse et en matière d'état des personnes ont présenté l'approche du problème.

Des médecins spécialistes dans divers domaines ont contribué aux débats en présentant les problèmes rencontrés lors de leurs activités (gynécologues, pédopsychiatres...). Le Collège médical a donné un avis sur l'approche éthique.

Une plateforme de travail constitué des intervenants de référence est en voie de constitution pour envisager un cadre juridique dans la situation donnée.

Au final l'entrevue n'était qu'un premier tour de table entre juristes et médecins portant quasi exclusivement sur le problème de l'ambiguïté sexuelle visible dès la naissance et la nécessité de l'enregistrement du nouveau-né dans le registre des naissances endéans le délai de 5 jours où le sexe de l'enfant devait être précisé: m / f. Or l'identité sexuelle ne se définit pas seulement par le phénotype (organes sexuels masculins ou féminins) mais parallèlement par le génotype (chromosomes XY ou XX), finalement par les hormones et plus tard éventuellement par l'état psychologique.

Une approche première est de laisser la formalité de l'enregistrement obligatoire au registre d'Etat civil, actuellement enfermé dans le délai de 5 jours (en fait aucun cas précis de non identification du sexe au moment de l'enregistrement ne serait connu dans les 10 dernières années!). En Belgique p.ex., ce délai a été porté à 30 jours pour laisser, dans des cas ambigus, du temps à la détermination du sexe. A été envisagé aussi une flexibilité légale pour les cas de changement d'identité sexuelle à l'âge adulte dont la conséquence est celle d'un changement tardif de l'acte de naissance.

8) L'entrevue avec Mme la Médiateure Lydie ERR (20/05/2014)

L'entrevue a eu lieu dans le cadre des dispositions de la loi sur les droits et obligations des patients. Le point de discussion était l'instauration du service médiation dans le domaine de la santé.

Toutes les parties sont restées d'avis qu'il existe actuellement encore trop de discordances au niveau des dispositions et des dispositifs comparables (médiateur national, médiation en hôpital).

La mise en application de la loi dans la version actuelle en ce qui concerne le volet création d'un service de médiation devait être différée, au mieux il serait judicieux d'y intégrer les procédures de la prise en charge de l'accident médical, (aléa thérapeutique, no fault)

9) La formation des membres du Collège médical à la « médiation », organisée par le Centre de Médiation Civile et Commerciale (CMCC) (27/05/2014)

Depuis quelques années le Collège médical est membre du CMCC. Le CMCC a proposé deux matinées de formation axée sur les aspects principaux de la médiation :

La définition du concept de médiation et les dispositions de la nouvelle loi y relative.

Les outils de la médiation.

Les attitudes du médiateur

La mise en pratique du processus de médiation

Les exemples de mises en situation avec sensibilisation par jeu de rôle

Cette formation a permis aux participants membres du Collège médical un premier pas dans l'apprentissage des méthodes aidant d'une part dans le traitement des plaintes, d'autre part dans l'accomplissement du rôle de médiation confié au Président du Collège médical dans les litiges des professionnels entre eux et des professionnels vis-à-vis des patients.

10) La réunion organisée par l'AMMD en concertation avec les représentants de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux en France sur l'indemnisation de l'accident Médical (ONIAM) (19/06/2014)

Dans le contexte d'élaboration de la loi relative aux droits et obligations des patients tant le Collège médical, tant l'AMMD, avaient plaidé pour la mise sur pied d'un système de dédommagement de l'aléa thérapeutique (« sans faute ») du médecin.

L'inspiration se puisait des systèmes comparables en Belgique et en France et reposait sur le principe d'obligations accrues à charge du médecin dont l'étendue ne tenait pas compte du caractère imparfait de l'acte médical : tantôt une obligation de moyens, tantôt une obligation de résultat, à la frontière difficilement visible pour le patient en constante demande de soins.

C'est donc dans un but de sensibilisation de la profession et des autorités dans leur latitude d'adopter des décisions conséquentes que le Collège médical a été interpellé par cette réunion riche en enseignements.

L'indemnisation de l'accident médical est régie en France par une loi du 4 mars 2002 prévoyant un dispositif à la fois pour un règlement amiable et pour l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

Il existe des conditions ouvrant droit à indemnisation : *«un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant*

notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail (...) »

Dans les conditions prédécrites, la victime peut prétendre à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale à condition d'avoir un taux d'incapacité permanente supérieur au pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret à 25 %.

Depuis cette loi, en cas d'aléa thérapeutique source d'un accident médical préjudiciable, une réparation est possible au titre de la solidarité nationale, à travers un organisme relevant de l'Etat : l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux,

Deux organismes sont compétents en la matière : la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

La compétence de la CRCI est régionale, son rôle majeur étant de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales.

La composition comprend un magistrat, les représentants des victimes, des professionnels de santé et établissements de santé, de l'ONIAM, des assureurs...

L'ONIAM est l'établissement public sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il intervient pour l'indemnisation au titre de la solidarité nationale.

Procédure

La commission régionale est saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage médical qu'il soit consécutif à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins. La saisine peut également être faite par un représentant légal de la victime ou ses ayants droit en cas de décès.

Une expertise médicale aux frais de l'Etat est prévue.

L'avis de la commission intervient dans un délai de six mois à compter de sa saisine et est communiqué aux parties.

Dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, si une responsabilité pour faute est retenue, l'assureur fait son offre de transaction, à défaut l'ONIAM si le dommage est imputable à un aléa thérapeutique.

En cas de défaillance de l'assureur, ou dans l'hypothèse où la personne responsable des dommages n'est pas assurée, soit que la couverture d'assurance est épuisée, l'ONIAM se substitue à l'assureur et pourra percevoir en cas de condamnation de l'assureur ou du responsable une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il aura allouée.

Le paiement qui clôt le litige a lieu un mois à compter de la réception par l'assureur ou l'ONIAM de l'acceptation de l'offre par la victime.

En cas de refus de l'offre par la victime, cette dernière peut saisir le tribunal qui suivant les cas peut juger que l'offre était manifestement insuffisante, et condamner partant l'assureur à verser à l'ONIAM une somme évaluée à environ 15 % de l'indemnité qu'il a allouée.

Le rôle de l'avocat et du médecin conseil

La présence d'un avocat n'est pas obligatoire devant la commission, mais toute victime peut se faire assister à la fois par un avocat et un médecin conseil.

Observations

Cette procédure n'existe pas au Luxembourg et le séminaire a démontré et confirmé l'importance de disposer d'une procédure similaire dans notre système de santé comme en témoignait la présence des personnalités politiques dont on peut comprendre l'intérêt après les dernières actualités législatives faisant cas de ce sujet à l'ordre du jour des prochains chantiers réglementaires.

Toujours est-il qu'il faut noter qu'il s'agit d'une procédure ayant une rapidité et un caractère amiable remarquables.

Cette procédure connaît un succès en France comme en témoigne le nombre de cas annuellement traité, même si la question du financement de ce système est moins aisée à aborder.

11) Entrevue avec le représentant de E santé, Monsieur BARGE, E-Santé concernant les « dossiers partagés » (09/07/2014)

Le Dossier de Soins Partagé (DSP) institué par la loi portant réforme du système de santé est l'une des missions principales de l'agence E santé fixé par l'article 60ter et 60quater du Code de la Sécurité Sociale.

L'agence E santé est chargée entre autres de la mise en place d'une plateforme nationale de partage et d'échange de données dans le domaine de la santé.

Le Dossier de Soins Partagé (DSP) est présenté comme un outil collaboratif entre professionnels de santé.

Ce dossier résume les informations de santé du patient et est soumis à un contrôle du patient ayant un droit de regard et de consultation.

Le défi le plus important de ce dossier est celui de l'informatisation des flux d'informations en rapport avec la prescription et la remise des comptes-rendus aux prescripteurs.

L'agence E santé assurera la gestion administrative et technique de la plateforme et de ses services.

Dans sa mission, il lui appartiendra de définir les référentiels nécessaires à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information afin d'assurer la communication des données de santé entre les systèmes et avec ladite plateforme.

Pour ce faire plusieurs techniques de sécurisation du secret médical ont été discutées : remise d'une carte à puce regroupant toutes les informations de santé du patient.

Pour le professionnel, un droit d'accès au moyen d'une carte professionnelle.

Monsieur BARGE poursuit une campagne de consultation en vue de définir de manière définitive les critères adéquats pour l'opérabilité et la sécurité des données.

12) La réunion de concertation avec l'Action Nationale Démence (26/09/2014)

Un certain nombre de mesures ont été présentées dans le cadre de la lutte contre la démence.

- les possibilités, pour les aidants informels de la personne démente, de vacances ou de cures en traitement des effets d'un surmenage
- la disponibilité rapide de lits de vacances pour la personne démente dans des situations d'urgence (ex. hospitalisation de l'aidant informel).
- l'abrègement des délais d'attente pour l'entrée en institution,
- la création d'un pool de bénévoles formés pour offrir une aide ponctuelle, flexible et accessible aux aidants informels,
- l'accès rapide des ayants droits aux prestations de l'assurance dépendance etc.

La présentation offrait l'occasion à une concertation spontanée entre une partie des acteurs concernés par le problème y compris les médecins présents.

Malgré l'intérêt du plan d'action pour les patients les mesures proposées engendreraient dans leur mise en application des coûts supplémentaires.

Tant le Collège médical, tant les professionnels présents, ont jugé le projet sans intérêt pratique sous la forme présenté, surtout, en raison du surcoût engendré par les ressources humaines et budgétaires.

13) Entrevue en vue de la présentation du programme de Prévention de Démence au Collège médical (03/10/2014)

A rappeler que le plan d'action "Démence" fait partie des priorités gouvernementales 2009-2014.

Les axes prioritaires de ce programme sont fixés de concert avec le Ministère de la Famille, de l'Intégration et le Ministère de la Santé.

Ces priorités se situent à divers niveaux notamment :

- la prévention,
- le diagnostic précoce,
- la prise en charge médicale des personnes souffrant de démence moyennant des mesures retardant l'évolution de la maladie et un système de prévention secondaire.
- la mise en place d'un système « diagnostic à deux niveaux », ainsi que des standards relatifs à la prise en charge médicale des patients concernés, sans oublier les formations adaptées pour le personnel et les aidants.

La motivation de ce programme rencontre globalement la satisfaction du Collège médical, mais le programme lui-même a été critiqué pour les critères d'inclusion des patients (trop restreints) ainsi que sur les critères de diagnostic précoce (tests biologiques).

Par ailleurs s'est posée la question de l'évaluation scientifique des résultats à s'attendre.

La mise à disposition de moyens financiers aux acteurs de ce programme préventif a par contre été saluée, parce que beaucoup de ces actions préventives existant déjà à l'heure actuelle ne disposent pas d'un financement public.

14) La participation des membres du Collège médical à la présentation officielle du département de médecine légale au LNS (10/10/2014)

A l'occasion de l'inauguration des locaux du LNS à Dudelange, le Collège médical a entre autres pris part à la présentation du Service d'Identification Génétique (SIG).

Ce service s'occupe des expertises génétiques à la demande exclusive des autorités judiciaires en vue d'identifier et/ou déterminer la filiation des personnes en matière médico-légale par la méthode des empreintes génétiques.

Pour le compte des magistrats, le service d'identification génétique travaille conformément à la convention relative aux modalités d'exécution des missions à caractère médico-légal signée avec l'Etat.

Un comité constitué des représentants de tous les acteurs du domaine, Justice, Police et Santé, est habilité à veiller au bon fonctionnement de cette convention.

Le SIG bénéficie désormais à Dudelange des locaux parfaitement adaptés à son activité.

Comme les données judiciaires ne peuvent pour des raisons juridiques être révélées publiquement, le SIG a fourni un aperçu de son activité.

15) La présentation de l'ALP – Regroupement pharmaceutique (12/10/2014)

L'ALP est une association active dans le domaine de l'industrie pharmaceutique.

Son activité tend à promouvoir entre autres l'élaboration d'un Code de transparence, présenté au Collège médical.

Ce Code de transparence est destiné à clarifier l'interaction entre l'industrie pharmaceutique, les organisations et professionnels de santé.

La transparence s'applique aux avantages en nature ou en espèces versés par l'industrie pharmaceutique aux différents professionnels.

Ces avantages sont versés soit pour des études ou essais cliniques, soit pour des études ou la participation à des événements scientifiques.

Cependant certains avantages de nature négligeable peuvent être exclus du Code de transparence : matériels de nature éducative, repas, ou échantillons.

Selon l'ALP, la transparence doit se faire sur base semestrielle à partir d'une plateforme centralisée, actuellement en voie de création.

L'ALP a également présenté le Code de Déontologie édité pour le bon fonctionnement des relations entre les différents professionnels.

Le Collège médical a approuvé cette philosophie qui s'inscrit dans la logique du Code de Déontologie interdisant l'acceptation d'avantages en natures ou espèces dont la valeur dépasserait l'hospitalité offerte pour les événements scientifiques.

16) La conférence sur l'intérêt des soins pharmaceutiques dans la prise en charge des personnes âgées » (20/10/2014)

17) L'Assemblée Générale de l'AMMD (03/12/2014)

Le Collège médical a assisté à l'Assemblée générale annuelle de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes.

Au cours de cette assemblée de nouvelles élections pour le renouvellement partiel du conseil d'administration ont été faites.

Le Président en fonction au moment des élections, le Dr Jean Uhrig a été réélu mais a cependant renoncé à un nouveau mandat

A la suite des élections, le Dr Alain SCHMIT, gastro-entérologue, à Esch-sur-Alzette, à la faveur du nombre de suffrages favorables, a accepté la fonction de Président.

Désormais le Collège médical va poursuivre ses concertations avec le Conseil d'administration nouvellement constitué.

18) L'entrevue avec le Président de la Société Luxembourgeoise de Psychologie (SLP) (17/12/2014)

Dans le cadre du projet loi portant création de la profession de psychothérapie, il est prévu la constitution d'un conseil scientifique chargé notamment de conseiller et d'émettre des avis sur la compétence professionnelle .

Le Président du conseil d'administration de la Société Luxembourgeoise de Psychologie asbl a sollicité une concertation afin de discuter de la nomination des deux membres par le CM pouvant siéger au conseil scientifique.

19) Réunion avec le service juridique du Ministère de la Santé le 21 octobre 2014

Suite à une demande d'entrevue du Collège médical au Ministre de la Santé, le service juridique a organisé une réunion préalable en vue de fixer les points mis à l'ordre du jour par le Collège médical.

Le Collège médical avait communiqué ses doléances et considérations par une présentation de diverses propositions tendant à la modification de la loi portant ses attributions.

- La tenue de deux registres distincts, à savoir les registres professionnel et ordinal, ces deux registres créant actuellement une discordance entre les fonctions ministérielles et les attributions du CM notamment en matière disciplinaire.
- Les modalités de collaboration entre le Collège médical et d'autres entités intervenant dans l'exercice de ses missions : rôle du Parquet, rôle d'officier de police judiciaire (OPJ) des services d'inspection du Ministère de la Santé.
- La création du service de médiation santé ainsi que la possibilité de créer un collège d'experts, aidant à évacuer certains dossiers de responsabilité, le Collège médical ayant été assuré à cet effet que le service de médiation serait en cours d'évolution.
- Les incidents liés à la reconnaissance des diplômes, relevant essentiellement de la compétence du Ministère de l'Enseignement Supérieur, ce qui entraîne l'affichage de tout titre inscrit au registre des titres et diplômes.
- Les questions liées au statut des concessions de pharmacie : concessions privées et/ou publiques avec droit de postuler au titre de l'expérience pharmaceutique, situation nécessitant une réponse législative, tout comme celle de la reconnaissance des diplômes en particulier pour la Suisse, pays tiers, ainsi que la vente par internet où le Luxembourg accuse un retard dans la transposition des directives communautaires.
- L'éventualité d'exercice pharmaceutique au bénéfice des maisons de repos dont le cadre légal doit être pensée.

20) L'entrevue avec Madame la Ministre Lydia MUTSCH (19/12/2014)

Cette entrevue faisait suite à l'entrevue précédente avec le service juridique du Ministère de la Santé.

Le Collège médical a abordé plusieurs sujets et partagé ses préoccupations avec Mme la Ministre de la Santé.

Le projet loi sur la psychothérapie : le Collège médical a émis diverses considérations sur l'institution d'un Conseil scientifique ou encore la nécessaire élaboration concomitante de la loi relative au Collège médical au vu des changements à survenir.

Le Ministre rapporte qu'aucune modification ne serait plus possible au stade d'avancement de ce projet loi en Chambre des députés.

Les problèmes concernant les formations des pharmaciens ainsi que ceux posés par les concessions privées : le Collège médical s'est satisfait de savoir que ces derniers seraient en voie de régularisation

La proposition de modification de la loi du 08 juin 1999 relative au Collège médical : le Ministre a donné ses premières impressions en attendant la lecture plus approfondie du texte proposé : le registre professionnel restera de la compétence du MISA avec un droit d'accès à la base de données accordé au CM.

La limitation volontaire de l'exercice médical à certaines activités: exemple un médecin dentiste qui réduit son activité à l'orthodontie ou l'endodontie à l'exclusion de la médecine dentaire classique ou un médecin ne pratiquant qu'une activité exclusive non conventionnée (exemples : implantation capillaire, acuponcture, médecine esthétique) : ce sujet n'a pas connu d'avancement concret.

La reprise de l'activité professionnelle des médecins après une longue période d'interruption : aucune décision n'a pu être prise ;

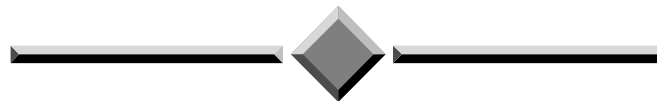
La mise en place d'une documentation détaillée, pratique, informant les nouveaux professionnels des modalités règlementaires de leur installation et de l'exercice : le document est disponible.

Les reconnaissances de titres et les autorisations de leur port de titres : Ce problème nécessite un examen et un accord interministériel.

La démographie médicale, situation réelle basée sur le nombre des médecins exerçant au moins 100 jours par année : ce sujet proposé n'a cependant pu être débattu.

Le projet de carte professionnelle de Santé : ce sujet déjà proposé les années précédentes n'a pas avancé, mais l'accord de principe acquis depuis les années précédentes reste maintenu.

Le Collège médical entend poursuivre les concertations l'année prochaine.



2. Relations internationales

Le Collège médical est impliqué activement dans les organismes européens représentant les autorités nationales des professions de médecin, médecin dentiste et pharmacien

Le Collège médical tient à souligner l'importance de son implication dans l'intérêt des professions, notamment pour :

- Contribuer au niveau européen à promouvoir la qualité du système de la santé;
- Garantir par un échange la protection et la sécurité des patients ;
- Renforcer la confiance des patients et des professionnels envers les organismes ordinaires
- Rendre aisée la mobilité des professionnels ;
- Partager les expériences et opinions au niveau professionnel ;
- Se concerter pour les actions communes au niveau européen,

C'est par le biais de ces objectifs, que le Collège médical peut jouer un rôle d'interlocuteur privilégié des professions auprès d'organismes nationaux, internationaux et du public

En 2014, le Collège médical a participé aux travaux de 3 organisations : le FEDCAR, le CEOM, le CFOM

A. FEDCAR à Rome (9/05/2014) et à PARIS (28 Novembre 2014) (Dr Christophe SCHOTT et Mme Valérie BESCH)

Plusieurs thèmes sont traités à la session du FEDCAR :

1) Réalités nationales sur l'accès partiel aux spécialités médicales dentaires

Il existe environ 20 spécialités dentaires en Europe mais seulement deux sont reconnues à l'échelle de l'Union européenne : la chirurgie buccale et l'orthodontie.

Mais le constat est fait que ce n'est pour autant que les autres spécialités sont toutes pratiquées en Europe.

La question de l'exercice d'une spécialité dans le cadre de la mobilité des médecins dentistes désirant pratiquer leur spécialité dans un autre État membre est néanmoins résolue par le principe que le professionnel ne peut que pratiquer la spécialité du pays d'accueil ou bien intervenir en tant que médecin-dentiste tout court.

A titre d'illustration la spécialité de dentisterie pédiatrique est reconnue en Croatie, en Hongrie, en Italie et au Royaume-Uni.

Le professionnel migrant dans un Etat membre ne peut pas la pratiquer sous sa spécialité nationale puisqu'elle n'y existe pas.

Dans de tels cas, la nouvelle directive peut élargir les horizons car si on se réfère au même principe que pour les spécialités médicales, on peut ouvrir les spécialités dentaires à l'accès partiel tel que le prévoit la directive.

Dans un tel cas, le professionnel pourra demander à l'autorité compétente du pays d'accueil d'accéder partiellement à la spécialité dentaire pratiquée dans le pays d'accueil au titre de sa spécialité reconnue dans son pays d'origine.

Il est prévue qu'une telle demande soit analysée au cas par cas dans chaque pays moyennant respect de certaines conditions à remplir, particulièrement savoir si l'activité poursuivie « *peut objectivement être séparée d'autres activités relevant de la profession réglementée dans l'État membre d'accueil* »

L'appréciation s'avère difficile en matière de spécialités dentaires. La directive n'entend cependant pas générer de confusion ou de nivellement des spécialités entre l'orthodontie et la chirurgie orale d'un côté, et la prothèse dentaire (en Croatie et Hongrie), la radiologie maxillo-faciale et la microbiologie orale (Royaume-Uni), la parodontologie (Belgique, Hongrie, Slovénie, Suisse), etc.

En réalité l'accès partiel ne donnera toujours pas la possibilité au spécialiste britannique de dentisterie pédiatrique d'exercer dans un Etat membre au titre de l'accès partiel en tant que spécialiste en chirurgie orale ou en orthodontie.

Néanmoins, par le mécanisme du « cadre commun de formation » qui requiert cependant un accord minimum entre dix États, de nouvelles professions ou spécialités peuvent être reconnues dans le secteur dentaire.

Les membres du FEDCAR ont ouvert les discussions sur l'élargissement des spécialités existantes par le biais de ce mécanisme.

Des travaux d'évaluation d'impact de cette directive sont en cours

2) Considérations du FEDCAR sur l'utilisation du mercure en médecine dentaire :

Le FEDCAR s'est attardé sur la stratégie de l'Union Européenne concernant le mercure qui vise notamment à réduire l'exposition de la population.

La principale source d'exposition au mercure reste l'inhalation par la vapeur de mercure provenant des amalgames dentaires.

Les travaux se sont encore penchés sur l'évaluation du Comité Scientifique des Risques Sanitaires et Environnementaux (SCHER) publiant le 14 mars un avis intitulé *Risques environnementaux et risques sanitaires indirects liés au mercure des amalgames dentaires*.

Les conclusions de ce rapport indiquent que l'exposition indirecte au mercure par l'utilisation des amalgames dentaires reste dans les limites admissibles, mais par principe de précaution, des mesures préventives seraient nécessaires afin de diminuer le risque.

Dun autre côté, partant de la prémisse que le rejet de mercure est potentiellement bio disponible et susceptible en particulier de contaminer les poissons, le mercure représenterait un risque pour les consommateurs de poissons, en particulier lorsqu'il y a absence de séparation dans le dispositif du traitement de l'eau.

Au terme des discussions, où les avis étaient partagés, ont été établies les prochaines échéances comprenant des propositions de matériaux alternatifs d'ici 2015, ainsi qu'une directive européenne de référence sur l'utilisation de ce composite en matière de médecine dentaire

3) Directive 2013/59 sur les rayons ionisants

Le FEDCAR a donné un aperçu de la Directive du Conseil de l'Union Européenne adoptée le 5 décembre 2013 sur les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants.

Il s'agit en réalité de cinq directives déjà existantes mais qui sont regroupées au sein de cet acte unique :

- Une directive générale n°96/29/Euratom du Conseil du 13 mai 1996, qui s'applique à toutes les activités dans lesquelles interviennent des rayonnements ionisants, et qui fixe les normes de base concernant la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants ;
- Une directive 97/43/Euratom du 30 juin 1997 relative aux expositions à des fins médicales ;
- Une directive 2003/122/Euratom du 22 décembre 2003 relative aux sources radioactives scellées de haute activité ;
- Une directive 90/641/Euratom du 4 décembre 1990 concernant la protection des travailleurs extérieurs ;
- Une directive 89/618/Euratom du 27 novembre 1989 concernant l'information de la population.

L'objectif de la directive est de définir les normes de base uniformes pour ce qui est de la protection sanitaire des personnes exposées soit par leur profession, soit à des fins médicales, soit par une exposition publique, aux dangers qui peuvent résulter des rayonnements ionisants.

Suivant cette directive, les États membres doivent établir des exigences légales ainsi que des mesures de contrôles adaptées.

Le délai de transposition est fixé au 06 février 2018.

4) La santé mobile

Le FEDCAR a présenté un aperçu des travaux sur la santé mobile suite à une campagne lancée par la Commission européenne invitant le public à collaborer aux moyens d'améliorer la santé et le bien-être des Européens à travers l'usage des appareils portables tels que les téléphones, les tablettes, les dispositifs de surveillance des patients et d'autres appareils sans fil.

La santé mobile est donc une forme de santé en ligne utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Toutes les parties intéressées doivent répondre à cette consultation avant le 3 juillet 2014.

La Commission envisage une publication sous forme de synthèse des réponses.

La publication d'un livre vert ainsi que d'un document de travail de la Commission en vue d'informer toutes les parties prenantes au sujet des règles de l'UE en matière de protection des données et de dispositifs ainsi que des directives relatives à la protection des consommateurs sont envisagées en amont.

Quelques aspects de la santé mobile ont été esquissés

- La meilleure maîtrise de sa santé par le patient, par l'autonomie procuré l'aidant à prévenir ses problèmes de santé;
- Les économies dans le domaine de la santé

Quant aux applications de santé mobile

- L'appli de mesure de la pression artérielle;
- L'appli aide à l'administration de l'insuline aux personnes diabétiques, par la transmission, à partir d'une plateforme mobile, de signaux de commande à la pompe;
- L'appli mémoire pour la prise de médicaments;

Néanmoins les enjeux sécurité, protection des données, ne sont pas négligeables

Le FEDCAR s'est interrogé sur la sécurité des applis de santé mobile, en particulier l'utilisation des données exploitées qui n'est pas sans rappeler certaines obligations juridiques, telles que le respect des règles de protection des données et la nécessité d'une garantie par le marquage CE pour les applis pouvant être considérées comme des dispositifs médicaux.

Les consultations sont en cours même si certains pays comme le Royaume Uni ou l'Espagne ont déjà un dispositif de certification des applications mobiles de santé.

5) La mise en œuvre de la révision de la Directive 2005/36 :

Le programme de travail arrêté par la Commission pour installer les mécanismes d'alerte prévues pour les professionnels migrants a été présenté ;

6) L'évaluation des professionnels de santé en Europe :

Un point a été fait sur les réformes nationales envisagées pour les différentes professions médicales dentaires ou non strictement médicales.

Les statistiques de cette évaluation publiées par la Commission européenne concernant les professions voisines de l'art dentaire.

Selon une publication de la commission datant d'avril 2014, la profession d'hygiéniste dentaire serait reconnue dans 14 Etats membres.

Dans beaucoup d'autres pays cette profession recherche encore une reconnaissance au sein de la profession dentaire.

Selon les dispositions de la Directive une reconnaissance serait possible par le biais du système d'accès partiel.

La majorité des participants se sont montrés cependant hésitants à la reconnaissance de cette profession dans leur pays respectifs.

7) Projet de révision du programme européen d'études pour les praticiens de l'art dentaire :

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Directive 2005/36, le FEDCAR fait l'objet d'une consultation en rapport avec la plateforme de travail initiée par la Commission européenne.

Cette plateforme travaille sur un projet de révision de l'annexe 5.3.1 de la Directive 2005/36, sur le programme d'études des praticiens de l'art dentaire.

Le but de la révision est de pouvoir aligner la formation professionnelle en matière de santé sur le système de crédits et de modules d'enseignement comme pour les établissements universitaires.

Comme les compétences sont liées au savoir-faire professionnel du médecin dentiste, le projet de révision se propose de progresser vers un système de formation basé sur les acquis et les compétences.

Cette compétence sera néanmoins appuyée sur les durées minimales de formation admis au niveau européen (5000 heures comme le prévoit l'article 34(2) de la Directive).

Le projet entrevoit une formation structurée en modules interdisciplinaires basée sur le savoir-faire professionnel.

Les modules devront comprendre entre 5 et 20 crédits comprenant les cours, les séminaires et formation pratique.

Il est en outre proposé de remplacer à terme la liste des sujets présentés en annexe V de la Directive par la reconnaissance des acquis de compétences.

8) *Projet de Code de déontologie de la profession médicale dentaire de l'Union Européenne :*

En novembre 2008, la FEDCAR a dégagé un certain nombre de principes déontologiques qu'il propose de formaliser par un Code de déontologie.

Ce projet de Code de déontologie est important à plus d'un titre, notamment pour l'impact qu'il pourra présenter au niveau de la législation et de la politique de l'UE en matière de médecine dentaire.

Le Code entend être un outil aidant à une meilleure circulation des professionnels dans l'espace communautaire où sera ainsi garanti un comportement déontologique cohérent et dans la mesure du possible uniforme entre Etats membres.

Par conséquent, au niveau de la formulation, la difficulté est d'adapter les principes déontologiques à la diversité des situations pratiques professionnelles dans les Etats membres.

Les références majeures pour l'application du Code sont en partie tirées de la législation européenne: Directive 2011/24 du 09 mars 2011 sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers, la Directive révisée 2005/36 sur la reconnaissance des qualifications.

L'élaboration d'un code s'appuie encore sur la Directive 2006/123 concernant les services du marché intérieur dont le considérant 114 encourage les Etats membres à ce que les ordres, organismes ou associations élaborent un Code de conduite au niveau communautaire.

Les autorités dentaires de la FEDCAR s'accordent sur 16 principes fondamentaux à respecter en permanence par le médecin dentiste.

Ces principes portent sur les aspects de la relation entre patient et médecin, la santé publique, l'exercice de la profession.

Les autorités dentaires de la FEDCAR ne se sont cependant pas accordées sur certaines propositions et le projet non finalisé a été soumis aux Etats membres afin d'en discuter au plan national et soumettre les propositions à la prochaine session.

B. Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM), Réunions à BARI (13/06/2014) et à ROME (08/12/ 2014)

Dr BUCHLER, Dr HEFTRICH, Dr SCHWARTZ et Mme BESCH ont représenté le Collège médical.

Les responsabilités pénale, civile et disciplinaire du médecin sont présentées sous l'auspice de la loi Belge et Française où les médecins peuvent bénéficier d'un système d'indemnisation sans faute.

La question de l'obligation d'assurance professionnelle couvrant l'activité a été évoquée en amont.

Les réflexions ont laissé apparaître les disparités entre les lois belges où la couverture du médecin pour son activité n'est pas obligatoire.

Une plage de travail sur le devoir de développement professionnel continu a été présentée par l'ordre d'Italie avec une étude du respect de cette obligation entre différents pays.

Au final, dans certaines législations le développement professionnel est confié aux ordres professionnels ou aux organismes accrédités. Le manquement à la formation peut selon certains pays être disciplinairement sanctionné.

Un résumé portant sur l'évolution de la transposition de la directive 2005/36 sur le point du système d'alerte en matière d'informations entre autorités compétentes a été fait. Le calendrier de la Commission pour la mise en place du système est fixé à l'année prochaine.

Les déterminants médicaux sont le sujet du thème présenté par l'Ordre Autrichien. On a ainsi pu apprendre que le contexte social impacte sur l'état de santé. Avec cette considération, le médecin a un devoir particulier d'identifier les déterminants sociaux dans l'intérêt d'une bonne prise en charge.

Le Code de déontologie européen a continué les travaux commencés lors des sessions précédentes, l'article concerné était celui du respect de la volonté du patient. Les participants ont reporté ce point alors qu'un consensus n'a pu être trouvé suite à une remarque pertinente du Dr HEFTRICH (Caractère trop contraignant de l'énoncé prévu : « *quoiqu'il en soit*, le médecin doit *toujours* respecter la volonté du patient »)

Les Français ont présenté à nouveau la situation de leur démographie médicale qui n'a depuis les dernières sessions pas fondamentalement changé.

Pour finir, les participants ont suivi une présentation du *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting* et une plage de travail sur la télémédecine présentée ci-dessous

A noter que le *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*, a également été présenté lors des sessions de la FEDCAR pour les visées identiques à la médecine dentaire,

1) Le « Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting » (JAHWPF)».

C'est le nom donné à un plan d'action initié par la commission européenne en réponse à une préoccupation concernant une potentielle carence des professionnels de santé en Europe.

28 pays européens participent à ce mouvement pour lequel 7 axes de travail sont institués en vue d'évaluer le problème soulevé.

En tant qu'Ordre professionnel et membre du CEOM, le Collège médical se sent concerné par le plan d'action, une pénurie étant par ailleurs susceptible d'affecter son propre système de santé.

A l'origine de ce projet un « Livre Vert » du 10 décembre 2008 relatif au personnel de santé en Europe écrit par la Commission pour présenter les défis futurs des systèmes de santé des Etats Membres.

Parmi les défis relevés :

- La démographie des professionnels de santé qualifiés, compte tenu du vieillissement inéluctable de la population touchant toutes les couches sociales ou professionnelles. Ce vieillissement posant problème si les jeunes professionnels ne s'avèrent pas en nombre suffisant pour pourvoir au vide professionnel laissé par les professionnels vieillissants.
- L'augmentation de la demande de soins de santé, pouvant entraîner une pénurie surtout lorsqu'elle résulte du vieillissement de la population, dans la mesure où les personnes âgées sont vulnérables et présentent souvent des maladies chroniques multiples.
- Le manque d'attrait des étudiants pour les professions de santé entraînant la pénurie du personnel.

Ces facteurs conduisent à évaluer le niveau de pénurie des professionnels de santé à 1 million environ d'ici 2020.

La perversion de la situation veut que certains pays soient en situation de déficit des professionnels de santé simplement du fait que ses professionnels, profitant de l'application de la Directive 2005/36/CE, se déplacent dans l'espace communautaire.

En 2011 la Commission Européenne a financé une étude de faisabilité d'une collaboration entre les Etats membres permettant de prévoir les besoins en personnel de santé, d'assurer la planification des effectifs disponibles et d'analyser les préférences de ces mêmes effectifs.

Cette organisation qui devrait terminer ses travaux en 2016 s'intéresse à la mise en place d'une plate-forme de collaboration entre les Etats Membres pour favoriser les modalités de coopération et d'échanger les bonnes pratiques.

En terme de professionnel de santé, l'organisation travaille à rendre meilleure la planification des besoins prévisibles en professionnels de santé (médecins, médecins dentistes, infirmiers, accoucheuses, pharmaciens, kinés etc,...).

Globalement, les méthodes de travail s'appuient entre autres :

- Sur l'analyse fondamentale des problèmes : effectifs, estimation des besoins, étude des documents de planification de chaque Etat,
- La collecte de données sur la mobilité des personnels de santé en général
- L' « Action commune » : mise à disposition d'experts pour étudier les besoins et la planification du personnel grâce à un certain nombre de partenaires ou organisations internationales (l'OCDE, l'OMS, CPME, l'UEMS, l'UEM).

Le Collège médical ne fait pas partie des experts du JAHWPF, mais il prend part à l'évolution du processus par l'intermédiaire de sa participation aux travaux du CEOM et du FEDCAR.

A l'heure où la question sur la possible pénurie des médecins au Luxembourg a été lancée au Ministre de la Santé et les résultats des travaux « JAHWPF » sont attendus avec beaucoup d'intérêt.

2) La Télémédecine

Le sujet a été discuté au CEOM contextuellement à l'essor des moyens de communication dans notre société et de son impact dans les habitudes de consommation.

Pour rendre le public attentif à cette problématique, les membres du CEOM ont ensemble pensé et rédigé la « *Déclaration du CEOM sur la télémédecine* ».

Cette déclaration constitue en réalité un certain nombre de recommandations sur le plan éthique et déontologique.

Les participants ont réalisé la nécessité desdites recommandations, puisque la pratique de la télémédecine, jusqu'ici discrète, tend à s'imposer de plus en plus dans le système de santé.

La télémédecine est une relation professionnelle à distance entre les médecins, les autres professionnels de la santé et les patients.

Par le biais de ce réseau de communication, la télémédecine peut, suivant les cas, contribuer à l'établissement d'un diagnostic, au suivi préventif ou thérapeutique des patients à risques.

Entre professionnels, la télémédecine facilitera l'accès à un avis spécialisé voire multidisciplinaire.

Le recours à la télémédecine est aussi une réponse au phénomène de mobilité d'une part des professionnels de santé, d'autre part des patients.

L'usage de ce moyen n'est pas sans risque et soulève des questions essentielles dans les domaines éthiques, juridique et déontologique.

Ces questions concernent notamment les nouvelles applications de télémédecine, les responsabilités en découlant, les qualifications professionnelles des praticiens étrangers, la protection des données médicales du patient, sans compter l'impact économique sur le coût des soins de santé.

Conscient des questions éthiques soulevées, le Conseil Européen des Ordres de Médecins a décidé de rédiger la **déclaration** ci reproduite :

« La pratique de la télémédecine ne doit pas contribuer à une déshumanisation de la relation avec le patient. Aucune technologie ne peut venir remplacer la relation humaine, interpersonnelle et singulière, qui doit rester le fondement même de l'exercice de la médecine mais les technologies de l'information et de la communication, notamment la télémédecine, peuvent être utiles pour apporter l'expertise médicale sur des territoires où elle ne se trouve pas. Le respect des principes déontologiques encadrant les actes de télémédecine, ci-dessous rappelés, est la condition nécessaire pour garantir la qualité de la médecine et le respect des droits des patients au sein de l'Union européenne. »

La Recommandation du CEOM s'appuie sur plusieurs axes essentiels :

- **Définition de l'acte de télémédecine**

Le CEOM insiste à définir la télémédecine comme une modalité d'exercice de la médecine au bénéfice du patient, ceci dans le respect des règles de déontologie du professionnel de santé habilité à exercer dans l'Etat membre d'établissement et sur le territoire de l'Union européenne.

- **La télémédecine doit être identifiée comme un acte médical**

La télémédecine a une nature juridique distincte d'autres prestations du domaine de l'e-santé et ne relève pas non plus du commerce électronique.

- **Application de la déontologie médicale**

Les principes éthiques et déontologiques en vigueur s'appliquent à la télémédecine.

- **Respect des droits des patients**

Les droits des patients s'imposent de manière identique que dans le rapport de présence physique habituel de la médecine en cabinet.

Le patient doit notamment consentir librement.

- **Devoirs des médecins lors de l'acte de télémédecine**

La responsabilité individuelle de chaque professionnel impliqué dans l'acte de télémédecine doit être définie vis-à-vis des patients et entre les professionnels

- **Nécessité d'un cadre national encadrant les actes de télémédecine**

Une recommandation tendant à un cadre juridique national est approuvée, surtout au vu que cette pratique n'est pas réglementée dans tous les Etats.

Les membres du CEOM souhaitent une coordination entre Etats membres pour l'encadrement des actes de télémédecine.

C. Conférence Francophone des Ordres des Médecins (CFOM) à PARIS (15/10/2014)

La CFOM a été organisée profitant de l'opportunité de la présence d'un certain nombre de pays francophones invités au congrès de l'Ordre national des médecins se tenant le lendemain.

Le thème majeur de la conférence s'est inscrit dans l'actualité médicale autour du virus Ebola, sévissant alors en Afrique.

Ce virus comptait des cas de contamination aux Etats Unis et en Europe survenues lors des séjours dans les régions concernées.

Les symptômes et les modalités de transmission du virus furent exposés ainsi que les mesures sanitaires prises pour limiter la contamination.

Les représentants des ordres francophones des pays africains se sont attardés sur leurs difficultés à mettre sur pied de nouvelles mesures d'hygiène et de sécurité pour le personnel soignant et les médecins lors du contact avec les malades.

D'après leurs témoignage, le virus Ebola aurait occasionné pour le secteur médical africain des coûts considérables, d'où l'insistance à l'octroi d'une aide internationale, en particulier celle de leurs collègues à l'intérieur de la francophonie.

A été mentionné en réponse l'aide déjà mise à disposition par le Ministère de la Santé français ayant dépêché une équipe médicale et constitué des antennes de prise en charge dans certains pays touchés.

Le second sujet traité était l'indépendance du médecin dans les conflits armés, en particulier en Syrie et aux pays frontaliers dont le Liban

Le principe de l'affirmation de cette indépendance conformément aux dispositions de la conférence de Yaoundé a été renouvelé

D. 1^{er} Congrès du Conseil national de l'Ordre des médecins, Paris le 16 octobre 2014

Le congrès fut ouvert par un discours du Président de la République, M. François HOLLANDE, qui a remercié la profession médicale pour son engagement à faire progresser la société. Il a insisté sur le rôle de l'Ordre comme partenaire indispensable des pouvoirs publics.

Les Français ont abordé plusieurs points présentés au cours de ce congrès autour d'une table ronde animée par des journalistes.

La particularité de ce congrès c'est le caractère des échanges où interviennent de façon démocratique à peu près toutes les composantes de la société civile : certains politiques, les médecins, un sociologue, un spécialiste dans le domaine de la protection des données, une association de protection des patients, des représentants des étudiants internes en médecine, un membre du Conseil d'Etat français etc...

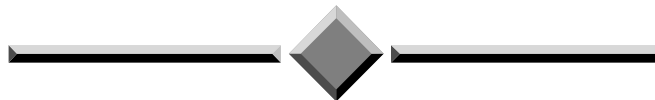
Beaucoup de questions ont été débattues : Le dossier médical partagé qui a connu un premier échec dans sa première phase de mise en application, mais dont a été relevée l'importance indéniable dans la chaîne de prise en charge.

Outre l'intérêt du patient de permettre dans son intérêt la tenue de ce dossier, les droits d'accès et mesures de sécurité ont été les points les plus querellés sous la vigilance du spécialiste de la protection des données qui a affiché l'éventail des mesures et de sanctions prises contre d'éventuels manquements à la protection des données.

A ce sujet une interface a été conseillée sur le site de la CNIL (Commission nationale Informatique et Liberté) où peut être téléchargé un livre vert traitant des questions.

La démographie médicale était aussi un sujet passionnant de débat pendant lesquels on a tenté de trouver des solutions pour remédier à la situation des « déserts médicaux ». Les mesures prises pour remédier à la situation en obligeant les médecins nouvellement formés à s'établir dans une région donnée, ne satisfont pas les jeunes médecins qui ont défendu lors du congrès la liberté géographique d'installation. Le projet de forcer les médecins à s'installer à un lieu défini d'un désert médical sera probablement abandonné car l'expérience leur a montré qu'alors les médecins ne s'installent pas mais préfèrent garder une activité hospitalière.

La formation médicale en France faisait l'objet d'un débat avec des étudiants internes qui se sont montrés très critiques, surtout vis-à-vis du peu de formation qui leur est proposé en milieu ambulatoire. Des stages de plus longue durée en médecine générale ont été préconisés.



3. Divers.

A. Edition de l'Info-Point

Comme depuis 2007, le Collège médical a publié en 2014 deux numéros de son bulletin Info-Point, en mars le N° 15 et en octobre le N° 16.

L'Info-Point donne des recommandations, conseils et avis aux médecins, médecins-dentistes et pharmaciens et traite de divers sujets du domaine de la santé.

Le bulletin est transmis par voie postale à tout inscrit auprès du Collège médical et est publié aussi sur le site internet du CM.

B. Mise à jour régulière du site Internet www.collegemedical.lu.

Le nouveau site du Collège médical a été mis « online ».

C. Collège médical et médiation.

Le Collège médical est membre du Centre de médiation civile et commerciale (CMCC) depuis janvier 2013.

Le CMCC regroupe déjà plusieurs autres professions libérales et l'adhésion du Collège médical lui a permis de faire bénéficier à ses membres d'une première session de formation sur les techniques de la médiation.

Fort des enseignements de cette première session, le Collège médical envisage de nouveaux modules de formation en 2015.

Actuellement, le Collège médical compte parmi ses membres un médiateur agréé par le CMCC.

Cette nouvelle ressource contribue à évacuer de manière alternative une part importante du contentieux.

