



Info-Point N° 29

Septembre 2020

Editorial

Sars-Cov 2, Covid-19,... un sujet qui nous préoccupe quasi exclusivement ces 6 derniers mois, entre proches, en société nationale et internationale, dans l'exercice d'une profession et notamment celle de santé.

Les images nous rapportées d'Italie, qui nous a devancé dans la crise de quelques semaines, nous ont forcé à prendre des mesures draconiennes, inimaginables encore quelques semaines avant, afin de sauvegarder les capacités de notre système de santé.

L'état de crise fut déclaré, dans la suite les lois Covid ont prolongé de nombreuses mesures restrictives, le système de santé s'en trouvait réorganisé dans la stratégie exclusive de lutte contre la pandémie.

Le Collège médical, se ralliant à la conviction que le premier devoir d'un Etat est celui de protéger tous ses citoyens a finalement, de manière nuancée, avisé favorablement les mesures législatives prises.

Aujourd'hui nous avons maîtrisé largement la première grande vague de la pandémie grâce à l'engagement hors pair de certaines autorités publiques, des responsables de l'AMMD et enfin et surtout de tous les professionnels de santé et le Collège médical tient à les en remercier chaleureusement.

Aujourd'hui encore nous léchons nos plaies, et ce n'est pas fini, mais les critiques apparaissent de partout : le paradoxe de la prévention !

Mais soyons bien conscients : la prévention a été -et l'est encore- le seul moyen « thérapeutique » dans cette pandémie.

Malheureusement les mesures imposées ont considérablement changé notre mode de cohabitation et nos relations interpersonnelles : les gestes naturels et

culturels d'empathie, d'amitié, d'amour furent mutés en « gestes barrières », l'interdiction de se voiler la face en public fut mutée en « port obligatoire du masque », les échanges entre personnes n'ont plus pu avoir lieu en présence physique, une certaine méfiance envers « l'autre » s'installe. Et à changer même la pratique médicale humaine, ancestrale ! (voir copie de l'article revue de presse médicale française à la page 6) Un nouveau terme a même été créé : distanciation. Quelles en seront les conséquences, psychologiques, comportementales ? notamment pour les juniors et les seniors de notre société civile.

Ainsi la pandémie nous a tendu le miroir et l'image que notre société y voit est loin d'être une image dont on pourrait être fière : Une humanité qui se voyait quasi toute puissante, transhumaniste, conquérant son univers, l'espace extraterrestre, fait la genuflexion devant un petit virus. Et l'on pourrait enchaîner par la constatation suivante : Trop de gens ont peur d'un petit risque, pourtant imminent, le Sars-Cov2, trop peu de gens ont peur d'un grand risque, malheureusement supposé lointain, le changement climatique avec sa conséquence de la destruction de notre espace vital.

Par ailleurs quid de la lutte contre d'autres fléaux, des maladies contagieuses et transmissibles, des guerres, de la crise migratoire, de la malnutrition et la pauvreté dans le monde, des catastrophes naturelles, lutte qui a été largement mise sur le banc par la priorité donnée à la lutte antipandémique avec des moyens financiers exorbitants y investis.

Mais la crise sanitaire nous a tendu également le miroir pour l'image des failles de notre système de santé et de ce que les

professionnels de santé critiquent depuis longtemps : la pression exercée par la gestion de plus en plus économique des soins de santé.

La crise sanitaire a lourdement fait souffrir notre économie et par conséquent beaucoup de personnes physiques. Et tout à coup elle nous a fait découvrir qu'une économie saine ne peut fonctionner qu'avec une population saine.

Alors investissons dans notre système de santé à l'instar de ce que font actuellement nos pays voisins, la France et l'Allemagne (il est vrai pourtant que ces pays ont un retard à combler du fait qu'ils avaient longtemps mené une politique de rationnement économique du secteur de la santé, beaucoup plus important que notre pays).

Notre Premier Ministre n'a-t-il pas dit en début de crise : « Et kascht eben wat et kascht », alors soyons conséquents et donnons à notre système de santé les moyens de combler ses failles, les retombées économiques n'en seront que plus importantes !

L'étude LAIR a mis le doigt sur les manquements de notre système et santé, citons p.ex. la pénurie existante actuellement avec tendance à s'accroître dans le futur des professionnels des soins de santé, notre dépendance de nos pays voisins pour ces professionnels, la concentration des soins au niveau des établissements hospitaliers, la manquante régionalisation équitable des soins de santé spécialisés, le manque de transparence du coût de la santé, etc.

Le fameux et longtemps attendu Gesondheitsdesch vient d'être lancé, une large concertation entre acteurs de notre société civile.

Nous en attendons non des débats éternels et contradictoires mais une concrétisation de mise en place des mesures telles que analysées et proposées dans l'étude LAIR.

En attendant le Collège médical vous souhaite une bonne lecture des sujets des pages suivantes.

Le Collège médical en deuil

Notre confrère et membre du Collège, le Dr Joseph STEICHEN, nous a quitté le 18 avril 2020. Certes nous le savions tous malade, même gravement malade, lui, il n'en a jamais fait état, sa retenue et sa discrétion nous avaient presque fait oublier ce qui devait arriver un jour. Il avait encore participé à la dernière séance de travail en présence physique des membres, avant le confinement Covid, le mercredi, 11 mars 2020.

Joseph était un pilier du Collège médical, sur 3 décennies il a toujours été fidèle au poste, engagé, bien renseigné, médiateur, toujours de bonne humeur avec sa manière bien à lui. Il s'est occupé de la trésorerie avec sa bien connue discrétion efficace.



Sur des années, outre de la trésorerie, le docteur Steichen s'est occupé à accueillir au sein du Collège les postulants à une autorisation d'exercice de la médecine au Luxembourg, pour contrôle des langues et de l'honorabilité. Il a ainsi établi le premier contact avec les nouveaux confrères et consœurs, il les a conseillés, guidés et quasi tous ont gardé un agréable souvenir de ce premier contact avec le Collège médical, grâce à la chaleureuse personnalité de Joseph.

Tu nous manqueras, cher Joseph, cher Jéiss, mais si désormais ta chaise au bout et à gauche de notre table de conférence restera vide, tu seras néanmoins présent dans nos pensées, tu nous accompagneras avec ta sagesse, ton expérience et ton humour...

Au nom de tous les membres du Collège et de tous les professionnels y inscrits : MERCI

Une controverse perpétuelle :
«Dr, Docteur, Doktor, Doctor, Dokter, MD»
?Profession ou Grade académique?

La controverse sous titre, telle que publiée à l'Info-Point N° 28 de janvier 2020 vient de trouver une heureuse issue par la

Loi du 31 juillet 2020 portant

- 1° organisation d'études spécialisées en médecine à l'Université du Luxembourg ;**
- 2° modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire**
- 3° modification de la loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.**

qui stipule à son **Chapitre 3**

- **Dispositions modificatives**

Art. 18.

La [loi modifiée du 29 avril 1983](#) concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire est modifiée comme suit :

- 1. À l'article 1er, paragraphe 1er, alinéa 1er, la référence à « l'article 7, paragraphe 3 » est remplacée par une référence à « l'article 7, paragraphe 2 »
- 2. À l'article 1erter, les termes « Les médecins résidant au Luxembourg ou inscrits à l'Université du Luxembourg peuvent » sont remplacés par les termes « Le médecin répondant aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 3 de la loi modifiée du 24 juillet 2014 concernant l'aide financière de l'État pour études supérieures peut »
- 3. À l'article 5, les paragraphes 1er et 2 sont remplacés par les dispositions suivantes:
 - « (1) La personne autorisée à exercer la médecine au Luxembourg en qualité de médecin-généraliste porte le **titre professionnel de docteur en médecine, médecin-généraliste.**
 - (2) La personne autorisée à exercer la médecine au Luxembourg en qualité de médecin-spécialiste porte le **titre professionnel de docteur en médecine, médecin-spécialiste suivi du nom de la spécialité reconnue au Luxembourg.**».
- 4. À l'article 8, paragraphe 1er, alinéa 1er, la référence à « l'article 14, paragraphe 3 » est remplacée par une référence à « l'article 14, paragraphe 2 »
- 5. À l'article 12, les paragraphes 1er et 2 sont remplacés par les dispositions suivantes:
 - « 1) La personne autorisée à exercer la médecine dentaire au Luxembourg porte le **titre professionnel de docteur en médecine dentaire, médecin-dentiste.**

(2) La personne autorisée à exercer la médecine dentaire au Luxembourg en qualité de médecin-dentiste spécialiste porte le **titre professionnel de docteur en médecine dentaire, médecin-dentiste spécialiste suivi du nom de la spécialité reconnue au Luxembourg.** »

6. À l'article 26, le paragraphe 1er est remplacé par la disposition suivante :

« (1) La personne autorisée à exercer la médecine vétérinaire au Luxembourg porte le **titre professionnel de docteur en médecine vétérinaire, médecin-vétérinaire.** »

Tout médecin/médecin dentiste, généraliste ou spécialiste, médecin vétérinaire autorisé à exercer la médecine au Grand-Duché, pourra donc faire précéder son nom par les lettres « Dr » tellement enviées !

A préciser quand même qu'il s'agit bien dans ce cas d'un **titre professionnel** et que le **grade académique** de « Dr med. » « Dr med. dent. » ou « Dr med. vet. » doit toujours être homologué par le Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

La loi donne suite également à une revendication de longue date du Collège médical à savoir que tout médecin en exercice disposera d'une carte professionnelle.

À la suite de l'article 7 est inséré un article 7bis ayant la teneur suivante :

« Art. 7bis.

(1) Toute personne autorisée à exercer la médecine au Luxembourg obtient une carte de médecin permettant à son titulaire d'attester de son identité et son droit d'exercer.

(2) Les modalités d'obtention et la durée de la validité de la carte de médecin sont définies par règlement grand-ducal. »

Ceci devrait avoir comme suite une autre revendication de longue date du Collège médical, à savoir un registre professionnel unique émanant de la fusion des registres professionnel, tenu par le MiSa, et du registre ordinal, tenu par le Collège médical.

Ce registre devrait être dynamique, répertorier toutes informations au sujet des professionnels de santé, permettant de faire des statistiques, des prévisions en vue de la démographie médicale, de la régionalisation du secteur hospitalier et extrahospitalier, de l'organisation du système de garde etc. et sera également nécessaire au Cm pour organiser la formation médicale continue.

Lors d'une réunion du Collège médical avec les juristes du Ministère de la Santé, ces derniers se sont montrés très favorables à la mise en place d'un tel registre par une modification de la loi. Le CM a demandé au MiSa une réforme du registre professionnel également des pharmaciens et des psychothérapeutes, ce qui nécessitera une modification des lois relatives à ces professions.

Apparemment tous ces sujets seront thématiques au Gesondheitsdesch qui démarrera donc le 16 septembre.

Enfin la nouvelle loi prévoit une réévaluation vers le haut des professionnels spécialistes dans le Cadre Luxembourgeois des Qualifications (CLQ) au niveau le plus élevé, 8.

CONTRAT CONCERNANT UNE CONVENTION DE CESSION

Demande d'avis concernant une convention de cession d'un fonds de commerce/cabinet dentaire (élaborée par un avocat).

Les points suivants ont retenu l'attention du Collège médical :

Le Collège médical ne saurait accepter le terme de « *fonds de commerce* » en rapport avec une activité médico dentaire.

En effet, afin de mettre une entrave à une pratique selon des aspects purement commerciaux de l'activité médico-dentaire, financée pourtant de manière substantielle par la collectivité via les mutuelles, le Code déontologie médical (CDM) stipule à son article 16 :

La médecine est un service pour lequel le prestataire est honoré. La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Par ailleurs le libre choix du patient quant à son médecin étant garanti par l'article 10 du CDM :

Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien. Il lui facilite l'exercice de ce droit.

et l'article 5 de Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 6, et sous réserve des impératifs d'organisation de la prestation des soins, chaque patient a le droit de choisir librement le prestataire de soins de santé par lequel il désire être pris en charge en vue de la prestation de soins de santé. Ce choix peut être modifié à tout moment.

une patientèle ne peut être l'objet d'une vente/cession, contrairement à ce qui se passe outre frontière où il y a possibilité de domiciliation du patient dans un cabinet précisé.

Ce qui peut néanmoins être l'objet d'une cession sont les droits de propriété du local d'exercice et/ou des installations (avec les dossiers médicaux qui s'y trouvent), cf. article 31 du CDM

Les éléments matériels et immatériels d'une pratique médicale peuvent faire l'objet d'un apport ou d'un quasi-apport dans une association de médecins. Ils peuvent faire l'objet d'une cession à un médecin ou à une association de médecins.

L'apport, le quasi-apport, la cession doivent faire l'objet d'un contrat écrit qui, à la demande d'une des parties, devra être soumis à l'examen préalable du Collège médical.

Par ce contrat, il ne peut aucunement être porté atteinte aux devoirs déontologiques des médecins concernés.

Rappelons encore la teneur de l'article 65 du CDM en rapport avec les dossiers médicaux :

Lorsqu'un cabinet médical fera l'objet d'une cession, un contrat de cession écrit stipulera que le médecin cessionnaire devient le dépositaire des dossiers médicaux du cédant et s'engage à remettre à tout patient qui en fera la demande son dossier médical, ou à le transmettre au médecin qui aura été choisi par le patient.

Le médecin cédant peut donc proposer le repreneur du cabinet comme dépositaire des dossiers médicaux, mais il n'en découle aucune obligation du patient de venir consulter le successeur. Ce dernier a même l'obligation de remettre à un patient requérant tout le dossier nécessaire à la continuité des soins auprès du praticien de son choix.

Le Collège médical propose donc de remplacer, dans tout le contrat, le terme de « le fond de commerce » par « les éléments matériels et immatériels de la pratique médico-dentaire du cabinet dentaire Dr XY..»

Dans cet ordre d'idées les notions « *nom commercial, patientèle/clientèle achalandage* » au point 1.1/ sont à supprimer et à remplacer par « *les éléments matériels et immatériels de la pratique médico dentaire du cabinet dentaire Dr XY, y compris les dossiers médico-dentaires* »

« Médecine : toucher le patient, ce n'est plus automatique »

Extrait de la revue de presse Mediscoop du 08-09-2020

Date de publication : 8 septembre 2020

Jeanne Ferney observe en effet dans La Croix : « *Garder ses distances, se toucher le moins possible. Depuis des mois, le coronavirus a imposé sa loi. Dans les transports, au bureau, et jusque dans les cabinets médicaux, où certains réflexes ont été relégués au rang des contacts superflus, à commencer par la poignée de main* ».

Le Dr Alain Rotivel, généraliste à Orléans, près de Lyon, remarque cependant : « *Je peux soupçonner une gastro-entérite chez un patient qui me décrit sa douleur, mais tant que je n'aurai pas mis la main sur son ventre, je n'aurai pas de certitude. Le contact physique reste une source de savoir irremplaçable* ».

Jeanne Ferney note que « *palper, ausculter, tapoter... Ces gestes quasi rituels de la consultation chez le généraliste n'ont pas attendu la crise sanitaire pour se raréfier* ».

Stanis Perez, historien, explique que « *depuis trois décennies environ, on observe une prise de distance entre le médecin et son patient. Autrefois, aller chez le médecin impliquait d'être observé dans la totalité de son anatomie. Il y avait quelque chose de très intrusif. [...] Aujourd'hui, la tendance s'est inversée, et il n'est pas rare que les médecins auscultent à travers le pull, voire n'auscultent pas du tout* »

Il évoque de « *nouveaux tabous entourant l'accès au corps. La profession a beau se féminiser, la médecine est encore associée à une fonction masculine, ce qui peut nourrir l'inquiétude de certaines patientes et susciter une forme d'autocensure chez certains médecins* »

Jeanne Ferney ajoute que « *cette réduction des contacts physiques est alimentée, d'après lui, par la formation des futurs médecins* ».

Stanis Perez remarque que « *de plus en plus, on leur explique que le bon diagnostic ne se fait plus par le geste ou par l'observation, mais par le calcul. On se dirige ainsi vers une médecine de chiffres : au-dessus de tel seuil, ce n'est pas bien, en dessous, ce n'est pas bien non plus. Les patients eux-mêmes sont de plus en plus en attente de cette évaluation mathématique* ». « *Une évolution à laquelle ont aussi contribué les progrès de l'imagerie médicale* », continue la journaliste.

Un radiologue « *qui exerce dans l'est de la France* » déclare cependant : « *Aujourd'hui, on demande une radio au moindre doute. Le problème, c'est que dans l'esprit de beaucoup de médecins, l'imagerie exclut l'examen clinique et donc le contact physique avec le patient, or l'un ne va pas sans l'autre. Une échographie doit être le prolongement des yeux et de la main du médecin, elle ne doit pas les remplacer* ».

« Ce dernier reconnaît néanmoins que la raréfaction de certaines pratiques a été synonyme de soulagement pour bien des patients. Ainsi du redouté toucher rectal, sur lequel beaucoup de généralistes font désormais l'impasse », relève Jeanne Ferney.

La journaliste s'interroge : « Est-ce une question de génération ? Peut-être un peu ».

La Dr Sandra Henocq, « jeune généraliste installée dans un centre de santé à Gentilly, dans le Val-de-Marne », déclare ainsi qu'« examiner un patient est un acte plus réfléchi qu'auparavant. Autrefois, [la prise de tension] était quelque chose d'automatique, désormais on sait que le faire à chaque fois n'a pas d'intérêt, sauf si le patient a des problèmes cardiovasculaires ou le réclame parce que cela le rassure ».

Jeanne Ferney note en effet que « pour certains patients, être examiné minutieusement, c'est être correctement soigné ».

Le radiologue observe : « Une de mes amies m'a dit qu'elle allait changer de généraliste parce que le sien ne l'avait jamais déshabillée. Cela lui a donné l'impression qu'il s'occupait d'elle à la va-vite. [...] Les honoraires des généralistes étant fixes, ils ne peuvent pas passer 3 heures à examiner chaque patient, surtout quand l'imagerie ou la prise de sang permettent d'avoir des réponses rapidement »

Stanis Perez souligne quant à lui que « le geste est aussi une manière d'instaurer une relation de confiance, de faire du lien ».

Problèmes de secret professionnel en cas de détection d'une SURCONSOMMATION DE MÉDICAMENTS. **Quelles possibilités d'action pour le médecin et le pharmacien?**

Médecins et pharmaciens d'officine sont souvent confrontés à des patients consommateurs de médicaments susceptibles d'entraîner une assuétude.

La problématique générale de la consommation de soins est traitée par les articles 76 et suivants de la convention, respectivement l'article 23 du Code de sécurité sociale, qui exigent des prestations, respectivement des prescriptions qui, sans dépasser l'utile et le nécessaire, doivent correspondre à l'état de chaque malade.

L'importance de ces dispositions n'est toutefois pas accompagnée d'un mécanisme de signalement d'éventuels abus de consommation de médicament constaté par le professionnel.

Du point de vue conventionnel, l'article 81 de la convention prévoit un mécanisme de surveillance par l'établissement de tableaux statistiques sur la consommation individuelle des prestations de santé des personnes protégées (...) pouvant au vu de l'article 23 alinéa 2 du Code de sécurité sociale aboutir aux sanctions suivantes :

- l'avertissement,

- la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé,
- une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge des prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies (...)

Les moyens existants reposent donc sur la mise en œuvre d'un système de vigilance au niveau de la CNS pour autant qu'elle soit confrontée à des demandes de prise en charge d'une consommation en dehors des posologies usuelles.

De leur côté les professionnels confrontés par la problématique au quotidien sont contraints de limiter leurs actions à l'éducation thérapeutique du patient alors qu'ils sont démunis par l'absence d'un cadre juridique dont la clarté permette de signaler les cas de surconsommation sans s'exposer à la violation du secret professionnel.

En effet, d'après les recherches du CM le signalement des cas d'abus n'est pas prévu et il

n'existe par conséquent pas d'instance compétente pour accueillir, voire traiter d'éventuelles déclarations de cas !

Il est important de considérer qu'en premier recours, le professionnel peut penser à se tourner vers des structures publiques telles la Direction de la santé/division de la pharmacie et des médicaments. Or, au vu des attributions conférées par les lois instituant cette direction, il n'est pas certain que les missions s'étendent à la surveillance de la surconsommation des médicaments dans la cadre des relations individuelles entre patients et professionnels.

La question se pose donc de savoir ce que peuvent faire le pharmacien ou le médecin confronté à une consommation abusive ?

Le Code de déontologie du pharmacien prévoit en son article 12 que le pharmacien peut s'opposer à une délivrance pour motifs professionnels justifiés.

Ayant également selon l'article 36 du même code un devoir de contribuer à la lutte contre la surconsommation du médicament par l'éducation du patient, le pharmacien peut valablement dans ce contexte refuser de délivrer la prescription avec le cas échéant inscription de son motif de refus sur l'ordonnance.

De son côté le médecin peut s'opposer à la prise en charge du patient pour motif professionnel ou personnel (article 67 du Code de déontologie. Son devoir de prévenir toute addiction, étant un motif professionnel plus que sérieux (article 1 du Code de déontologie) le médecin peut y trouver une base pour faire jouer sa liberté thérapeutique en refusant toute prescription, responsable de la situation d'assuétude.

En dehors des codes de déontologies, sont à considérer des dispositions issues du droit commun

1. Le principe de base du secret professionnel est institué dans l'intérêt du patient : cet intérêt reste sauvegardé si les révélations du médecin ou du pharmacien tentent à éviter au patient le risque d'une consommation abusive du médicament (voir articles 71, 72 du Code de déontologie de médecin et article 36 du code de déontologie de pharmacien)
2. Les principes de moralité professionnelle définis à l'article 67 du code de déontologie médicale et à l'article 12 du code de déontologie de pharmacien mettent

l'obligation de secret en concurrence avec d'autres valeurs d'importance plus ou moins grande au sens de l'intérêt général (ex : droits de la défense, bonne administration de la justice, la sécurité et santé publique, etc.). Il appartient au médecin et au pharmacien d'apprécier la proportionnalité entre le secret et la nécessité de sa révélation (ici protéger le patient addictif et le système de santé des dérives).

3. L'état de nécessité, notion empruntée au droit pénal joue dans les circonstances où une personne a à affronter des obligations contradictoires en situation de danger grave et imminent pour autrui. Si le médecin/pharmacien estime que l'addiction du patient n'est pas possible d'être maîtrisée autrement que par la révélation du secret, on ne peut lui en reprocher la violation.

Les conditions de l'état de nécessité sont remplies si la valeur du bien sacrifié (ici le secret) est inférieure ou tout au moins équivalente à celle du bien que l'on prétend sauvegarder (ici le combat de l'addiction).

L'intérêt à sauvegarder doit être en péril imminent et grave (l'addiction est grave, mais le péril est-il imminent ?) Il doit être impossible d'éviter le mal autrement que par l'infraction ! Si le médecin choisit cette voie il marche sur des œufs

4. L'omission de porter secours à personne en danger : ceci suppose que le médecin/pharmacien ait connaissance du péril grave et actuel auquel la victime est exposée : l'addiction avec risque de syndrome aigu de sevrage répond-elle à cette définition ?

Conclusion : même s'il résulte de la situation du médecin/pharmacien qu'il n'est pas obligé de signaler, il lui revient de décider d'enfreindre le secret.

Informé la Direction de la Santé n'est pas interdite mais relève du choix du médecin/pharmacien, pour autant qu'elle ait des moyens d'agir contre le patient.

Pour endiguer ce fléau, le Collège médical prône une collaboration renforcée entre médecin et pharmacien moyennant échange d'information sur les données de la prescription et encourage par ailleurs les autorités à créer une cellule de surveillance aux fins de gérer les cas de surconsommation, le cas échéant réglementer le signalement.

Le professionnel de santé en tant qu'employeur **Rappel d'une de ses obligations**

Beaucoup des inscrits du Collège médical exerçant en libéral et indépendant occupent du personnel, partant les administrations les considèrent comme employeurs avec toutes les obligations y relatives..

Les Présidents du Collège médical et de l'AMMD ont été informés par un médecin que son cabinet a fait l'objet d'un contrôle par l'Inspection du Travail et des Mines (ITM).

Ont notamment été contrôlés :

1. les contrats des employés ;
2. les bulletins de salaire et les extraits bancaires des virements y relatifs ;
3. le tableau des congés ;
4. la présence d'un horodateur (pointeuse) pour enregistrer l'heure d'arrivée et de départ des salariés ;
5. la désignation d'un délégué à la sécurité et la conformité de sa formation ;
6.

Pour la plupart des cabinets les 3 premiers points ne devraient pas poser de problème, la présence d'une pointeuse serait plutôt l'exception. D'ailleurs une recherche dans le code de travail n'a pas permis de trouver la base légale pour sa présence.

Il en est différent pour le point 5 traité dans le livre III du code de travail

<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/code/travail/20200828>

qui stipule à son article L. 312-1

L'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des salariés dans tous les aspects liés au travail.

.....

et à l'article L. 312-3

« Art. L. 312-3. (1) Sans préjudice des obligations visées aux articles L . 312-1 et L . 312-2, l'employeur désigne un ou plusieurs salariés pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise ou de l'établissement, ci-après appelés salariés désignés. »

D'après le Règlement grand-ducal du 9 juin 2006 - déterminant le nombre suffisant des travailleurs désignés ;

- catégorisant les entreprises dans lesquelles l'employeur peut assumer lui-même la fonction de travailleur désigné;
- relatif aux capacités des travailleurs désignés ;
- relatif à la formation des travailleurs désignés

<http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2006-102-fr-pdf.pdf>

et son annexe I point 1 la plupart des cabinets devrait tomber sous le groupe A (entreprise qui occupe moins de 16 travailleurs).

A noter que d'après l'article 3 de ce règlement l'employeur peut lui-même assumer cette fonction sous condition de satisfaire aux conditions de qualification et formation fixées par le règlement

Art. 3. *Pour les entreprises dont le nombre de salariés ne dépasse pas le nombre de 49, l'employeur peut assumer lui-même la fonction de travailleur désigné s'il remplit les dispositions du présent règlement grand-ducal concernant le temps dont il doit*

disposer, la formation appropriée, l'expérience professionnelle et les pré requis de qualification.

Des dispositions ci-dessus et de celles de l'Arrêté ministériel du 18 juillet 2007 déterminant les programmes des différents cycles de formation pour travailleurs désignés tels que prévus par l'article 7 du règlement grand-ducal du 9 juin 2006 relatif à la formation des travailleurs désignés

<http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2007-160-fr-pdf.pdf>

il ressort qu'il n'y a pas de formations spécifiques pour le secteur de la santé. Le travailleur désigné à la sécurité doit avoir suivi 4 heures de formation de base et 8 heures de formation spécifique suivie d'une formation complémentaire tous les 5 ans.

Les organismes en charge de cette formation payante (et comptant comme temps de travail pour le salariés) peuvent être trouvés sur les site de l'Association Assurance Accident (AAA)

<https://aaa.public.lu/de/securite-sante-travail/formations/travailleurs-designes.html>

Par ailleurs il y a fixation du temps minimal moyen que doit ou doivent avoir à leur disposition le ou les travailleurs désignés, exprimé en secondes par jour, en l'occurrence pour le groupe A:

« Le travailleur désigné doit disposer au moins d'un temps de 70 secondes journalières en moyenne par travailleur pour les missions qui lui incombent en matière de sécurité et de santé des travailleurs au travail, s'y ajoutent au moins 70 secondes journalières supplémentaires en moyenne pour chaque poste à risque. »

A titre d'information rappelons encore l'article L. 314-4 du code de travail

Art. L. 314-4.

Toute infraction aux dispositions des articles L . 312-1 à L . 312-5, L . 312-8 et L . 314-2, des règlements et des arrêtés pris en leur exécution est punie d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 25 .000 euros ou d'une de ces peines seulement .

Toute infraction aux dispositions de l'article L . 313-1, des règlements et des arrêtés pris en son exécution est punie d'une amende de 251 à 3 .000 euros

UN MÉDECIN PEUT-IL VRAIMENT ACCEPTER LES DISPOSITIONS TESTAMENTAIRES D'UN PATIENT ?

- Le principe d'interdiction

Selon l'article 75 du code de déontologie : « le médecin ayant assuré le traitement d'une personne avant le décès de cette dernière ne pourra bénéficier des dispositions testamentaires prises par ladite personne en sa faveur que dans les cas prévus par la loi.

A cet égard, l'article 909 du Code civil prévoit en la matière le principe qui suit : «. *Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie (..) ».*

Il résulte de ce principe d'interdiction certaines conditions :

- Si le patient a été effectivement traité par le médecin durant la maladie qui lui a été fatale. En se tenant à une appréciation plus ou moins nuancée, ce traitement peut englober la pose d'un diagnostic, la formulation d'un avis, une intervention, etc.
- Si le patient est décédé de la maladie dont le médecin en assurait ou en a assuré le traitement ;
- Si la donation/ou le testament a été établi durant la maladie pendant laquelle le médecin en assurait ou en a assuré le traitement.

On peut donc déduire qu'il est possible de recueillir une donation réalisée avant l'apparition de la maladie fatale.

Ce principe est entouré par les exceptions ci-après:

« Les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus;

Les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite, ne soit lui-même du nombre de ces héritiers (...)».

Les dispositions à titre particulier, en tant qu'exceptions à l'interdiction de bénéficier des dons/dispositions testamentaires d'un patient peuvent être acceptées par le médecin pour autant que la valeur ou l'importance soit proportionnée au service rendu par le médecin. Cette exigence de proportionnalité permet d'exclure les donations déguisées.

Les dispositions ou rémunérations à titre particulier ne peuvent être faites que par des personnes disposant de toutes leurs capacités.

Le législateur respectueux de la liberté testamentaire n'interdit pas non plus de dons à l'égard d'un parent médecin jusqu'au 4^{ième} degré inclus à moins que le défunt ait un héritier en ligne directe ou que le soignant ne soit lui-même l'héritier en ligne directe.

Quelles sanctions possibles en cas de non-respect de l'interdiction ?

- La demande d'annulation des dispositions testamentaires devant une juridiction civile

Toute personne intéressée peut demander l'annulation d'une donation ou d'une disposition testamentaire en faveur du médecin, en cas de décès du patient donataire.

En cas de demande d'annulation, il appartient au tribunal d'apprécier le respect des conditions pour maintenir ou annuler le testament/la donation ou toute disposition gratifiant le médecin.

- L'action pénale pour abus de faiblesse

Sur le plan pénal, il est possible d'envisager une action sur le fondement de l'article 493. du Code pénal qui réprime l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique, est apparente ou connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou une abstention qui lui sont gravement préjudiciables

Au vu des généralités de l'infraction d'abus de faiblesse, il est possible de concevoir la répression contre tout médecin ayant fait usage de l'influence dont il disposait sur un malade pour bénéficier d'un don.

QUE RETENIR ?

Le principe d'interdiction de recevoir les legs (..) ne porte pas seulement sur le médecin, les soignants et autres intervenants sont aussi visés.

Il n'existe pas une interdiction générale de recueillir une donation ou un leg d'un patient, seulement une interdiction à des conditions relativement difficiles d'appréciation.

En conséquence la donation faite par un patient n'est donc ipso facto pas nulle, alors que le bénéficiaire n'en est pas toujours informé et que le patient est libre de disposer de son patrimoine.

Le risque d'acceptation du testament/don par le médecin se limite en principe à l'obligation de restituer ce qui a été donné ou légué, le cas échéant la poursuite d'une action pénale dont l'aboutissement nécessite évidemment la preuve d'un abus.

Sommaire

Table des matières

Editorial	1
Le Collège médical en deuil	2
Une controverse perpétuelle : «Dr, Docteur, Doktor, Doctor, Dokter, MD» ?Profession ou Grade académique?	3
CONTRAT CONCERNANT UNE CONVENTION DE CESSION	5
« Médecine : toucher le patient, ce n'est plus automatique »	6
Problèmes de secret professionnel en cas de détection d'une SURCONSOMMATION DE MÉDICAMENTS. Quelles possibilités d'action pour le médecin et le pharmacien?	7
Le professionnel de santé en tant qu'employeur Rappel d'une de ses obligations	9
UN MÉDECIN PEUT-IL VRAIMENT ACCEPTER LES DISPOSTIONS TESTAMENTAIRES D'UN PATIENT ?	10
Sommaire	12
Impressum	12

Impressum

Heures d'ouverture du secrétariat : du lundi au vendredi de 09.00 - 12.00 et 14.00 - 16.00 heures
Adresse : Collège médical, 2, rue Albert 1^{er}, L-1117 Luxembourg Tél : 20601101-20

e-mail: info@collegemedical.lu ; site internet: <http://www.collegemedical.lu>

Info-Point N° 29 2020/2, éditeur responsable: Le Collège médical du Grand-Duché de Luxembourg,
Rédaction: Dr Pit BUCHLER, Dr Roger HEFTRICH, Mme Valérie BESCH
Layout: Patty SCHROEDER