



Les droits des patients

Elaboré par:



Patiente Vertriebung A.s.b.l.
1a, rue Christophe Plantin
L-2339 Luxembourg
+352 49 14 57
www.patientevertretung.lu

Avec le soutien financier de:



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Mise en page/Impression: Reka, Ehlerange

I Les principes généraux	9
1.1 Le respect de la dignité et de la loyauté	9
1.2 L'accès à des soins de qualité	9
1.3 Le libre choix du prestataire de soins de santé	9
1.4 L'assistance du patient	9
1.5 La sécurité du patient et des visiteurs	10
1.6 L'enseignement et la participation à des études dans le cadre de la recherche médicale	10
1.7 Le devoir du personnel soignant et médical	10
1.8 Le refus de prise en charge du patient	10
1.9 Le deuxième avis	11
1.10. La psychiatrie	11
2 La relation patient - professionnel de santé - hôpital	13
2.1 L'information	14
2.1.1 Le principe	14
2.1.2 Les exceptions	14
2.2 Le consentement libre et éclairé	16
2.2.1 Le principe	16
2.2.2 Les exceptions	17
2.2.3 La forme du consentement	18
2.2.4 La rétractation du consentement	19
2.2.5 La preuve et contestation	19
2.3 Le dossier patient	19
2.3.1 La définition	19
2.3.2 Le contenu du dossier	19
2.3.3 Le droit d'accès au dossier	20
2.3.4 Le dossier soins partagé	21
2.3.5 En cas de décès du patient	22
2.3.6 Les annotations personnelles	23
2.4 Le secret professionnel	23
2.5 La personne de confiance	24
2.6 Le médecin référent	26

Sommaire

3	Les soins transfrontaliers	27
4	Quelques problèmes particuliers	32
4.1	Le médicament générique	32
4.2	Les soins palliatifs	33
4.2.1	La définition	33
4.2.2	Les objectifs visés par les soins palliatifs	34
4.2.3	La directive anticipée	35
4.3	L'acharnement thérapeutique	35
4.4	L'euthanasie et l'assistance au suicide	36
4.4.1	La définition	36
4.4.2	Les dispositions de fin de vie	37
4.5	Le prélèvement d'organes	37
4.5.1	Le prélèvement sur une personne vivante	37
4.5.2	Le prélèvement sur une personne décédée	38
4.6	L'autopsie	38
5	L'agissement professionnel incorrect, la faute professionnelle et les recours	39
5.1	Le constat du préjudice	39
5.1.1	L'erreur	39
5.1.2	La faute et l'agissement professionnel incorrect	39
5.1.3	La procédure en cas de contestation d'une facture	40
5.2	La conciliation	40
5.3	Le service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé	41
5.4	La procédure de plainte	42
5.5	Les juridictions sociales	42
6	Divers	45
6.1	Le glossaire	45
6.2	Les ouvrages & différentes lois	49





La deuxième édition de la brochure « Les droits et obligations du patient », élaborée par la « Patiente Vertriebung » avec le soutien du ministère de la Santé, met l'accent sur un changement majeur : les obligations du patient sont mises à l'égalité de ses droits.

En tant que ministre de la Santé, j'aimerais saisir l'occasion pour remercier la Patiente Vertriebung pour son engagement de longue date, œuvrant continuellement dans l'intérêt du patient. Le patient doit toujours rester au centre de nos préoccupations, quoi que nous fassions. Tous les individus ne sont pas pareils. Si les uns savent comment se procurer les informations et prendre leur santé en main, d'autres se sentent perdus face à la masse d'informations existantes. Avec la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, le Luxembourg dispose d'un instrument juridique qui rassemble dans un seul texte les droits et obligations du patient et apporte plus de visibilité et de clarté dans les relations entre patient et prestataires de soins de santé. Cette relation repose avant tout sur le principe fondamental du respect mutuel, de la dignité et de la loyauté. La loi soutient l'évolution de notre système de soins de santé vers une relation plus partenariale, où le patient est amené à jouer un rôle plus actif.

Parmi les principaux droits du patient consacrés par la loi du 24 juillet 2014, on peut citer le libre choix du prestataire, l'information du patient et la prise en compte de sa volonté, la possibilité de désigner une personne de confiance ou un accompagnateur, le droit à un dossier patient soigneusement tenu à jour et accessible au patient.

Si les patients ont des droits qu'il convient de mieux faire connaître, ils ont aussi, des responsabilités.

Ainsi, il leur revient d'informer le prestataire de soins de santé dans un langage clair et compréhensible et le plus exactement possible des symptômes ressentis, des traitements reçus ainsi que des effets des thérapies suivies.

La loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, prévoit également la création d'un service national d'information et de médiation. Ce service constitue une structure d'information, de conseil et de médiation ouverte aussi bien au patient qu'au professionnel de santé. L'objectif

Préface

est d'informer, de prévenir les conflits et, en cas de difficulté, de rapprocher les parties et de trouver une résolution extrajudiciaire d'un conflit dans un esprit de dialogue et de compréhension mutuelle.

Le service, qui remplit aussi la fonction de point de contact national en cas de soins transfrontaliers, travaillera main dans la main avec la Patienten Vertretung ainsi qu'avec les autres partenaires médico-sociaux.

Toutes les conditions sont dès lors remplies **pour un partenariat solide et mutuellement bénéfique entre le patient et le professionnel de santé**. Je remercie d'ores et déjà toutes celles et tous ceux qui ont contribué et qui vont contribuer à l'avenir à renforcer la relation de confiance et de collaboration entre le patient et le professionnel de santé.

Lydia Mutsch
Ministre de la Santé





Fondée le 28 juin 1995, l'asbl Patiente Verriedung se charge de défendre les droits des patients depuis maintenant 20 ans.

En matière de droit, il s'agit bien de la nouvelle loi entrée en vigueur le 24 juillet 2014, qui a permis d'avancer et d'obtenir des progrès considérables. Cependant, bien que l'asbl ait contribué à l'élaboration du projet, toutes les remarques qui tenaient à cœur à la Patiente Verriedung

n'ont pas été prises en considération.

Le patient, confronté à la maladie qui le mine, est obligé de s'orienter en milieu inconnu. Bien qu'il se rende chez son médecin plusieurs fois par an et qu'il se soumette à des examens médicaux, il ne connaît pas nécessairement ses droits et ses obligations, étant donné que très souvent, il ne sait pas où se procurer les informations relatives à ses droits. Et il s'agit bien là de droits essentiels en vue de la protection du patient.

Il est fréquent que le patient se pose des questions comme : « Mon médecin traitant s'agit-il d'une personne expérimentée ? » « Comment l'opération se déroulera-t-elle et quels en sont les risques ? » « Que faire si l'opération ne réussit pas ? » « Quel comportement devrai-je alors adopter ? » « Quels sont mes droits ? » « S'il m'arrivait quelque chose, mon médecin s'adressera-t-il à mes proches pour qu'ils puissent lui faire part de mes souhaits ? » « Existe-t-il ce qu'on appelle une personne de référence ? »

C'est dans le but que le patient puisse trouver réponse à ce type de questions et s'informer sur ses droits, ainsi que sur leur application, que l'asbl Patiente Verriedung a élaboré cette brochure. Elle pourra lui servir de guide auquel il aura recours en cas de besoin. Un patient bien informé est davantage en mesure d'évaluer des situations et d'émettre son point de vue. Ainsi le patient et le médecin peuvent agir en partenaire, d'égal à égal, ce qui entraîne des conséquences positives sur la relation entre le patient et le médecin.

La brochure de l'asbl Patiente Verriedung devrait contribuer à faire des patients des partenaires actifs d'un système de santé se consacrant à la promotion des droits des patients.

En vous souhaitant une lecture enrichissante !

René Pizzaferrri
Président de la Patiente Verriedung asbl

Remarques préliminaires

Remarques préliminaires

Cette brochure n'est pas exhaustive, elle ne reprend que les lignes directrices en matière de droits des patients sur base de différentes lois en vigueur au moment de la publication de la brochure.

Pour des renseignements complémentaires, veuillez consulter les différentes bases légales y afférentes et veuillez vous adresser aux différents centres susceptibles de vous renseigner au sujet de vos questions précises et démarches à suivre.

Afin de faciliter la lecture de cette brochure, toute dénomination masculine englobe bien évidemment aussi le sexe féminin.

- La loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé est nommée ci-après : « la loi du 24 juillet 2014 ».
- La loi du 1^{er} juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers est nommée ci-après « la loi du 1^{er} juillet 2014 ».

En termes de droits des patients il y a notamment lieu de se référer également aux codes de déontologie¹ des différentes professions qui participent à la prise en charge d'un patient.

¹ voir 6.2. « Les ouvrages et différentes lois »

I Les principes généraux

I.1 Le respect de la dignité et de la loyauté

Tout « patient a droit à la protection de sa vie privée, à la confidentialité, à la dignité et au respect de ses convictions religieuses et philosophiques ». (Article 3(1) de la loi du 24 juillet 2014)

I.2 L'accès à des soins de qualité

« Sans préjudice des priorités dues au degré d'urgence, le patient jouit d'un égal accès aux soins de santé que requiert son état de santé. Les soins de santé sont prodigués de façon efficace et sont conformes aux données acquises de la science et aux normes légalement prescrites en matière de qualité et de sécurité». (Article 4(1) de la loi du 24 juillet 2014)

I.3 Le libre choix du prestataire de soins de santé

Le patient peut choisir librement son médecin, sauf en cas d'urgence.

En cas d'hospitalisation et sauf cas d'urgence, le patient a le libre choix de l'hôpital ainsi que du médecin parmi ceux admis à exercer dans cet hôpital.

Le patient a toujours le droit de faire appel à un autre médecin pour un avis complémentaire sur son état de santé ou opter pour la consultation commune avec le médecin traitant et le médecin consultant. Néanmoins, une consultation n'est pas prise en charge par l'assurance maladie si une consultation d'un médecin d'une même spécialité a lieu dans les 24 heures suivant la dernière consultation, sauf intervention du service médical d'urgence.

I.4 L'assistance du patient

Tout patient peut se faire **assister** dans ses démarches/décisions en relation avec son état de santé par une tierce personne. (Article 7(1) de la loi du 24 juillet 2014). Cette tierce personne, encore appelée « accompagnateur du patient » sera choisie librement par le patient, son identité sera intégrée dans le dossier. (Il peut s'agir d'un professionnel de santé ou non)

Sur demande expresse du patient, le secret professionnel sera levé à l'égard de cette assistance. (Article 7(2) de la loi du 24 juillet 2014) La personne de confiance, par opposition à « l'accompagnateur du patient », prendra le rôle de « porte parole » pour le patient, si ce dernier n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté à un moment ultérieur, tandis que « l'accompagnateur du patient » n'a qu'un rôle d'assistance.

1.5 La sécurité du patient et des visiteurs

Chaque patient et chaque visiteur doit respecter les dispositions relatives à la sécurité contenues dans le règlement d'ordre intérieur de chaque hôpital ainsi que les modalités et heures de visites.

1.6 L'enseignement et la participation à des études dans le cadre de la recherche médicale

En ce qui concerne la participation d'un patient au domaine de l'enseignement p.ex. lors de la présentation d'un patient à des étudiants en médecine, le consentement du patient ou du représentant légal est exigé.

Pour les traitements dans le cadre de la recherche médicale, la participation à une étude exige le consentement libre, éclairé et écrit du patient ou du représentant légal, après avoir informé de manière adéquate et exhaustive le patient des objectifs, des méthodes et des bénéfices escomptés ainsi que des risques et désagréments potentiels. Le patient a le droit de ne pas participer à l'étude et de s'en retirer à tout moment.

1.7 Le devoir du personnel soignant et médical

Les professionnels de santé ont le devoir d'assister le patient dans l'exercice de ses droits.

1.8 Le refus de prise en charge du patient

Les professionnels de santé ont le droit de refuser de donner suite à une demande de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles (avortement, traitement sous contrainte en psychiatrie, etc.). (Article 6(1) de la loi du 24 juillet 2014)

Le refus ne peut en aucun cas être basé sur des considérations discriminatoires. (Article 6(2) de la loi du 24 juillet 2014)

Dans un cas de refus de prise en charge d'un patient, les professionnels de santé doivent diriger le patient (à la demande de celui-ci) vers un autre professionnel. (Article 6(1) de la loi du 24 juillet 2014)

En revanche, (dans la mesure du possible) tout professionnel de santé, quelles que soient ses convictions personnelles, est tenu de prêter assistance à une personne qui a besoin de soins de façon urgente. (Article 6(3) de la loi du 24 juillet 2014)

1.9 Le deuxième avis

Dans le cadre d'interventions lourdes ou dans des cas particuliers, il peut être utile de demander un deuxième avis. On entend par « deuxième avis » un conseil supplémentaire recherché auprès d'un médecin autre que celui qui a d'abord été consulté. La pratique du deuxième avis ne constitue pas un acte de méfiance à l'égard du médecin consulté en premier lieu.

A noter que la deuxième consultation est seulement prise en charge par l'assurance-maladie si elle se situe au-delà d'un délai de 24 heures de la première consultation, sauf intervention du service médical d'urgence.

L'article 36 des statuts de la Caisse Nationale de Santé¹ de 2011 prévoit que : « Sauf autorisation préalable ou justification admise par le contrôle médical, ne sont pas prises en charge

- plus d'une consultation ou visite de l'omnipraticien ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par 24 heures, à moins qu'il n'y ait intervention du service médical d'urgence,
- plus de 2 consultations ou visites de l'omnipraticien ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par période de 7 jours,
- plus de 12 consultations ou visites de l'omnipraticien ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par semestre, à moins qu'il ne s'agisse de consultations ou de visites délivrées en long séjour gériatrique ou en séjour stationnaire hospitalier ».

1.10 La psychiatrie

Soulignons tout d'abord le caractère particulier de l'affection mentale. En effet, celle-ci peut gravement altérer la capacité de discernement du patient, sans pour autant atténuer son niveau de conscience ou de vigilance, ni nécessiter une hospitalisation.

En général, dans le domaine psychiatrique, comme dans tous les secteurs du système de la santé, le consentement du patient est requis pour toutes les mesures d'ordre diagnostique et thérapeutique.

Dans la mesure du possible, les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être traitées dans le milieu dans lequel elles vivent. Elles ne peuvent être placées dans un établissement ou service psychiatrique fermé que si

¹ Dénommée ci-après « CNS »

des troubles psychiques graves les rendent dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui.

Pendant son hospitalisation le patient a droit à un traitement approprié à son état, et le médecin traitant doit veiller dans la mesure du possible, sauf urgence, à l'application des droits du patient quant à l'information et à son consentement éclairé.

Le traitement doit être basé sur un plan de traitement personnalisé et appliqué par un personnel médical et soignant qualifié. Dans la mesure du possible le traitement doit être orienté vers la réintégration du patient dans la société.

Le traitement doit être appliqué dans le respect de la liberté d'opinion du patient ainsi que de ses convictions religieuses ou philosophiques. Il doit favoriser la santé physique du patient ainsi que ses contacts familiaux et sociaux et son épanouissement culturel.

2 La relation patient - professionnel de santé - hôpital

Avant de se rendre chez le médecin ou à l'hôpital, il est recommandé de se préparer à l'avance. Des brochures destinées à vous aider à préparer votre visite chez le médecin ou votre séjour à l'hôpital sont disponibles auprès de la Patiente Vertriebung a.s.b.l. et sur le site Internet : www.patientevertriebung.lu.



2.1 L'information

Tout patient a le **droit** d'obtenir une information adéquate sur son état de santé. Il y a 3 exceptions à ce principe : la demande expresse du patient de ne pas être informé, l'urgence et l'exception thérapeutique.

2.1.1 Le principe

Tout patient a le droit d'être informé sur son état de santé, sur les diagnostics, sur les traitements proposés, sur les options thérapeutiques, ainsi que sur les bénéfices et risques prévisibles. Ainsi, le professionnel de santé doit, dans la mesure du possible, éclairer le patient sur le traitement, les effets et les conséquences de l'examen proposé.

Il appartient aux professionnels de santé de renseigner le patient. Les renseignements doivent être formulés dans un langage clair et compréhensible pour le patient, dans un cadre adéquat et en tenant compte des possibles réactions du malade.

L'information qui a trait au diagnostic, au traitement et aux résultats d'examens se fait sous la responsabilité du médecin; les autres professionnels de santé y contribuent dans les limites de leurs compétences. L'information sur les risques éventuels indésirables pourra être diffusée sur base d'un « référentiel » (documentation écrite). C'est le « Conseil scientifique dans le domaine de la santé qui élabore des recommandations de bonne pratique relatives à la délivrance de l'information aux patients de leur état de santé ». (Article 8(4) de la loi du 24 juillet 2014)

Sur demande du patient, l'information englobera une estimation du coût global des soins de santé proposés et une estimation du coût de prise en charge prévue. (Article 8(4) de la loi du 24 juillet 2014)

En cas de pluralité de professionnels de santé s'occupant d'un même patient, ils se tiennent mutuellement informés, sauf si le patient s'y oppose. (Article 8(2) de la loi du 24 juillet 2014)

2.1.2 Les exceptions

🕒 **Sur demande expresse du patient** : le patient a le droit de ne pas être informé sur son état de santé. Il s'agit plus précisément du droit « d'être tenu dans l'ignorance ». Ce droit appartient à chaque patient et doit être inscrit dans le dossier patient.

Ce droit n'est pas absolu car si on se trouve dans un cas de figure, où le droit « d'être tenu dans l'ignorance » porte préjudice au patient lui-même ou à un tiers, le médecin aura l'obligation d'informer le patient et ceci même si le patient a exprimé sa volonté de ne pas être informé sur son état de santé. (par exemple : maladies contagieuses) (Article 9 de la loi du 24 juillet 2014)

- **En cas d'urgence** : où il s'avère impossible au médecin d'informer le patient de façon adéquate sur son état de santé.
- **L'exception thérapeutique** : Exceptionnellement, le médecin peut décider de ne pas communiquer certaines informations dont il estime que cette communication (à ce moment précis) causera un préjudice grave au patient (par exemple un patient dans une situation fragile confronté avec un pronostic fatal).

Dans ce cas de figure, le médecin traitant devra consulter un confrère et le cas échéant la personne de confiance. Si le médecin décide de s'abstenir de révéler certaines informations, il doit documenter cette décision ainsi que sa motivation dans le dossier patient.

Dès lors que le médecin est d'avis que la communication de ces informations ne causera plus de préjudice il peut « lever l'exception thérapeutique ». La prise de décision de l'exception thérapeutique et la levée de l'exception thérapeutique, doivent être motivées et inscrites dans le dossier patient. (Article 10 de la loi du 24 juillet 2014)

L'information que le patient obtient, est en principe donnée par voie orale et peut être complétée par voie écrite. (Article 8(7) de la loi du 24 juillet 2014)

Le patient reste libre de demander au médecin des informations écrites / ou documentation afin de pouvoir donner son consentement éclairé.

Toutes les décisions concernant l'état de santé du patient seront prises par les professionnels de santé **et** par le patient. (Article 8(3) de la loi du 24 juillet 2014)

Les soins et traitements proposés au patient ne peuvent être prestés que si le patient a été préalablement informé de manière adéquate sur les soins / traitements et qu'après avoir obtenu le consentement du patient. (Article 8(4) de la loi du 24 juillet 2014)

2.2 Le consentement libre et éclairé

2.2.1 Le principe

Aucune mesure diagnostique ou thérapeutique, qu'elle soit d'ordre somatique ou psychiatrique ne peut être pratiquée sans le consentement éclairé du patient.



Le consentement est dit « éclairé » dans la mesure où le professionnel de santé a donné au patient toutes les informations nécessaires pour qu'il comprenne à la fois sa situation et toute la portée de sa décision. Plus ces actes présentent un risque sérieux, plus l'information à fournir au patient

doit être détaillée pour que son consentement soit éclairé. (Loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse).

Le patient a le droit de refuser ou d'accepter toute intervention diagnostique ou thérapeutique.

Lorsque le médecin estime que son patient a tort de s'opposer à une intervention, il peut lui demander de confirmer ce refus par écrit.

En cas d'intervention chirurgicale non urgente, le patient peut avoir intérêt à consulter un deuxième médecin. (Deuxième avis)

2.2.2 Les exceptions

○ Le patient hors d'état de donner son consentement

L'article 11 de la loi du 24 juillet 2014 prévoit que si le patient ne peut (de façon temporaire ou permanente) exprimer sa volonté, ni donner son consentement, il incombe au prestataire de soins de chercher à établir « sa volonté présumée ». Avant de prendre une décision d'une telle ampleur, le médecin prendra en compte l'avis de la personne de confiance ou de toute personne qui pourra connaître la volonté du patient.

○ En cas d'urgence

En situation d'urgence : où il s'avère impossible d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient.

○ Le cas du mineur

Tombe sous cette catégorie, tous les patients âgés de moins de 18 ans. (Article 388 du Code civil)

La règle est que le consentement doit être recueilli auprès du représentant légal: par exemple auprès du père et de la mère des enfants mineurs. Le représentant légal doit alors prendre la décision la plus conforme à l'intérêt du patient. Le mineur est intégré dans la procédure de la prise de décision suivant son âge et sa maturité.

○ Le cas du majeur sous régime de protection

○ Le patient sous curatelle :

La curatelle « s'applique à des personnes dont l'altération des facultés mentales est telle qu'elles ont besoin d'être assistées par un curateur dans les actes de la vie civile »¹.

¹ www.justice.public.lu/fr/famille/tutelle-curatelle/tutelle-curatelle/index.html (consulté en août 2014)

En vertu de l'article 14(1) de la loi du 24 juillet 2014, sauf si une décision de justice a été prise retenant que le patient sous curatelle peut prendre les décisions relatives à son état de santé seul, il les exerce avec l'assistance de son curateur.

○ Le patient sous tutelle :

La tutelle « s'applique aux personnes qui ne peuvent plus s'exprimer et qui ont donc besoin d'être représentées par un tuteur »².

En absence de personne de confiance ou de personne désignée à cette fin par le juge des tutelles, c'est le tuteur lui-même qui exerce les intérêts du patient placé sous tutelle. (Article 14(1) de la loi du 24 juillet 2014)

Le juge des tutelles peut procéder à la nomination d'un représentant spécifique qui a comme mission de gérer les droits du patient en question. (Article 14(1) de la loi du 24 juillet 2014)

En tout état de cause, le patient soumis à un régime de protection est intégré / associé le mieux possible suivant son degré de capacité et de compréhension.

En cas de danger grave et imminent pour la vie ou la santé de l'incapable mineur ou majeur, un professionnel de santé peut, en cas de refus d'accord du représentant légal ou des personnes investies du pouvoir de curatelle / tutelle, prendre toutes les mesures d'ordre médical que la situation requiert d'après les règles de l'art. Dans ce cas, le prestataire de soins de santé doit adresser endéans 3 jours ouvrables au procureur d'Etat, un rapport motivé sur toute mesure d'ordre médical qui a été prise. (Article 13(3) et Article 14(3) de la loi du 24 juillet 2014)

2.2.3 La forme du consentement

Le consentement du patient est en principe donné de manière expresse. (Article 8(8) de la loi du 24 juillet 2014)

Le consentement peut aussi être donné de façon tacite, dès lors que le professionnel de santé peut légitimement déduire du comportement du patient, que ce dernier donne son consentement aux actes de soins de santé.

² www.justice.public.lu/fr/famille/tutelle-curatelle/tutelle-curatelle/index.html (consulté en août 2014)

2.2.4 La rétractation du consentement

Le patient peut retirer son consentement à tout moment. (Article 8(5) de la loi du 24 juillet 2014) Le médecin aura alors par conséquent l'obligation de prévenir le patient des éventuelles conséquences de son choix. Si lors d'une prestation de soins de santé, la situation requiert une adaptation des soins envisagés au départ, la prestation commencée peut être terminée avec les nouvelles adaptations sans que le consentement ait été donné par le patient. (Article 8(6) de la loi du 24 juillet 2014)

2.2.5 La preuve et contestation

La charge de la preuve incombe au prestataire de soins de santé. La preuve peut être délivrée par tout moyen, la tenue correcte du dossier vaut présomption simple des éléments y versés. (Article 8(9) de la loi du 24 juillet 2014)

2.3 Le dossier patient

2.3.1 La définition

Le dossier patient constitue l'ensemble des documents contenant les données et les informations concernant l'état de santé du patient, son évolution au cours du traitement et de l'hospitalisation. (Article 2(f) de loi du 24 juillet 2014)

2.3.2 Le contenu du dossier

Le dossier comprend obligatoirement les données médicales sous forme d'anamnèse, de rapports médicaux et soignants, de résultats d'analyses, de comptes-rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, de radiographies et tout autre document ou effet intéressant l'état de santé respectivement le traitement du malade.

Chaque patient a droit à un dossier patient tenu à jour de la part des prestataires de soins de santé dans le cadre d'un traitement. Le contenu minimal du dossier patient est prévu par règlement grand-ducal. (Article 15(1) de la loi du 24 juillet 2014)

Le dépositaire d'un dossier patient est tenu de conserver ledit dossier pendant au moins 10 ans à partir de la prise en charge. (Article 15(4) de la loi du 24 juillet 2014)

Aucun retrait de documents / d'éléments pertinents ne peut être opéré de la part du patient; ni de la part des prestataires de soins de santé avant que le délai de garde du dossier patient ne soit expiré. (Article 15(5) de la loi précitée) En cas d'inscription inexacte ou incomplète, c'est sous la responsabilité du professionnel de santé (à l'origine de la prestation) qu'elle peut être rectifiée. (Article 15(5) de la loi précitée)

2.3.3 Le droit d'accès au dossier

L'accès au dossier se fait généralement dans le cadre du rapport de confiance qui lie le patient et le professionnel de santé.

Le patient a le droit de demander copie de son dossier médical auprès de chaque médecin consulté (cabinet médical). Le patient a le droit d'obtenir une copie du dossier de celui-ci à ses frais et contre signature. (Article 16(3) de la loi du 24 juillet 2014 / Code de déontologie des professionnels de santé)

À la sortie d'un **séjour hospitalier** les médecins traitants de l'hôpital remettent un résumé clinique au patient et à son médecin traitant. Le patient a un droit d'accès à son dossier individuel qu'il exerce en personne ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne, attaché ou non audit établissement hospitalier. Il peut le consulter sur place et a le droit d'obtenir une copie du dossier ou d'une partie de celui-ci sans frais et contre signature. (Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, chapitre IX, article 36)

De plus, le patient a le droit de se faire expliquer le contenu du dossier patient. (Article 16(1) de la loi du 24 juillet 2014)

Si la consultation du dossier patient ou l'accès aux données relatives à sa santé se fait en dehors de la présence du patient par l'intermédiaire d'une tierce personne physique qui n'est pas un professionnel de santé agissant dans l'exercice de sa profession, celui-ci doit pouvoir se prévaloir d'un écrit daté et signé par le patient. Lorsque le patient, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même, il peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe au mandat. (Article 16(2) de la loi du 24 juillet 2014)

En cas d'impossibilité de signer la procuration, le patient peut recourir à 2 témoins, qui attestent que le document correspond à la volonté libre du patient. (Article 16(2) de la loi du 24 juillet 2014)

Une « consultation d'annonce » peut être demandée par le professionnel de santé, responsable des informations contenues dans le dossier patient, s'il est d'avis que le fait de relever certaines informations pourrait présenter certains risques au détriment du patient. (Article 16(5) de la loi du 24 juillet 2014)

La prise de connaissance de ces éléments à un moment ultérieur n'est possible qu'en présence d'un professionnel de santé, afin de garantir une information adéquate. Si la consultation de ces informations se fait par un intermédiaire, cette tierce personne doit obligatoirement être un professionnel de santé. (Article 16(5) de la loi du 24 juillet 2014)

2.3.4 Le dossier soins partagé («DSP»)

Le « DSP » se présente sous forme d'un dossier électronique. Le patient, les prestataires de soins de santé du patient et ceux à qui le patient donne accès



au dossier peuvent consulter ledit dossier via un portail Internet sécurisé. Il s'agit d'un dossier qui regroupe toutes les informations relatives à l'état de santé du patient. Un dossier soins partagé, aura comme avantage, qu'en cas d'urgence le médecin urgentiste pourra recourir à toutes les informations (dernières analyses, scanner, etc.) relatives à l'état de santé du patient. Cela évitera que tous ces examens devront être refaits. Chaque médecin gardera néanmoins un dossier sur le patient, comme c'était le cas auparavant. De plus, le patient a le droit de supprimer le DSP à tout moment. Un DSP sera créée pour chaque patient, sauf si celui-ci s'oppose.

Pour plus d'informations :

www.sante.public.lu

www.esante.lu

Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de santé (article 60 ter, 60 quater)

2.3.5 En cas de décès du patient

Sauf si le patient (disposant la capacité nécessaire) s'est exprimé autrement par écrit de son vivant,

- La personne de confiance (en cas de désignation)
- Le conjoint non séparé de corps
- Les enfants majeurs
- Les autres ayant droit du patient
- Son partenaire légal
- Toute personne qui au moment du décès a vécu avec le patient en communauté de vie
- En cas d'un patient mineur → Les parents / toute autre personne investie de l'autorité parentale du mineur

a accès au dossier patient et aux données relatives à l'état de santé du patient (après décès du patient) et ont droit d'en obtenir une copie pour

- connaître les causes exactes du décès
- défendre sa mémoire
- faire valoir leurs droits légitimes

(Article 19 de la loi du 24 juillet 2014)

2.3.6 Les annotations personnelles

Le patient n'est pas autorisé à consulter les notes dites « purement personnelles » du professionnel de santé, à savoir les notes (non liées à l'état de santé du patient) qui relèvent des réflexions personnelles de leur auteur et qui concerne aussi bien ce dernier que le patient. (Article 17 de la loi du 24 juillet 2014)

2.4 Le secret professionnel

Les professionnels de santé ainsi que leurs collaborateurs et les étudiants en ces disciplines sont astreints au secret professionnel en vertu de l'article 458 du Code pénal. Le secret professionnel implique que ces professionnels de santé gardent pour eux tout ce qu'ils apprennent dans le cadre de leur travail et qu'il leur est interdit de transmettre ces éléments à qui ce soit hors les cas prévus par la loi.

Ce même article s'applique également à la personne de confiance et à l'accompagnateur, de sorte qu'ils sont soumis au même secret « professionnel » que les professionnels de santé. (Article 18 de la loi du 24 juillet 2014) En cas de non respect, ils sont soumis aux mêmes peines que les professionnels de santé à savoir à un emprisonnement de 8 jours à 6 mois et à une amende de 500€ à 5000€. ³

Le patient a toujours le droit d'être informé et de consulter son dossier. Le professionnel de santé ne peut donc jamais lui refuser une information sous prétexte qu'il est tenu au secret professionnel. En d'autres termes, le secret professionnel qui est imposé au professionnel de santé a pour but de protéger le patient, et non de restreindre sa liberté de savoir, ni son autodétermination.

Le patient est habilité à lever le secret professionnel du professionnel de santé. Pour ce faire, il lui suffit d'autoriser oralement son médecin à entrer en contact avec la personne ou l'organisation désignée. Il arrive cependant, en particulier dans des situations délicates, voire conflictuelles, que le pro-

³ L'article 458 dispose que : « Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 500 euros à 5.000 euros »

professionnel de santé réclame de son patient une confirmation écrite de la levée du secret professionnel.

Sauf opposition du patient, plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations concernant ce même patient dans le but d'assurer la continuité des soins. (Article 18(2) de la loi du 24 juillet 2014)

En cas de prise en charge d'un patient par une équipe de soins dans un établissement hospitalier ou par une entité au sein duquel les soins sont prestés en vertu de la loi, toutes les informations en relation avec le patient sont censées être communiquées à l'ensemble de l'équipe médicale. (Article 18(2) de la loi du 24 juillet 2014)

Le patient peut à tout moment refuser à un ou plusieurs professionnels de santé la communication de certaines informations, mais le professionnel à l'origine d'une prestation de soins de santé gardera toujours accès aux informations du dossier en relation avec sa prestation. (Article 18(2) de la loi du 24 juillet 2014)



2.5 La personne de confiance

En application de l'article 12(1) de la loi du 24 juillet 2014, « chaque patient majeur disposant de la capacité de consentir peut, pour le cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information néces-

saire à la prise d'une décision relative à sa santé, désigner une personne de confiance (...) ».

Le patient peut nommer comme personne de confiance, toute personne physique de son choix qu'il soit professionnel de santé ou non. La nomination d'une telle personne doit être rédigée par écrit, être datée et signée par le patient lui-même. En cas d'impossibilité de signer lui-même la nomination de la personne de confiance, le patient a la possibilité de demander à 2 témoins d'attester que le document nominant la personne de confiance constitue l'expression de sa volonté. « La personne de confiance a accès au dossier patient et le secret professionnel est levé à son égard ». (Article 12(4) de la loi du 24 juillet 2014)

En situation de fin de vie :

L'article 5(3) de loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie dispose que « La directive anticipée peut contenir la désignation d'une personne de confiance qui doit être entendue par le médecin si la personne en fin de vie n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté ».

Si le patient se trouve dans une situation de fin de vie, le professionnel de santé essaie toujours de répondre à la dernière volonté du patient en ayant recours à la personne de confiance nommée antérieurement par le patient.

Chaque personne majeure peut préalablement prévoir par écrit (pour le cas où elle ne peut plus se manifester) les conditions dans lesquelles elle désire subir **un acte d'euthanasie**.

Dans ce cadre, la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, plus particulièrement l'article 4.1 dispose que « (...) Dans les dispositions de fin de vie, le déclarant peut désigner une personne de confiance majeure, qui met le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à son égard (...) ».

2.6 Le médecin référent

Dès janvier 2012, chaque patient peut choisir son médecin référent. Il s'agit du médecin « de confiance » ou médecin « privilégié », qui aura le rôle de guider, d'orienter son patient. Il aura comme mission de rédiger « le résumé-patient », qui contient toutes les informations / prescriptions / examens concernant le patient. A la demande du patient, le médecin référent le remet à un autre médecin. Le médecin référent a l'obligation en matière de médecine préventive de contribuer au maintien de la santé de son patient, il propose des consultations dites « préventives », afin d'informer son patient sur des vaccinations /dépistages possibles. Le médecin référent joue un rôle central et coordonne tous les soins du patient.

Pour plus d'informations :

www.cns.lu

www.sante.public.lu

3 Les soins transfrontaliers

Cette partie de la brochure sur les soins transfrontaliers constitue un extrait du nouvel article 20 du Code de la sécurité sociale issu de la loi du 1^{er} juillet 2014.



Les prestations de soins de santé :

L'article 17 du Code de la sécurité sociale a instauré une liste des différentes prestations de soins de santé:

« Sont prises en charge dans une mesure suffisante et appropriée les prestations suivantes:

- 1) les soins de médecine;
- 2) les soins de médecine dentaire;

- 
- 3) les traitements effectués par les professionnels de santé;
 - 4) les analyses de biologie médicale;
 - 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
 - 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
 - 7) les dispositifs médicaux;
 - 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
 - 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
 - 10) les cures thérapeutiques et de convalescence;
 - 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
 - 12) les frais de transport des malades;
 - 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal».

ATTENTION :

Contrairement qu'au Luxembourg, le patient peut à l'étranger avoir recours à des prestations complémentaires, qui ne sont pas couvertes par une assurance maladie, en concluant un(e) contrat/convention spécifique (p.ex. en Allemagne « Wahlleistungen »).

Ces prestations complémentaires peuvent entraîner des factures importantes non remboursables par une assurance maladie mais entièrement à charge du patient.

La question de savoir, si un montant différentiel doit être remboursé par une assurance maladie, dans le cas où parmi les prestations facturées en vertu de cette convention se trouvaient aussi des actes opposables à la « CNS », si le traitement avait eu lieu au Luxembourg, n'est actuellement pas encore définitivement tranchée.¹

¹ Pour plus d'informations : Brochure de la Chambre des salariés Luxembourg et de l'Union Luxembourgeoise Des Consommateurs (ULC) sur la « Consultation d'un médecin et hospitalisation à l'étranger : Que va rembourser la caisse de maladie et comment ? », août 2010

A. Les prestations de soins de santé prévues à l'article 17 al I du Code de la sécurité sociale, dispensées ou prescrites dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse, à Liechtenstein, en Norvège, ou en Islande:

En vertu du nouvel article 20 du Code de la sécurité sociale, « Si ces prestations de soins de santé transfrontaliers impliquent :

- un **séjour de l'assuré** dans un hôpital, établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie pour au moins 1 nuit

OU

- un recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses (centre de compétence nationaux, services nationaux, établissements spécialisés de rééducation, de convalescence et de cures thermales ou à des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux)

La prise en charge est conditionnée à l'obtention d'une autorisation préalable de la « CNS » (formulaire S2 à introduire par le professionnel de santé respectif), sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. La « CNS » décide dans un premier lieu la recevabilité de la demande et ce n'est qu'en second lieu que le Contrôle médical de la sécurité sociale donne son avis.

Un refus de faire droit à la demande d'autorisation préalable pour des soins de santé transfrontaliers doit toujours être motivé.

- Les cas où la « CNS » ne peut refuser d'accorder une autorisation préalable :

La « CNS » ne peut refuser de donner son accord à une autorisation préalable dans les différents cas suivants :

- si les prestations de soins de santé transfrontaliers font partie de l'article 17 al. I du Code de la sécurité sociale, mais que ces soins ne peuvent pas être dispensés sur le territoire luxembourgeois dans un délai acceptable sur le plan médical, suivant évaluation par le Contrôle médical de la sécurité sociale (...)

OU

- si les prestations de soins de santé transfrontaliers, indispensables selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise. (...)

○ Les prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier :

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier au sens de l'article 60 al 2,² la prise en charge sera jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg fixé par la « CNS », sans dépasser les frais effectivement déposés par l'assuré.

○ Les prestations de soins de santé qui ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise :

Sont visés les soins de santé transfrontaliers jugés indispensables suivant avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Leur prise en charge sera fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant cette prestation à une prestation d'importance équivalente.

B. Les prestations de soins de santé prévues à l'article 17 al I du Code la sécurité sociale, dispensées ou prescrites dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse, Liechtenstein, Norvège, Islande, et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie:

Ce cas de figure est prévu par le nouvel article 20 bis intégré dans le Code de la sécurité sociale par le biais de la loi du 1^{er} juillet 2014.

² Article 60, al 2 du Code de la Sécurité Sociale dispose que : « Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ».

La prise en charge est liée

- sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, aux seules prestations d'urgence en cas de maladie / accident survenus à l'étranger

OU

- à l'obtention d'une autorisation préalable de la « CNS », sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. La « CNS » statue d'abord sur la recevabilité de la demande et c'est qu'en second lieu que le Contrôle médical de la sécurité sociale est saisi pour avis.

La prise en charge se fait sur base des tarifs applicables au Grand-Duché sans dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré.

○ Les prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier :

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier au sens de l'article 60 al 2,³ la prise en charge sera jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg fixé par la « CNS », sans dépasser les frais effectivement déposés par l'assuré ».

○ Absence de tarifs luxembourgeois :

S'il y a absence de taux et tarifs luxembourgeois, la prise en charge est fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance. (Article 1 de la loi du 1^{er} juillet 2014 transposant la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers)

³ Article 60, al 2 du Code de la Sécurité Sociale dispose que: « Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ».

4 Quelques problèmes particuliers

4.1 Le médicament générique



Le médicament générique est « la copie » d'un médicament original. La substance active (ou principe actif du médicament) en est identique à celle du produit de marque; les seules différences possibles étant la présentation et les excipients.

Le médicament qui contient le principe actif porte le nom de « médicament de référence ou médicament original ». L'exclusivité sur ce médicament perdure pendant plusieurs années, après tous les laboratoires pharmaceutiques ont le droit de faire une reproduction de ce médicament qui portera alors le nom de « médicament générique ».

Avant toute mise sur le marché d'un médicament, il faut une autorisation de mise sur le marché du Ministre de la Santé ou de l'Agence européenne du médicament, de sorte que le médicament générique est soumis aux

mêmes conditions de sécurité, de qualité, d'efficacité que le médicament de référence.¹

Le pharmacien est tenu d'informer le patient lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament soumis à une base de remboursement et il doit lui proposer de le substituer par un médicament du même groupe le moins cher.

Le patient reste néanmoins libre de se faire délivrer le « médicament original » ou le « médicament générique ». Or, le remboursement par la « CNS » se fera sur base d'un tarif « référentiel » (sur base du tarif le moins cher), ce qui implique que la différence de prix reste à charge de l'assuré. En d'autres termes, si l'assuré désire prendre le « médicament original », la différence de prix restera à charge de l'assuré, c.-à-d. la participation financière de l'assuré sera augmentée²

4.2 Les soins palliatifs

4.2.1 La définition

Le 16 mars 2009, la loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie a été votée et publiée.

Tout patient a accès aux soins palliatifs que requiert son état de santé, conformes aux données acquises au moment du diagnostic et/ou du traitement par la science et à la déontologie. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2002, « les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés ».

¹Ministère de la Sécurité sociale, Ministère de la santé, Union des caisses de maladie, « Campagne d'information en faveur des médicaments génériques », Communiqué de presse du 13.02.2006

² www.sante.public.lu/fr/dossiers/2010/reforme-sante/060-substitution-medicaments/index.html (consulté en août 2014)

4.2.2 Les objectifs visés par les soins palliatifs

Les soins palliatifs :

- procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants,
- considèrent la mort comme un processus normal,
- n'entendent ni accélérer ni repousser la mort,
- intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients,
- proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort,
- soutiennent la famille pendant la maladie du patient et leur propre deuil,
- utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil,
- peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie,
- sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

En cas d'affection incurable et terminale, le professionnel de santé doit apaiser les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés, en évitant tout acharnement thérapeutique sans espoir et en maintenant pour autant que possible la qualité de vie. Le patient a également le droit de refuser des soins palliatifs.

Le professionnel de santé doit assister le mourant jusqu'à la fin et agir de façon à permettre au patient de garder sa dignité. De même, il offrira aux proches du patient l'assistance adéquate pour soulager leurs souffrances en rapport avec cette situation.

A l'approche de la mort, le patient a le droit d'être accompagné en permanence par au moins une personne de son choix dans des conditions respectant sa dignité (congé d'accompagnement). Ce congé peut être demandé par tout travailleur salarié qui est mère/père, sœur/frère, fille/fils ou le conjoint (l'épouse/l'époux ou partenaire légalement reconnu) d'un patient souffrant

d'une maladie grave en phase terminale. (Chapitre III – Du congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie de la loi du 16 mars 2009)

4.2.3 La directive anticipée

La directive anticipée est à différencier de la disposition de fin de vie, décrite dans la loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, également votée et publiée le 16 mars 2009.

Une directive anticipée est un document écrit, daté et signé par le patient dans lequel sont rédigées ses volontés par rapport à sa fin de vie.

En application de l'article 5(2) de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, si le patient n'est pas en mesure de signer ou d'écrire lui-même les directives anticipées, il peut recourir à 2 témoins qui vont attester la véracité du document ainsi que ces directives anticipées reflètent la volonté du patient.

Ce document aide à guider les médecins, les soignants et son entourage quant à l'orientation à prendre dans des décisions qui concernent sa fin de vie, si le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté.

Par cette directive, le patient détermine les conditions de sa **fin de vie « naturelle »**, c'est-à-dire sans influence sur le moment de son décès. Dans la société contemporaine, il est important pour chaque patient de clarifier les circonstances et la façon dont il souhaite arranger sa fin de vie en cas d'une maladie grave ou incurable ou d'un accident grave.

La directive anticipée doit être prise en compte par le médecin traitant, elle lui servira d'orientation pour prendre des décisions à l'égard de la situation.

4.3 L'acharnement thérapeutique

Le médecin devra tout mettre en œuvre pour tenir le patient en vie, mais il est strictement interdit aux praticiens de pratiquer des soins de santé / des examens ou traitements inappropriés, disproportionnés.

L'article 2 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie dispose que : « N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de refuser ou de s'abstenir de mettre en œuvre, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, des examens et traitements inappropriés par

rapport à l'état de la personne en fin de vie et qui, selon les connaissances médicales du moment, n'apporteraient à la personne en fin de vie ni soulagement ni amélioration de son état ni espoir de guérison.(...) ».

4.4 L'euthanasie et l'assistance au suicide

4.4.1 La définition

La loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide a également été votée et publiée le 16 mars 2009.

Le texte de cette loi définit comme euthanasie un « acte pratiqué par un médecin qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci » et « assistance au suicide le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou de lui procurer les moyens à cet effet, ceci à la demande de celle-ci ». (Article 1 de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide)

Depuis l'adoption de cette loi, le médecin qui pratique l'euthanasie ou qui offre une assistance au suicide ne commet pas d'infraction pour autant que les « conditions de fond » et de procédure de la loi soient observées, à savoir :

- « le patient demandeur d'une euthanasie doit être majeur, capable et conscient au moment de sa demande
- la demande doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et elle ne résulte pas d'une pression extérieure
- le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue et doit faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration
- la demande du patient doit être consignée par écrit » (Article 2.1 de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide)

Il incombe au médecin d'informer le patient de son état et de ses possibilités médicales selon l'état actuel de la médecine. Le médecin doit consulter un confrère impartial quant au caractère grave et incurable de la maladie et doit s'assurer que la souffrance physique ou psychique persiste. Aucun médecin ne peut être contraint de pratiquer une euthanasie et le patient peut révoquer sa demande à tout moment.

4.4.2 Les dispositions de fin de vie

Une partie importante de cette loi porte sur les dispositions de fin de vie. « Toute personne majeure et capable peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans des dispositions de fin de vie les circonstances et conditions dans lesquelles elle désire subir une euthanasie si le médecin constate :

- qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
 - qu'elle est inconsciente,
 - et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science ».
- (Article 4.1 de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide)

Cette demande doit être formulée anticipativement de manière réfléchie, volontaire et répétée, et ne doit pas résulter d'une pression extérieure. Elle sera constatée par écrit, datée et signée par le déclarant et enregistrée officiellement auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation. La demande peut être révoquée à tout moment. La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation demande tous les 5 ans de confirmer la volonté de la personne. (Article 4.1. 2° de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide)

Si le patient se trouve hors d'état de signer / d'écrire ses dispositions de fin de vie, il a la possibilité de recourir à une personne physique majeure de son choix (en présence de 2 témoins) qui lui va signer ou écrire les dispositions de fin de vie. Le document doit être signé par les témoins, par la personne qui a signé / écrit et par la personne de confiance s'il y a eu nomination. (Article 4.2 de loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide)

4.5 Le prélèvement d'organes

4.5.1 Le prélèvement sur une personne vivante

Un prélèvement d'organes ne peut avoir lieu que si la personne vivante (jouissant de l'intégrité mentale) a donné son consentement librement et clairement par écrit. S'ajoute le fait que ces prélèvements ne peuvent avoir lieu que dans un but thérapeutique. Avant une telle intervention, le donneur d'organes est informé de tous les risques et effets secondaires possibles. Le

prélèvement sur une personne mineure est très encadré et soumise à des conditions cumulatives. (Voir article 3 de la loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine).

4.5.2 Le prélèvement sur une personne décédée

Le prélèvement des organes et des tissus peut être effectué après le décès sur toute personne majeure ayant eu son dernier domicile légal au Luxembourg et n'ayant pas de son vivant fait connaître un refus à un tel prélèvement. Lorsque le défunt est un incapable majeur ou mineur, l'autorisation du représentant légal est nécessaire (Loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine).

Le médecin reste néanmoins libre de consulter les proches du défunt.

Une carte de donneur d'organes ou de refus du don d'organes peut être demandée auprès du Ministère de la Santé ou de Luxembourg-Transplant.

4.6 L'autopsie

La législation luxembourgeoise ne règle pas le problème des personnes pouvant demander une autopsie. Dans la pratique, la famille peut demander une autopsie sur la personne défunte dans un intérêt scientifique.

Dans le cadre d'une mort suspecte, tant la famille que le médecin peuvent demander une autopsie, mais le Parquet doit en être informé préalablement.

5 L'agissement professionnel incorrect, la faute professionnelle et les recours

5.1 Le constat du préjudice

Lorsqu'un patient subit un préjudice à la suite d'un traitement, il lui est possible d'entamer des démarches

d'ordre juridique:

- au niveau civil, afin d'obtenir des réparations du dommage subi (dommages et intérêts)
- au niveau pénal, afin de punir le responsable moyennant une peine (amende et/ou emprisonnement)

d'ordre disciplinaire:

- permettant d'avertir le responsable et pour éviter la production de nouveaux préjudices moyennant un blâme, une suspension ou un retrait de l'autorisation de pratiquer

5.1.1 L'erreur

La jurisprudence tient compte des imperfections de la science médicale et de la fiabilité humaine. La responsabilité du professionnel de santé n'est pas engagée par de simples méprises, qui sont dans une certaine mesure inhérente à l'exercice d'une profession où les opinions peuvent être aussi multiples qu'éloignées. En effet, dès lors que le diagnostic a été établi de façon consciencieuse et selon les règles de l'art, qu'un traitement approprié a été prescrit et appliqué conformément aux principes généralement admis par la corporation médicale, le médecin est prémuni contre les reproches de négligence ou d'imprudence professionnelle.

5.1.2 La faute et l'agissement professionnel incorrect

Il y a faute ou agissement professionnel incorrect, en cas d'erreur évidente, de traitement manifestement inapproprié, de violation claire des règles de l'art ou d'ignorance des données généralement connues de la science médicale. Précisons toutefois que la faute n'est pas seulement évaluée en fonction du geste incriminé, mais aussi des circonstances dans lesquelles le geste a été effectué.

5.1.3 La procédure en cas de contestation d'une facture

Quand on conteste une facture, une première démarche consiste à discuter avec le médecin ou avec un représentant de l'établissement hospitalier concerné.

Dans différents cas, le patient peut saisir la commission de surveillance des assurances sociales:

- en cas de contestation des prestations facturées,
- ou en cas de contestation de remboursement partiel,
- ou de non-remboursement du montant facturé,

et indépendamment de toute convenance personnelle ou de participation statutaire. Le patient peut s'adresser préalablement à la Patiente Vertriebung a.s.b.l. pour avoir un avis avant d'entreprendre des démarches.

La commission de surveillance est compétente pour les litiges lui déferés par un assuré ou par un prestataire de soins.

Si la commission de surveillance décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, elle prononce la restitution à l'assuré de la somme indûment mise en compte. Dans le cas contraire, l'assurance-maladie liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.

5.2 La conciliation

Il est conseillé à tout patient qui s'estime victime d'une violation de ses droits de tenter, avant de porter plainte, une dernière démarche de conciliation auprès du professionnel de santé avec lequel il traite ou, en milieu hospitalier, auprès de la direction. En effet, il n'est pas rare qu'un litige soit le fait d'un défaut de communication entre le malade et le professionnel de santé.



5.3. Le service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

Par le biais de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient (articles 20 et suivants), il y a création d'un nouveau service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé.

Ce service a diverses missions, dont par exemple l'information

- «sur les droits et obligations du patient / prestataire de soins de santé,
- sur les règles de procédure de la médiation dans le domaine de la santé,
- sur les possibilités de règlement des réclamations en absence de solution par la voie de médiation (...).» (Article 20 de la loi du 24 juillet 2014)

Le patient a droit de se faire assister dans toutes ses démarches.

Il s'agit d'un service à titre gratuit. Ce service peut, sur demande écrite du patient ou de son représentant, demander toute pièce ou renseignement utile en rapport avec le dossier dont il est saisi. (Article 21(2) de la loi du 24 juillet 2014)

Si les deux parties en cause arrivent à un accord (qui prévoit des engagements précis pour chaque partie), cet accord fera objet d'un écrit, qui sera daté et signé par les parties. (Article 22(5) de la loi du 24 juillet 2014)

5.4 La procédure de plainte

Si le conflit subsiste malgré les efforts d'entente, le patient peut adresser une plainte, au Directeur de la Santé, au Collège Médical et/ou à la Commission de Surveillance auprès de la Caisse Nationale de Santé.

5.5 Les juridictions sociales

Les patients peuvent agir en justice devant les juridictions sociales contre toute décision prise par les organismes de la sécurité sociale.

○ Conseil arbitral de la sécurité sociale

- est compétent sur tout le territoire du Grand-Duché
- a compétence en première instance dans les domaines suivants :
 - « les contestations concernant l'affiliation,
 - l'assujettissement,
 - les cotisations,
 - les amendes d'ordre
 - les prestations.
- Il statue en premier et dernier ressort jusqu'à une valeur de 1250 EUR et à charge d'appel lorsque l'objet du litige dépasse cette somme»¹
- Un tel recours doit obligatoirement (à peine de forclusion) être formé dans un délai de 40 jours² dès la notification de la décision. Le recours doit être formé sur simple requête à déposer au siège du Conseil arbitral.³

La Patiente Vertriebung a.s.b.l. soutient et conseille, dans la mesure du possible, le patient dans toutes ses démarches.

¹ www.justice.public.lu/fr/organisation-justice/juridictions-sociales/index.html (consulté en septembre 2014)

² Vu l'absence de précision, il vaut mieux considérer qu'il s'agit de jours calendriers que de jours ouvrables

³ www.justice.public.lu/fr/organisation-justice/juridictions-sociales/index.html (consulté en septembre 2014)

○ Conseil supérieur de la sécurité sociale

Il a compétence sur tout le territoire du Grand-Duché et il statue **en appel** sur :

- « les litiges concernant l'affiliation,
- l'assujettissement,
- les cotisations,
- les amendes d'ordre,
- les prestations,

○ dont l'objet dépasse 1250 EUR.

L'appel doit être introduit dans les 40 jours⁴ dès la notification de la décision du Conseil arbitral, par simple requête, sous peine de forclusion. La requête doit être déposée au siège du Conseil supérieur des assurances sociales ».⁵

La Patiente Vertriebung a.s.b.l. soutient et conseille, dans la mesure du possible, le patient dans toutes ses démarches.

○ Cour de cassation

Les décisions en dernier ressort du Conseil arbitral et les arrêts du Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent faire objet d'un pourvoi en cassation, qui sera recevable que « pour contravention à la loi et pour violation de formes substantielles »⁶.

Avant d'entamer une procédure en justice à l'encontre d'un prestataire de soins de santé, il est conseillé aux patients de s'informer préalablement sur leurs droits et obligations ainsi que sur leurs éventuelles chances dans un tel procès.

Vu la complexité de la matière, il est recommandé de faire appel à un avocat pour toutes ces procédures.

La Patiente Vertriebung a.s.b.l. soutient et conseille, dans la mesure du possible, le patient dans toutes ses démarches.

⁴ Vu l'absence de précision, il vaut mieux considérer qu'il s'agit de jours calendriers que de jours ouvrables

⁵ www.justice.public.lu/fr/organisation-justice/juridictions-sociales/index.html (consulté en septembre 2014)

⁶ Idem



6 Divers

6.1 Le glossaire

Aléa thérapeutique : « Est le risque créé par l'activité médicale, c.-à-d. l'accident qui survient au cours d'une opération ou d'un traitement qui est sans rapport avec l'état initial du patient, sans rapport avec l'évolution normale de cet état et indépendante de toute faute du médecin (...) »¹.

Anamnèse: Ensemble de renseignements fournis au médecin par le malade ou par son entourage sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédées.

Assistance au suicide : « Le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci »².

Assurance complémentaire : La caisse de maladie rembourse jusqu'à un certain seuil les dépenses de santé. Afin de bénéficier d'un remboursement complémentaire il faut s'inscrire à une assurance complémentaire (par exemple : CMCM (Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste)

Assurance dépendance : « (...) L'assurance dépendance est une branche obligatoire des assurances sociales. Elle prend en charge les frais des aides et soins nécessaires aux personnes dépendantes (p.ex. soins personnels quotidien). L'assurance dépendance ne remplace pas l'assurance maladie. Elle couvre des aides et des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie (...) ». (www.sante.public.lu)

Directive anticipée : Document exprimant la volonté du patient en fin de vie s'il se trouve dans un état de santé dans lequel il lui est impossible d'exprimer sa volonté. Le patient peut déterminer par le biais de cette directive anticipée les conditions de sa fin de vie dite « naturelle ».

Disposition de fin de vie : « Toute personne majeure et capable peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans des dispositions de fin de vie les circonstances et conditions dans lesquelles elle désire subir une euthanasie (...) »³.

Dossier patient : « L'ensemble des documents contenant les données, les évaluations et les informations de toute nature concernant l'état de santé

¹ G.Vogel, E.Rudloff, Lexique de Droit Médical & Hospitalier, éd.promoculture, 2^e éd., p.39
² Article 1 de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide
³ Article 4.1 de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

d'un patient et son évolution au cours du traitement, indépendamment de la nature de leurs supports »⁴.

CAAS : Conseil arbitral des assurances sociales

Collège médical : Regroupe en tant que ordre les médecins, les médecins dentistes et les pharmaciens (www.collegemedical.lu)

CMFEP : Caisse de Maladie des Fonctionnaires et Employés Publics

CNS : Caisse Nationale de Santé (www.cns.lu)

CSCPS : Conseil Supérieur de Certaines Professions de Santé (www.sante.public.lu)

COPAS : Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins (www.copas.lu)

FHL : Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (www.fhlux.lu)

Incapable : Personne inapte de jouir d'un droit ou de l'exercer elle-même.

Euthanasie active : Constitue le fait pour un médecin de provoquer intentionnellement la mort d'une personne à la demande de celle-ci, si toutes les conditions de fond sont remplies.

Euthanasie passive : Est synonyme de « laisser mourir » le patient.

Médecin libéral : Au Luxembourg, il y a des médecins qui exercent en tant que « libéral », c.-à-d. qui exerce leur métier dans un cabinet de médecins / dans certains hôpitaux.

Médecin salarié : A coté des médecins exerçant en tant que libéraux, il y a des médecins salariés soumis à tous les droits et obligations d'une relation contractuelle salariale. Ces médecins n'exercent pas une activité libérale mais travaillent pour une administration / institution / hôpital.

Majeur capable : Tout individu qui est âgé plus de 18 ans et qui peut exprimer sa volonté / défendre ses biens.

Majeur incapable : Tout individu qui est âgé de plus de 18 ans mais qui n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté / défendre ses biens et qui doit être soit assisté, soit représenté.

Mineur : Le mineur est l'individu de l'un ou de l'autre sexe qui n'a pas encore l'âge de dix-huit ans accomplis.

Obligation de moyens : « L'obligation de moyens est celle dans laquelle le débiteur s'engage à faire son possible, c'est-à-dire à dire à mettre en œuvre

⁴ Article 2(f) de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

toutes les diligences pour accomplir une tâche. Le débiteur ne s'engage qu'à employer tous les moyens possibles, sans s'engager à atteindre le résultat visé »⁵. En principe l'obligation qui pèse sur le médecin est une obligation de moyens.⁶

Obligation de résultat : « Est celle dans laquelle le débiteur s'engage à atteindre un résultat »⁷. Depuis un arrêt de la Cour de cassation du 31 janvier 2013 (n°3099 du registre) pose le principe que « l'obligation accessoire de sécurité contractée par l'établissement de santé en matière d'infection nosocomiale est une obligation de résultat »⁸.

Omnipraticien : Médecin généraliste.

Patient : « Toute personne physique qui cherche à bénéficier ou bénéficie de soins de santé »⁹.

Prestataire de soins : Médecins, médecins-dentistes, professions de santé, établissements hospitaliers, laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, établissements de cures thérapeutiques, établissements de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses, pharmaciens, opticiens, fournisseurs de produits sanguins et personnes s'occupant du transport des patients.

Professionnel de santé : Médecins, médecins-dentistes, aide-soignant, assistant-senior, assistant technique médical, infirmier, infirmier en anesthésie et réanimation, infirmier en pédiatrie, infirmier psychiatrique, masseur, sage-femme, assistant d'hygiène sociale, assistant social, diététicien, ergothérapeute, infirmier gradué, laborantin, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédagogue curatif, rééducateur en psychomotricité.

Soins de santé : « Des services de santé fournis par les professionnels de santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé, y compris la prescription, la délivrance et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux »¹⁰.

5 Publication mensuelle éditée par la CSL, « infos juridiques-Flash sur le Droit du travail », N° 02/13, p.11

6 G.Vogel, E.Rudloff, *Lexique de Droit Médical & Hospitalier*, éd.promoculture, 2^e éd, p.141

7 Publication mensuelle éditée par la CSL, « infos juridiques-Flash sur le Droit du travail », N° 02/13, p.11

8 JurisNews - Droit médical, « Les infections nosocomiales : aspects pratiques et juridiques », Vol.1, N° 2/2013

9 Article 2(b) de la loi du 24 juillet 2014

10 Article 2(c) de la loi du 24 juillet 2014

Soins palliatifs : « Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique»¹¹.

¹¹ Article 1^{er} al. 2 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie

6.2 Les ouvrages & différentes lois

- G.Vogel, E.Rudloff, *Lexique de Droit Médical & Hospitalier*, éd.promoculture, 2^e éd.
- Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (Mémorial A, 1998 page 1563)
- Loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse (Mémorial A, 1995 page 1913)
- Loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé (Mémorial A, 1992 page 806 et 1995 page 27)
- Loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine (Mémorial A, 1982 page 2020)
- Loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements ou services psychiatriques (Mémorial A, 1988 pages 560 et 638)
- Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie (Mémorial A, 2009, N° 46, pages 609-614)
- Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (Mémorial A, 2009, N° 46, pp. 615)
- Loi du 1^{er} juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (Mémorial A, 2014, N° 115, pp.1737)
- Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé (Mémorial A, 2014, N° 140, pp. 2193)
- Code civil
- Code pénal et code d'instruction criminelle
- Code de la Sécurité Sociale, Statuts de la Caisse Nationale de Santé
- Codes de déontologie :
 - Arrêté ministériel du 1 mars 2013 approuvant le code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège Médical
 - Règlement grand-ducal du 7 octobre 2010 établissant le code de déontologie de certaines professions de santé
 - Arrêté ministériel du 11 juillet 2011 approuvant le code de déontologie des pharmaciens édicté par le Collège Médical

Bulletin d'adhésion

Nom / Prénom _____

Matricule

Etat civil _____

Nationalité _____

Conjoint

Nom / Prénom _____

Matricule

Nationalité _____

Enfant(s)

Nom / Prénom _____

Matricule

Adresse

N°, rue _____

Code postal / Localité _____

GSM _____ privé _____

bureau _____

Adresse email _____

(**ATTENTION** : Nous rendons nos nouveaux membres attentifs au fait que, pour des raisons d'organisation, **chaque affiliation prend fin à la date du 31 décembre de l'année courante** et cela indépendamment du moment où l'affiliation a été contractée)