



*Le Groupement Européen d'Intérêt Economique  
Luxlorsan "LLS"*

## **LA MOBILITE DES PRESTATAIRES**

**DANS**

**L'UNION EUROPEENE**

**"les procédures en Belgique, France et Grand duché de Luxembourg"**

**DÉCEMBRE 2007**



---

**Programme cofinancé par l'Union Européene  
Fonds Européen de Développement Régional**

## **INTRODUCTION GENERALE**

L'Europe de la santé est aujourd'hui confrontée, dans son ensemble, à des problèmes de démographie médicale même lorsque la moyenne des professionnels de santé dans certains pays reste supérieure à celle observée pour la totalité des Etats membres de l'Union européenne (UE). De ci de là, on voit poindre des difficultés d'accès aux soins pour les patients, des problèmes de recrutement de personnels pour les établissements de soins, une répartition inégale de l'offre sur le territoire, des zones déficitaires, des postes vacants non satisfaits imposant des réductions de services, des temps de garde démesurés etc.

Pourtant, l'Union européenne, dans le cadre du Traité qui la fonde, a, depuis plus de trente ans, cherché à améliorer la mobilité des professionnels de santé favorisant ainsi la recherche de solutions à des difficultés rencontrées. Cependant, l'ouverture des frontières dans l'UE pour les professionnels de santé soulève, aujourd'hui, d'autres problèmes. Ainsi, des gestionnaires d'établissements de soins de l'ouest de l'UE, en recourant à des sociétés de recrutement qui démarchent à grand frais des médecins implantés dans des Etats membres de l'est de l'UE, créent implicitement dans ces pays des poches de désertification médicale.

Dans le cadre des travaux que le GEIE LUXLORSAN a initié au cours du programme Interreg III A, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2002, il est apparu particulièrement opportun de se pencher sur le dispositif créé par l'UE, car il a permis de répondre, pour l'essentiel et jusqu'à présent, à des difficultés multiples constatées dans l'espace frontalier de la Lorraine, du Grand Duché de Luxembourg et de la Province du Luxembourg belge. En effet, le Grand Duché de Luxembourg est un pays qui ne forme pas de médecins. Ceux qui exercent sur son territoire sortent des facultés de médecine de Nancy, Liège, Trèves, Paris ou Bruxelles. Par ailleurs, il n'existe pour toute la région Lorraine qu'une seule faculté de médecine, dans le sud de la Meurthe et Moselle. C'est, d'ailleurs, la seule pour tout le territoire Luxlorsan. Quant à la Province du Luxembourg belge avec ses 250.000 habitants, elle est confrontée comme la Lorraine à des difficultés d'implantation de médecins dans les zones rurales. Cet espace compte plusieurs zones déficitaires.

Pour l'heure, il apparaît nécessaire de se pencher, plus encore que par le passé, sur les droits et les procédures en vigueur en matière de mobilité des prestataires, principalement dans l'espace Luxlorsan, compte tenu de ces caractéristiques, mais de manière générale, pour mesurer l'impact de la pénurie de médecins se faisant ressentir avec plus d'acuité chaque jour dans l'UE.

C'est en fonction de l'observation des difficultés rencontrées par des établissements de soins au cours des travaux Interreg III de Luxlorsan, que nous avons estimé indispensable de réaliser un travail sur la mobilité des professionnels de santé, afin de faciliter l'accès aux dispositifs existants, mais aussi répondre à des problèmes techniques posés tant au niveau des professionnels qui veulent bénéficier des dispositions européennes qu'au niveau des gestionnaires des établissements de soins.

Dans l'UE, les professionnels de la santé bénéficient de l'exercice effectif du droit à la libre circulation professionnelle garanti par l'article 43 du Traité CE. De nombreuses directives ont été adoptées pour faciliter la libre circulation des prestataires de soins, dont notamment, les directives qui mettent en place les systèmes de reconnaissance des qualifications. Dans un chapitre I, après un aperçu des grands principes institués par le Traité CE, le système de reconnaissance des titres et diplômes est abordé.

Sur base des règles européennes, les Etats membres ont ouvert leur système aux prestataires médicaux étrangers. Cela ne se fait pas sans difficultés, en raison des nombreuses disparités entre les différentes législations nationales. Dans le chapitre II, nous verrons les différences qui existent entre la Belgique, la France et le Grand-Duché de Luxembourg au niveau du statut des médecins, c'est-à-dire au niveau de la conception de la médecine, de la formation des médecins, de la programmation des études de médecine et du rôle de l'assurance-maladie dans chacun de ces pays.

Les professions de santé sont fortement réglementées et strictement organisées. Les modalités d'application qui varient d'un pays à l'autre, énoncent des exigences auxquelles le praticien doit satisfaire pour être autorisé à exercer sa profession. Ce thème sera abordé dans le chapitre III, qui traite des conditions d'installation en Belgique, en France ou au Grand-Duché de Luxembourg et, dans le chapitre V, qui reprend les exigences nationales de ces trois pays en vue d'une prestation temporaire ou occasionnelle sur leur territoire.

Dans le chapitre IV, nous abordons les aides que la Belgique, la France et le Grand-Duché de Luxembourg ont mises sur pied afin d'inciter les médecins à s'installer dans les zones déficitaires pour pallier la pénurie de prestataires dans certaines régions de leur territoire.

Qu'elles soient occasionnelles ou permanentes, les prestations médicales effectuées sur un territoire peuvent engager la responsabilité de leurs auteurs. Dans le chapitre VI, nous résumerons les grands principes de la responsabilité médicale.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous ferons un bref inventaire des associations professionnelles et scientifiques ainsi que des organismes compétents dans chacun des trois pays de référence que sont la Belgique, la France et le Grand-Duché de Luxembourg.

## **CHAPITRE I - LE DROIT COMMUNAUTAIRE**

### **1. Les principes du Traité instituant la Communauté européenne :**

Tout citoyen de l'Union européenne a le droit de travailler et de vivre dans un autre Etat membre sans subir de discrimination fondée sur la nationalité<sup>1</sup>. Les Etats membres peuvent cependant maintenir certaines restrictions si celles-ci sont proportionnées et justifiées par des raisons impérieuses d'intérêt général<sup>2</sup>.

#### **1.1. les principes :**

En vertu de l'article 3 du Traité CE, « ... l'action de la communauté comporte, dans les conditions et selon les rythmes prévus par le présent traité :

(...)

c) un marché intérieur caractérisé par l'abolition, entre les Etats membres, des obstacles à la libre circulation des marchandises, des personnes, des services et des capitaux ;

(...)

p) une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé ;

(...) ».

En vertu de l'article 14 du Traité CE « (...) Le marché intérieur comporte un espace sans frontières intérieures dans lequel la libre circulation des marchandises, des personnes, des services, des capitaux est assurée selon les dispositions du présent traité (...) ».

En vertu de l'article 17 du Traité CE :

« 1. Il est institué une citoyenneté de l'Union. Est citoyen de l'Union toute personne ayant la nationalité d'un Etat membre. La citoyenneté de l'Union complète la citoyenneté nationale et ne la remplace pas.

2. Les citoyens de l'Union jouissent des droits et sont soumis aux devoirs prévus par le présent traité. ».

En vertu de l'article 18 du Traité CE :

« 1. Tout citoyen de l'Union a le droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire des Etats membres, sous réserve des limitations et conditions prévues par le présent traité et par les dispositions prises pour son application.

2. Si une action de la Communauté apparaît nécessaire pour atteindre cet objectif, et sauf si le présent traité a prévu des pouvoirs d'action à cet effet, le Conseil peut arrêter des dispositions visant à faciliter l'exercice des droits visés au paragraphe 1. (...) »

<sup>1</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/free\\_movement/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/free_movement/index_fr.htm)

<sup>2</sup> [http://ec.europa.eu/internal\\_market/services/principles\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/services/principles_fr.htm)

*3. Le paragraphe 2 ne s'applique pas aux dispositions concernant les passeports, les cartes d'identité, les titres de séjour ou tout autre document assimilé, ni aux dispositions concernant la sécurité sociale ou la protection sociale. ».*

## 1.2. la libre circulation des travailleurs :

Articles 39, 40 et 42 du Traité CE.

Une des libertés fondamentales garanties par le droit communautaire est la libre circulation des personnes. Il s'agit là d'un élément essentiel de la citoyenneté européenne. Les travailleurs jouissent de cette liberté depuis la fondation de la Communauté européenne en 1957.

L'article 39 du traité CE qui s'applique aux travailleurs migrants, c'est-à-dire aux ressortissants d'un Etat membre qui quittent leur pays d'origine pour aller travailler dans un autre Etat membre, implique donc :

- le droit de chercher un emploi dans un autre Etat membre ;
- le droit de travailler dans un autre Etat membre ;
- le droit d'y résider à cette fin ;
- le droit d'y rester ;
- le droit à l'égalité de traitement en ce qui concerne l'accès à l'emploi, les conditions de travail et tous les autres avantages pouvant contribuer à faciliter l'intégration du travailleur dans l'Etat membre d'accueil<sup>3</sup>.

La Cour de justice a notamment jugé qu'était contraire aux dispositions du traité relatives à la libre circulation des personnes, l'interdiction imposée par la législation française à tout médecin ou dentiste établi dans un autre Etat membre d'exercer ses activités professionnelles en France en y faisant un remplacement, en y ouvrant un cabinet ou en y travaillant en tant que salarié<sup>4</sup>.

L'exercice de ce droit peut cependant être soumis à certaines restrictions notamment pour des raisons de sécurité publique, d'ordre public et de santé publique et pour certains emplois dans le secteur public de l'Etat membre d'accueil<sup>5</sup>.

Les règles communautaires relatives à la libre circulation des travailleurs s'appliquent aussi aux Etats membres de l'Espace économique européen (Islande, Liechtenstein et Norvège).

## 1.3. la liberté d'établissement :

Articles 43, 46 et 47 du Traité CE.

La liberté d'établissement permet à tout ressortissant d'un Etat membre de pratiquer une activité économique de manière stable et continue dans un ou plusieurs Etats membres<sup>6</sup> et de s'y établir.

---

<sup>3</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/free\\_movement/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/free_movement/index_fr.htm)

<sup>4</sup> C.J.C.E., 30.04.1986, affaire 96/85, Commission/France, n°15

<sup>5</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/free\\_movement/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/free_movement/index_fr.htm)

<sup>6</sup> [http://ec.europa.eu/internal\\_market/services/principles\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/services/principles_fr.htm)

Le libre établissement désigne donc « *l'installation matérielle stable et permanente (y compris sous la forme d'un établissement secondaire) d'une personne physique ou morale dans un autre Etat membre afin d'y exercer une activité non salariée* »<sup>7</sup>.

La Cour de justice a précisé que le droit d'établissement est reconnu tant aux personnes physiques ressortissantes d'un Etat membre de la Communauté qu'aux personnes morales et comporte l'accès sur le territoire de tout autre Etat membre à toutes sortes d'activités non salariées et leur exercice, ainsi que la constitution et la gestion d'entreprises, la création d'agences, de succursales ou de filiales.<sup>8</sup>

La liberté d'établissement implique ainsi la possibilité pour un salarié, établi dans un Etat membre, d'accomplir un travail indépendant dans un autre Etat membre<sup>9</sup>.

#### 1.4. la libre prestation de services

Articles 49 et 50 du Traité CE.

La libre prestation de services permet à un ressortissant (personne physique ou morale) fournissant ses services dans un Etat membre d'offrir ses services de manière temporaire dans un autre Etat membre, sans devoir y être établi<sup>10</sup>.

La libre prestation de service est donc « *l'exercice d'une activité non salariée réalisée contre rémunération par une personne établie dans un Etat membre au profit d'un bénéficiaire normalement établi dans un autre Etat membre* »<sup>11</sup>.

Elle exclut toute installation stable, requiert un exercice discontinu même s'il peut être répété et concerne les services présentant un caractère transfrontalier.<sup>12</sup>

#### 1.5. l'égalité de traitement :

Articles 12, 54, 55 et 152 du Traité CE.

En vertu de l'article 12 du Traité CE « *Dans le domaine d'application du présent traité, et sans préjudice des dispositions particulières qu'il prévoit, est interdite toute discrimination exercée en raison de la nationalité.*

*Le Conseil, (...), peut prendre toute réglementation en vue de l'interdiction de ces discriminations* ».

Tout citoyen de l'Union a le droit d'exercer une activité professionnelle dans un autre Etat membre dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux ressortissants nationaux<sup>13</sup>.

<sup>7 7</sup> [http://www.europe-international.equipement.gouv.fr/article.php3?id\\_article=17](http://www.europe-international.equipement.gouv.fr/article.php3?id_article=17)

<sup>8</sup> C.J.C.E., 17/06/1997, affaire C-70/95, Sodemare, n° 26 – C.J.C.E., 30/11/1995, affaire C-55/94, Gebhard, n°23

<sup>9</sup> C.J.C.E., 07/07/1988, affaire C-143/87, Stanton, n°12

<sup>10</sup> [http://ec.europa.eu/internal\\_market/services/principles\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/services/principles_fr.htm)

<sup>11</sup> [http://www.europe-international.equipement.gouv.fr/article.php3?id\\_article=17](http://www.europe-international.equipement.gouv.fr/article.php3?id_article=17)

<sup>12</sup> [http://www.europe-international.equipement.gouv.fr/article.php3?id\\_article=17](http://www.europe-international.equipement.gouv.fr/article.php3?id_article=17)

<sup>13</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/free\\_movement/treatment\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/free_movement/treatment_fr.htm)

Ceci implique donc que :

- il est interdit d'exiger un permis de travail ;
- le recrutement de citoyens de l'Union ne peut être limité en nombre ou en pourcentage ;
- le recrutement ne peut se faire selon des critères discriminatoires par rapport à ceux appliqués aux nationaux ;
- le travailleur migrant doit bénéficier du même traitement que les travailleurs nationaux en ce qui concerne les conditions de travail (salaire, licenciement, réintégration, accès à la formation, ...) ;
- le travailleur migrant doit bénéficier des mêmes avantages sociaux et fiscaux que les travailleurs nationaux (réductions sur les tarifs des transports publics pour les familles nombreuses, allocations d'éducation, ...) <sup>14</sup>.

Il arrive cependant que l'accès à un emploi soit conditionné à des exigences linguistiques. Ces conditions linguistiques doivent être raisonnables et utiles et en aucune manière, il ne peut être accepté d'exiger que la langue demandée soit la langue maternelle <sup>15</sup>.

Dans un arrêt de 1974, la Cour de justice a déclaré que la règle du traitement national constituait une des dispositions juridiques fondamentales de la Communauté. <sup>16</sup>

#### 1.6. l'article 47 du Traité CE :

Afin de faciliter la liberté d'établissement et de prestation, l'article 47 du Traité CE prévoit la reconnaissance mutuelle des diplômes et autres titres requis dans chaque pays pour l'accès aux professions. Il prévoit également l'adoption de directives visant à la coordination des règles nationales relatives aux formations qui conduisent aux titres et diplômes tout en faisant un préalable à la reconnaissance mutuelle pour les professions de santé <sup>17</sup>.

## **2. La reconnaissance mutuelle des titres et diplômes :**

Un des principes communautaires fondamentaux reconnus aux citoyens de l'Union est le droit de s'établir ou de fournir des services n'importe où dans l'Union européenne. Afin de soulever les obstacles à ce principe, la Commission européenne a institué une procédure privilégiée de reconnaissance à l'attention des ressortissants européens au sein de l'Espace économique européen : la reconnaissance professionnelle. Tout ressortissant d'un Etat membre de l'espace économique européen dont la profession est une profession réglementée peut faire reconnaître sa preuve étrangère de compétence professionnelle grâce à des directives européennes. Il doit nécessairement s'agir d'une profession réglementée c'est-à-dire d'une activité dont l'accès et l'exercice sont subordonnés à un certain nombre de règles légales. Un nombre restreint de professions réglementées existe dans chaque Etat membre <sup>18</sup>.

<sup>14</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/free\\_movement/treatment\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/free_movement/treatment_fr.htm)

<sup>15</sup> <http://ec.europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c10525.htm>

<sup>16</sup> C.J.C.E., 21/06/1974, affaire C-2/74, Reyners, n°24

<sup>17</sup> [http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3\\_2\\_3\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3_2_3_fr.htm)

<sup>18</sup> <http://www.ciep.fr/enic-naricfr/rediplue.htm>

Dans le cas d'une profession non réglementée dans l'Etat membre d'accueil, l'accès est libre et il n'y a pas à demander la reconnaissance des qualifications professionnelles<sup>19</sup>.

Les règles communautaires comprennent une reconnaissance mutuelle applicable à toutes les professions pour lesquelles un Etat membre requiert une qualification (il s'agit du système général), les grandes différences entre les règles nationales n'ayant pas permis l'harmonisation. Elles comprennent également une harmonisation des conditions de formation qui comportent une reconnaissance automatique des qualifications professionnelles principalement dans le secteur de la santé (il s'agit des secteurs spécifiques)<sup>20</sup>. C'est en effet dans le secteur de la santé que les résultats ont été les plus poussés au motif que les conditions d'exercice, en particulier les formations, variaient peu d'un pays à l'autre, notamment par rapport à d'autres professions<sup>21</sup>.

L'Etat d'accueil ne pourra donc refuser l'accès à l'activité considérée si le demandeur dispose de la qualification lui ouvrant cet accès dans le pays d'origine mais il peut exiger, dans le respect de certaines conditions, une expérience professionnelle, un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude<sup>22</sup>.

## 2.1. le système général :

Le système général est celui de la reconnaissance mutuelle de qualifications professionnelles, tel que prévu par la directive 89/48/CEE<sup>23</sup> en ce qui concerne la reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans et la directive 92/51/CEE<sup>24</sup> en ce qui concerne les formations inférieures à trois ans. Il repose sur une présomption de comparabilité des diplômes d'un même domaine professionnel.<sup>25</sup>

Ce système permet la reconnaissance des qualifications professionnelles pour les professionnels qualifiés dans un Etat membre et souhaitant exercer cette profession dans un autre Etat membre.

Est exclu de ce système les sept professions pour lesquelles une harmonisation a été réalisée dans le cadre des directives sectorielles (*cfr. infra*).<sup>26 27</sup>

Il ne s'applique également que si l'Etat membre exige une qualification afin d'exercer la profession sur son territoire. C'est donc le caractère réglementé de la profession qui déclenche la mise en application des mécanismes du système général<sup>28</sup>.

<sup>19</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, Commission européenne, DG Marché intérieur, Libre circulation des marchandises, professions réglementées et services postaux, professions réglementées quant aux qualifications, Markt/D/8327/2001-FR, p. 5.

<sup>20</sup> [http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3\\_2\\_3\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3_2_3_fr.htm)

<sup>21</sup> [http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3\\_2\\_3\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3_2_3_fr.htm)

<sup>22</sup> [http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3\\_2\\_3\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3_2_3_fr.htm)

<sup>23</sup> JO L 19 du 24.01.1989, p. 16.

<sup>24</sup> JO L 209 du 24.07.1992, p. 25.

<sup>25</sup> Ordre des médecins, Conseil national, Colloque sur la mobilité transfrontalière des médecins, 23.11.2004, Exposé introductif.

<sup>26</sup> [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/general-system\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_fr.htm)

<sup>27</sup> L'article 2 de la directive 89/48/CEE et l'article 2 de la directive 92/51/CEE disposent expressément que le système général « ne s'applique pas aux professions qui font l'objet d'une directive spécifique instaurant entre les Etats membres une reconnaissance mutuelle des diplômes ».

<sup>28</sup> J. PERTEK, *L'Europe des professionnels de la santé*, In *L'Europe et les soins de santé*, Larcier, 2005, p.225.



Chaque Etat membre est libre de règlementer ou non une profession. Il s'ensuit qu'une profession peut être règlementée dans un Etat membre sans pouvoir être autorisée dans un autre Etat membre.<sup>29</sup> Dans un arrêt de 2002, la Cour de justice a ainsi considéré qu'une profession n'est règlementée que si elle est autorisée.<sup>30</sup>

Dans ce système, l'Etat membre d'origine est celui dans lequel le professionnel a acquis ses qualifications professionnelles. Il peut donc s'agir de l'Etat membre dont le ressortissant a la nationalité ou d'un autre Etat membre<sup>31</sup>.

Les qualifications professionnelles concernées sont celles qui sanctionnent des formations professionnelles complètes, c'est-à-dire les qualifications qui permettent d'exercer une profession déterminée dans l'Etat membre d'origine. Avant de pouvoir bénéficier du système général, il faut donc avoir accompli non seulement le cycle d'études mais également la formation pratique ou le stage si ce dernier est requis dans l'Etat membre d'origine<sup>32</sup>.

La demande de reconnaissance des qualifications professionnelles doit être faite auprès de l'autorité qui, dans l'Etat membre d'accueil, est compétente pour recevoir et traiter les demandes relatives à la profession<sup>33</sup>.

Le système général n'est pas un système de reconnaissance automatique des qualifications professionnelles acquises dans un autre Etat membre. La demande de reconnaissance fait l'objet d'un examen individuel par l'autorité compétente qui va comparer la formation professionnelle acquise dans l'Etat membre d'origine avec la formation professionnelle requise dans l'Etat membre d'accueil. Si l'autorité en question constate des différences importantes, soit dans la durée, soit dans le contenu des formations professionnelles en cause, elle peut, moyennant le respect de certaines conditions, subordonner la reconnaissance à des exigences supplémentaires<sup>34</sup>. Ainsi, l'autorité pourra exiger une preuve d'acquis d'expérience professionnelles ou soumettre le demandeur soit à un stage d'adaptation, soit à une épreuve d'aptitude. Une seule mesure de compensation parmi ces trois types de mesures peut être imposée<sup>35</sup> et le choix appartient tantôt à l'Etat, tantôt au demandeur (pour ce qui concerne l'option entre l'épreuve d'aptitude et le stage d'adaptation)<sup>36</sup>.

- la preuve d'une expérience professionnelle est une mesure corrective pour compenser un déficit dans la durée de la formation d'au moins un an entre la formation suivie dans l'Etat de provenance et celle exigée dans l'Etat d'accueil. L'expérience professionnelle exigée ne peut alors dépasser quatre ans et peut correspondre à l'équivalent de la durée de la formation manquante ou pour une durée double.<sup>37</sup>

---

<sup>29</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.225.

<sup>30</sup> C.J.C.E., 11 juillet 2002, *Gräbner*, C-294/00, *Rec.*, p. I-6515.

<sup>31</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p.3.

<sup>32</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p.6.

<sup>33</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p. 5.

<sup>34</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p. 7.

<sup>35</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p. 8.

<sup>36</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 232.

<sup>37</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.232.

- l'épreuve d'aptitude est une mesure corrective pour compenser une différence dans le contenu de la formation dispensée respectivement dans les deux Etats<sup>38</sup>. Elle consiste en « *un examen de contrôle qui porte sur des matières dont la connaissance est une condition essentielle pour pouvoir exercer la profession dans l'Etat d'accueil* »<sup>39</sup>. Il s'agit principalement de considérer la capacité pour le migrant de s'adapter à un nouvel environnement professionnel et d'évaluer sa connaissance des matières non étudiées dans le cadre de sa formation dans l'Etat membre d'origine<sup>40</sup>. Suite à un arrêt de la Cour de justice<sup>41</sup>, les Etats membres ont l'obligation de publier les matières considérées comme indispensables afin de clarifier l'exercice de comparaison entre les contenus des formations.
- le stage d'adaptation est une mesure corrective pour compenser le déficit du suivi d'une formation spécifique requise dans l'Etat d'accueil. Il s'agit d'une période d'exercice de la profession concernée dans l'Etat d'accueil d'une durée maximale de trois ans.<sup>42</sup>

Avant de recourir soit à l'épreuve d'aptitude, soit au stage d'adaptation, l'Etat d'accueil est tenu d'examiner si l'expérience professionnelle éventuellement acquise par le demandeur conduit à rendre inutile voire moins lourde la correction envisagée.<sup>43</sup>

Dans la mesure où des qualités personnelles liées à la moralité, à l'honorabilité, à la situation financière ou à la santé physique et mentale sont également imposées aux nationaux de l'Etat membre d'accueil, le demandeur de la reconnaissance peut se voir imposer de telles exigences. Dans ce cas, il pourra fournir tout document délivré par une autorité compétente de l'Etat membre d'origine qui attestera de la bonne moralité, de l'honorabilité, de l'absence de faillite<sup>44</sup> ou de la bonne santé.

L'Etat membre d'accueil peut exiger des connaissances linguistiques lorsque celles-ci sont justifiées en raison de la nature de la profession mais ces exigences ne peuvent en aucun cas dépasser ce qui est objectivement nécessaire pour l'exercice de la profession en question.<sup>45</sup>

Dans le même contexte, l'Etat membre d'accueil peut exiger que les documents présentés à l'appui de la demande de reconnaissance soient traduits dans la langue officielle du pays d'accueil.<sup>46</sup>

L'autorité compétente saisie de la demande de reconnaissance doit prendre une décision dans les quatre mois qui suivent le dépôt du dossier complet<sup>47</sup>.

<sup>38</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.232.

<sup>39</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.233.

<sup>40</sup> Rapport au parlement européen et au conseil sur l'état d'application du système général de reconnaissance des diplômes de l'enseignement supérieur, établi selon l'article 13 de la directive 89/48/CEE, Commission des Communautés européennes, Bruxelles, 15 février 1996, p. 13.

<sup>41</sup> C.J.C.E., 7 mars 2002, *Commission c/Italie*, C-145/99, *Rec.*, p.I-2235.

<sup>42</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.235.

<sup>43</sup> C.J.C.E., 7 mai 1991, *Vlassopoulou*, C-340/89, *Rec.*, p.I-2357.

<sup>44</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p. 9.

<sup>45</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p.13.

<sup>46</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p.14.

<sup>47</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p. 8.

Cette décision peut être de trois types :

- l'autorité compétente peut reconnaître les qualifications professionnelles telles quelles. Le demandeur de la reconnaissance pourra alors exercer la profession réglementée en cause, dans les mêmes conditions que les nationaux de l'Etat membre d'accueil et devra, au même titre que ces nationaux, remplir les formalités susceptibles d'être exigées comme conditions préalables à l'exercice de ladite profession (par exemple inscription auprès de l'ordre professionnel) .
- l'autorité compétente peut imposer une mesure de compensation (demander que le demandeur de la reconnaissance prouve qu'il possède une expérience professionnelle ou lui demander de se soumettre à un stage ou à une épreuve d'aptitude).
- l'autorité compétente peut rejeter la demande.

Dans les deux derniers cas, la décision de l'autorité compétente doit clairement indiquer les raisons qui ont motivé sa décision et être susceptible de recours dans l'Etat membre d'accueil.<sup>48</sup>

A défaut de décision de l'autorité compétente endéans le délais de quatre mois, le demandeur de la reconnaissance dispose d'un recours juridictionnel de droit interne pour défaut de décision en temps opportun.

En principe, le demandeur de la reconnaissance n'est pas tenu d'avoir commencé à exercer la profession en cause avant de demander la reconnaissance de ses qualifications professionnelles. Cependant, cela peut être exigé dans plusieurs cas :

- lorsque la profession n'est pas réglementée dans l'Etat membre d'origine : le demandeur de la reconnaissance pourra alors être tenu de prouver une expérience professionnelle de minimum deux ans dans l'Etat membre d'origine.
- lorsque le demandeur de la reconnaissance est titulaire d'un diplôme ou certificat délivré par un pays tiers et reconnu par un Etat membre, ce dernier devra prouver l'exercice de la profession réglementée en cause pendant deux ou trois ans dans l'Etat membre d'origine.
- lorsque la durée de formation professionnelle acquise est inférieure d'au moins une année à la formation requise dans l'Etat membre d'accueil.<sup>49</sup>

Le ressortissant d'un Etat membre qui a acquis une partie de sa formation professionnelle dans un pays tiers peut bénéficier du système général moyennant la réunion de deux conditions :

- la profession doit être réglementée dans l'Etat membre d'origine ;
- la durée de la formation professionnelle acquise dans l'Etat membre doit être supérieure à la durée de la formation professionnelle acquise dans le pays tiers.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, op. cit., p. 9.

<sup>49</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, op. cit., p.12.

<sup>50</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, op. cit., p.11.

Le ressortissant d'un Etat membre qui a acquis toutes ses qualifications professionnelles dans un pays tiers peut quant à lui bénéficier du système général moyennant la réunion de quatre conditions :

- les qualifications professionnelles acquises dans le pays tiers ont déjà été reconnues dans un Etat membre (l'Etat membre d'origine) conformément à une législation nationale ou à une convention bilatérale signée par cet Etat ;
- les qualifications professionnelles en question permettent au ressortissant de l'Etat membre d'exercer une profession règlementée dans cet Etat membre ;
- le ressortissant a effectivement exercé cette profession règlementée pendant deux ou trois ans, selon les cas, dans cet Etat membre ;
- le ressortissant possède un certificat, délivré par cet Etat membre, attestant de l'exercice effectif de la profession pendant deux ou trois ans sur son territoire.<sup>51</sup>

Les Etats membres sont libres de reconnaître ou non les diplômes délivrés par un Etat tiers. Cependant, les directives du système général ont prévu que « *les preuves de qualification délivrées sur le territoire d'un Etat tiers et qui ont été admises, dans le cadre de sa réglementation, par un premier Etat membre doivent aussi être reconnues, pour cette raison, par un autre Etat membre, à condition encore que le premier certifie que l'intéressé a acquis une expérience professionnelle d'une durée minimale sur son territoire* ». <sup>52</sup> Il s'agit là du mécanisme de la reconnaissance au second degré qui suppose toujours une reconnaissance volontaire de l'Etat membre de provenance du demandeur.<sup>53</sup>

## 2.2. les secteurs spécifiques :

Le système sectoriel est celui de la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles. Il s'agit d'un système de reconnaissance profession par profession.

Sept professions font l'objet des directives « sectorielles » : médecin, infirmière, sage-femme, vétérinaire, dentiste, pharmacien et architecte. Ces directives harmonisent les conditions de formation minimales.<sup>54</sup> Elles ont pour but de fixer les conditions d'admission à la formation, la liste minimale des connaissances et aptitudes dont l'acquisition est nécessaire et la durée minimale des études.<sup>55</sup> Chacun des Etats membres et des Etats de l'Espace économique européen sera donc tenu de reconnaître les diplômes qui satisfont aux conditions minimales et qui sont acquis dans les autres Etats.<sup>56</sup> La simple détention de l'un des diplômes figurant sur la liste dressée par les directives est donc suffisante.<sup>57</sup> Ce n'est qu'en cas « de doute justifié » sur l'authenticité du diplôme produit ou sur le fait que l'intéressé a rempli toutes les conditions de formation requises que l'autorité habilitée à recevoir les demandes de reconnaissance peut solliciter une confirmation auprès de l'autorité compétente d'un autre Etat membre.<sup>58</sup>

<sup>51</sup> Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, *op. cit.*, p. 11.

<sup>52</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 211.

<sup>53</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 211.

<sup>54</sup> [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/specific-sectors\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_fr.htm)

<sup>55</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.215.

<sup>56</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 216.

<sup>57</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 219.

<sup>58</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 219.

Ceci ne libère pas le bénéficiaire de la demande de reconnaissance des obligations applicables aux nationaux telles que les obligations concernant l'attribution d'une autorisation, l'inscription à un organisme professionnel ou la prestation de serment. Les exigences stipulées par la réglementation nationale relatives à la moralité, à l'honorabilité, à la santé physique ou psychique lui sont aussi applicables. Dans ce dernier cas, les attestations établies par les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine sont considérées comme preuves suffisantes.<sup>59</sup>

Il appartient à chaque Etat membre de déterminer les autorités qui seront habilitées à recevoir les demandes de reconnaissance. Ces autorités ont un délai de maximum trois mois après le dépôt du dossier complet par l'intéressé pour statuer sur la demande.<sup>60</sup> Suite aux arrêts *Heylens* et *Vlassopoulou* de la Cour de justice<sup>61</sup>, les décisions prises par les Etats membres en ce qui concerne des demandes de reconnaissance de diplômes, certificats et autres titres doivent être motivées lorsque les demandes sont rejetées ; ces décisions doivent être susceptibles de recours juridictionnel de droit interne, recours qui doit également être ouvert au demandeur en cas d'absence de décision dans le délai des trois mois imparti à l'autorité compétente pour statuer sur une demande de reconnaissance.<sup>62</sup>

Le premier système de reconnaissance adopté s'applique aux médecins et les directives qui ont suivies ont adopté la même méthode<sup>63</sup>. C'est la raison pour laquelle nous étudierons principalement la directive 93/16/CEE<sup>64</sup> relative à la profession des médecins, directive qui a été modifiée par la directive 2001/19/CE<sup>65</sup>. Ces directives s'appliquent tant aux médecins indépendants qu'aux médecins salariés. Elles prévoient une formation de base et une formation de médecin spécialiste commune à tous les Etats membres ou à certains Etats membres. Dans ce dernier cas, le principe de la reconnaissance automatique est limité aux Etats membres qui dispensent les formations en cause.

### 2.2.1. directive 93/16/CEE

Cette directive est née de la fusion de trois autres directives : la directive sur la reconnaissance mutuelle des diplômes<sup>66</sup>, la directive sur la coordination de dispositions légales concernant les activités du médecin<sup>67</sup> et la directive relative à la formation spécifique en médecine générale<sup>68</sup>. Elle coordonne les formations médicales et garantit l'automatisme de la reconnaissance des diplômes qu'elle vise.<sup>69</sup>

<sup>59</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.219.

<sup>60</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 222.

<sup>61</sup> C.J.C.E., 15 octobre 1986, *Heylens*, C-222/86, *Rec.*, p.4097 et C.J.C.E., 7 mai 1991, *Vlassopoulou*, C-340/89, *Rec.*, p.I-2379.

<sup>62</sup> Reconnaissance mutuelle des diplômes des nouveaux Etats membres dans le cadre des directives sectorielles, Commission européenne, DG Marché intérieur, Libre circulation des marchandises, professions réglementées et services postaux, Professions réglementées, Bruxelles, 09 janvier 2007, Markt/C/3/6925/2004-2, p.5.

<sup>63</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 214.

<sup>64</sup> JO L 165 du 07 juillet 1993, p.1.

<sup>65</sup> JO L 206 du 31 juillet 2001, p.1.

<sup>66</sup> Directive 75/362/CEE du Conseil du 16 juin 1975.

<sup>67</sup> Directive 75/363/CEE du Conseil du 16 juin 1975.

<sup>68</sup> Directive 86/457/CEE du Conseil du 15 septembre 1986.

<sup>69</sup> Ordre des médecins, Conseil national, Colloque sur la mobilité transfrontalière des médecins, 23.11.2004, Exposé introductif.

Le principe est que dès que l'intitulé du diplôme correspond à un intitulé repris dans la directive et, pour les spécialisations, dès que la spécialisation est commune à l'Etat d'origine et à l'Etat d'accueil, la reconnaissance est automatique.

Selon la directive 93/16/CEE, la formation médicale de base dans l'Union européenne doit comprendre au moins six années ou 5.500 heures d'enseignement dispensés dans une université ou sous la direction d'une université. Elle stipule également que les médecins généralistes qui ont l'intention d'exercer dans le cadre du régime de sécurité sociale doivent prouver qu'ils ont suivi une formation pratique post-universitaire.<sup>70</sup>

Dans le cas des spécialisations non reconnues dans l'ensemble des Etats membres, la directive 93/16/CEE a apporté une solution située à mi-chemin entre le système sectoriel et le système général de reconnaissance. C'est ainsi que feront l'objet d'une reconnaissance automatique les spécialités communes à deux ou plusieurs Etats membres (sans être communes à l'ensemble des Etats membres) entre ces Etats dont la spécialisation est commune. Sur les 52 formations médicales spécialisées reprises dans la directive, seules seize d'entre elles sont communes à l'ensemble des Etats membres : anesthésiologie, chirurgie générale, neurochirurgie, gynécologie et obstétrique, médecine interne, ophtalmologie, otorhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, urologie, orthopédie, anatomie pathologique, neurologie, psychiatrie, radiodiagnostic et radiothérapie. Pour toutes les autres spécialités, les Etats membres ont la possibilité d'imposer aux médecins spécialistes des formations complémentaires mais pour ce faire, ils devront tenir compte du contenu et de la durée de la formation de l'intéressé, de son expérience professionnelle, de ses formations complémentaires et du suivi de sa formation continue.<sup>71</sup>

La directive 93/16/CEE ne restreint pas la possibilité pour les Etats membres d'accorder sur leur territoire l'accès et l'exercice de la médecine aux titulaires d'un diplôme qui a été obtenu dans un Etat tiers.<sup>72</sup>

A l'origine, un Etat membre n'était même pas tenu de reconnaître le diplôme d'un Etat tiers, ni de lui-même, ni parce qu'un autre Etat membre l'aurait fait avant lui.<sup>73</sup> La Cour de justice, dans un arrêt de 1994 a établi que « *la reconnaissance par un Etat membre d'un titre délivré par un Etat tiers n'engage pas les autres Etats membres* ». <sup>74</sup> La Cour a cependant limité la portée de cette solution en stipulant que « *les autorités compétentes (...) sont tenues de prendre en considération l'ensemble des diplômes, certificats et autres titres, ainsi que l'expérience pertinente de l'intéressé en procédant à une comparaison entre, d'une part, les compétences attestées par ces titres et cette expérience, et, d'autre part, les connaissances et qualifications exigées par la législation nationale* ». <sup>75</sup>

### 2.2.2. directive 2001/19/CE

La directive 2001/19/CE a introduit la notion de « formation règlementée » afin d'obliger l'Etat d'accueil à tenir compte de la formation reçue par le demandeur et éviter ainsi l'exigence de deux années d'expérience professionnelle. Elle incite également l'Etat d'accueil

<sup>70</sup> [http://europa.eu/geninfo/legal\\_notices\\_en.htm](http://europa.eu/geninfo/legal_notices_en.htm), p.1.

<sup>71</sup> Ordre des médecins, Conseil national, Colloque sur la mobilité transfrontalière des médecins, 23.11.2004, Exposé introductif.

<sup>72</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.209.

<sup>73</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.209.

<sup>74</sup> C.J.C.E., 9 février 1994, *Tawil-Albertini*, C-154/93, *Rec.*, p.I-451.

<sup>75</sup> C.J.C.E., 14 septembre 2000, *Hocsman*, C-239/98, *Rec.*, p.I-6623.

à prendre en considération, lors de l'examen d'une demande de reconnaissance de diplôme, l'expérience acquise par l'intéressé après l'obtention de son diplôme. Cette disposition a pour but d'éviter que l'Etat d'accueil ne recourt systématiquement aux mesures de compensation que sont les épreuves d'aptitude et les stages d'adaptation.

Cette directive assure également une certaine sécurité juridique dans le cas des formations obtenues par des ressortissants communautaires dans des pays tiers. Désormais, un deuxième Etat d'accueil ne peut plus rejeter directement la demande de reconnaissance mais doit motiver son rejet.

Enfin, cette directive a mis à jour la liste des diplômes reconnus au niveau européen.

### 2.3. la directive 2005/36/CE :

La directive 2005/36/CE réforme le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles en actualisant les 15 directives actuelles (parmi lesquelles douze directives sectorielles) couvrant toutes les règles relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle rassemble donc les directives sectorielles et les directives du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles qu'elle a abrogées à l'expiration du délai de transposition, c'est-à-dire le 20 octobre 2007. Elle propose ainsi un cadre juridique unique et cohérent.

Cette directive s'applique à tout ressortissant d'un Etat membre voulant exercer une profession réglementée, soit à titre indépendant, soit à titre salarié, dans un Etat membre autre que celui où il a acquis ses qualifications professionnelles. La reconnaissance des qualifications professionnelles permet en effet au bénéficiaire d'accéder, dans l'Etat membre d'accueil, à la profession pour laquelle il est qualifié et de l'y exercer dans les mêmes conditions que les nationaux de cet Etat membre lorsque celle-ci y est réglementée. La nouvelle directive vise donc à encourager une plus grande automaticité dans la reconnaissance des qualifications et à simplifier les procédures administratives. Elle prévoit d'une part de faciliter la prestation temporaire et occasionnelle des services transfrontaliers et d'autre part d'améliorer les régimes de reconnaissance existants aux fins d'établissement permanent dans un autre Etat membre.<sup>76</sup>

#### 2.3.1. quant à la libre prestation de services :

Le ressortissant communautaire qui désire prêter des services de façon temporaire et occasionnelle dans un autre Etat membre peut le faire sans devoir demander la reconnaissance de ses qualifications mais il doit cependant justifier de deux années d'expérience professionnelle lorsque la profession en cause n'est pas réglementée dans l'Etat membre d'accueil.<sup>77</sup> « *Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de la durée de la prestation, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité* ».<sup>78</sup>

<sup>76</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>77</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>78</sup> Article 5, 2., al.2 de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005.

La nouvelle directive de 2005 tend à favoriser la prestation de services en prévoyant qu'elle peut être exercée sous le titre professionnel d'origine<sup>79</sup> à la condition que le prestataire soit légalement établi dans un Etat membre pour y exercer la même profession. L'Etat membre d'accueil peut cependant exiger de la part du prestataire une déclaration préalable à la première prestation de services sur son territoire et qu'il renouvelle annuellement cette déclaration. Il peut également exiger, mais ce n'est pas une obligation, une inscription auprès de l'organisme professionnel compétent et que le prestataire fournisse un certain nombre d'informations notamment en ce qui concerne les couvertures d'assurance ou autres moyens de protection concernant la responsabilité professionnelle.<sup>80</sup> En effet, le prestataire de services reste tenu au respect des règles professionnelles et disciplinaires liées aux qualifications professionnelles concernées.

### 2.3.2. quant à la liberté d'établissement :

En ce qui concerne la possibilité pour un professionnel de s'établir dans un autre Etat membre afin d'y exercer une activité professionnelle de manière stable, la directive reprend les trois régimes de reconnaissance existants : le régime général, le régime de reconnaissance automatique des qualifications pour des professions spécifiques et le régime de reconnaissance automatique des qualifications attestées par l'expérience professionnelle.<sup>81</sup>

Une demande de reconnaissance doit être introduite auprès de l'autorité compétente de l'Etat membre d'accueil. Désormais, la directive prévoit l'obligation pour ladite autorité d'accuser réception de la demande dans un délai d'un mois et de signaler tout document manquant. L'autorité doit statuer sur la demande dans un délai de trois mois à compter de la réception du dossier complet mais ce délai peut être prolongé d'un mois dans le cadre du régime général de reconnaissance. Tout refus doit être motivé et, comme l'absence de décision dans le délai imparti, pouvoir faire l'objet d'un recours juridictionnel en droit interne.<sup>82</sup>

L'Etat membre d'accueil peut toujours exiger certaines connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession.

- le régime général de reconnaissance des qualifications professionnelles :

Il s'agit du régime qui s'applique de manière subsidiaire c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de professions qui ne font pas l'objet de règles de reconnaissance spécifiques ou lorsque le professionnel migrant ne remplit pas les conditions prévues par les autres régimes de reconnaissance et notamment lorsque la condition d'expérience professionnelle posée par les dispositions « droits acquis » n'est pas remplie<sup>83</sup>. Le principe de ce régime est celui de la reconnaissance mutuelle.

<sup>79</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 203 et 236.

<sup>80</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>81</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>82</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>83</sup> Reconnaissance mutuelle des diplômes des nouveaux Etats membres dans le cadre des directives sectorielles, Commission européenne, DG Marché intérieur, Libre circulation des marchandises, professions réglementées et services postaux, Profession réglementées, Bruxelles, 09 janvier 2007, Markt/C/3/6925/2004-2, p.6.



En cas de différences majeures entre la formation acquise par le demandeur et celle exigée dans l'Etat membre d'accueil, ce dernier pourra exiger l'application de mesures de compensation sous la forme soit d'un stage d'adaptation, soit d'une épreuve d'aptitude, d'une durée maximale de trois ans, le choix appartenant, en principe, au demandeur de la reconnaissance.<sup>84</sup>

La nouvelle directive fait donc disparaître la mesure corrective de l'expérience professionnelle. Mais elle va encore plus loin en prévoyant l'introduction d'un nouveau mécanisme dont la mise en œuvre aboutirait à rendre inapplicables les mesures correctives que sont le stage d'adaptation et l'épreuve d'aptitude, ce qui aboutirait au caractère automatique de la reconnaissance. Ce mécanisme consiste à reconnaître à la Commission le pouvoir d'approuver des « plates-formes communes » c'est-à-dire « *un ensemble de critères de qualification professionnelles aptes à combler les différences substantielles qui ont été constatées dans les différents Etats membres pour une profession déterminée* »<sup>85</sup> établies au niveau européen par des associations professionnelles ou des Etats membres.

Lorsqu'il s'agit d'une profession réglementée dans l'Etat d'accueil et que le demandeur est titulaire d'une qualification obtenue dans un autre Etat membre attestant d'un niveau de formation au moins équivalent au niveau immédiatement inférieur à celui exigé dans l'Etat membre d'accueil, le professionnel migrant pourra accéder à cette profession dans les mêmes conditions que les nationaux<sup>86</sup>. La directive organise ainsi la reconnaissance entre des preuves de qualification qui sont du même niveau ou qui relèvent de deux niveaux successifs.<sup>87</sup> A cet égard, la directive distingue cinq niveaux de qualifications professionnelles : l'attestation de compétences, le certificat, le diplôme sanctionnant une formation du niveau de l'enseignement post-secondaire, le diplôme sanctionnant une formation du niveau de l'enseignement supérieur ou universitaire de maximum quatre ans et le diplôme sanctionnant une formation du niveau de l'enseignement supérieur ou universitaire de minimum quatre ans.<sup>88</sup>

Cependant, lorsqu'il s'agit d'une profession non soumise à la possession de qualités professionnelles déterminées dans l'Etat membre d'origine, le demandeur devra pouvoir justifier de deux années d'expérience professionnelle à temps plein au cours des dix années précédentes afin de pouvoir exercer ladite profession dans l'Etat membre d'accueil.<sup>89</sup> Mais lorsque la *formation* qui prépare à la profession dans l'Etat de provenance est réglementée, alors que la *profession* ne l'est pas, cette mesure corrective particulière n'est pas utilisable par l'Etat d'accueil.<sup>90</sup>

---

<sup>84</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>85</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 234.

<sup>86</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>87</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p.226.

<sup>88</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>89</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>90</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 227.

- le régime de reconnaissance automatique pour des professions spécifiques :

Il s'agit du régime qui s'applique pour les professions de médecin, infirmier, dentiste, vétérinaire, sage-femme, pharmacien et architecte. Dans ce régime, chaque Etat membre reconnaît automatiquement les titres de formation donnant accès à ces activités professionnelles. La directive reprend également le principe de la reconnaissance automatique pour les spécialisations médicales ou dentaires communes au moins à deux cinquièmes des Etats membres, en ce qui concerne l'introduction future de nouvelles spécialisations médicales, et communes à au moins deux Etats membres, en ce qui concerne les spécialisations médicales du droit existant.<sup>91</sup>

Aux fins de l'équivalence des diplômes, la directive fixe les conditions minimales de formation pour ces sept professions. Pour ce qui est de la profession de médecin, elle distingue le médecin avec formation de base (six années d'études ou 5.500 heures d'enseignement théorique et pratique dans une université ou sous la surveillance d'une université), le médecin spécialiste (suppose l'accomplissement de six années d'études comme médecin avec formation de base et comprend un enseignement théorique et pratique à temps plein dans une université ou un centre reconnu pour une durée minimale fixée par la directive) et le médecin généraliste (suppose l'accomplissement de six années d'études comme médecin avec formation de base et comprend un enseignement pratique à temps plein effectué en milieu hospitalier pour une durée minimale de deux ou trois ans).<sup>92</sup>

A l'exception des professions de médecin et d'architecte, la directive fournit un programme minimal des matières à suivre.

En principe, la qualification doit avoir été acquise dans un Etat membre mais la nouvelle directive de 2005 assimile à un titre de formation délivré par un Etat membre, un titre de formation délivré dans un pays tiers dès lors que son titulaire a une expérience professionnelle d'au moins trois ans et que cette expérience peut être certifiée par l'Etat membre qui a procédé à la première reconnaissance dans le respect des conditions minimales de formation.<sup>93</sup>

- le régime de reconnaissance automatique par l'expérience professionnelle :

Les activités industrielles, artisanales et commerciales énumérées dans la directive font l'objet, moyennant le respect de certaines conditions, d'une reconnaissance automatique des qualifications attestées par l'expérience professionnelle.<sup>94</sup>

---

<sup>91</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>92</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

<sup>93</sup> J. PERTEK, *op.cit.*, p. 210.

<sup>94</sup> <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>

## CHAPITRE II - LE STATUT DES MEDECINS

### 1. Le système belge :

#### 1.1. conception de la médecine :

Le système de santé belge se caractérise par une conception libérale de la médecine et le libre choix des patients.

Les prestataires de soins, c'est-à-dire les médecins généralistes et les médecins spécialistes, jouissent de la liberté thérapeutique de diagnostic<sup>95</sup>.

Ils sont libres de choisir leur mode d'exercice de la médecine : *médecine de groupe ou individuelle*. Habituellement, les généralistes exercent en cabinet individuel et se rendent fréquemment au domicile du patient alors que les spécialistes sont généralement attachés aux services de consultation externe des hôpitaux. A l'heure actuelle, 70% des médecins travaillent dans le cadre d'une installation individuelle.<sup>96</sup>

La très grande majorité des prestataires de soins belges sont des *indépendants* payés à l'acte ; seuls les prestataires des hôpitaux universitaires sont *salariés*.<sup>97</sup> Les hôpitaux universitaires belges sont en effet légalement obligés d'employer des médecins avec un statut de salarié. Avec un statut de salarié, les médecins universitaires ont par conséquent une rémunération inférieure à celle de leurs confrères indépendants. Les médecins universitaires sont donc de plus en plus attirés par des salaires plus attractifs qui sont proposés par les autres hôpitaux et des missions médicales moins complexes pour lesquelles ils ne doivent pas se consacrer à la formation de nouvelles générations de prestataires de soins. De plus, les médecins indépendants sont financièrement plus productifs pour l'hôpital que les médecins universitaires.<sup>98 99</sup>

Les médecins sont libres d'accepter ou de refuser d'appliquer les accords tarifaires fixés par le conventionnement et donc de définir le niveau de leurs honoraires.<sup>100</sup>

Il ne faut pas non plus perdre de vue que de plus en plus de praticiens de première ligne (médecins généralistes et paramédicaux) exercent dans des maisons médicales où ils sont rémunérés de manière forfaitaire par les mutualités.<sup>101</sup>

<sup>95</sup> Art. 36 du Code de déontologie médicale, Conseil National de l'Ordre des médecins, Code de déontologie médicale, 2002.

<sup>96</sup> Plan 2006-2007 pour le développement de la médecine générale en Belgique, SPF Santé publique

<sup>97</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, Septembre 2004, p. 84.

<sup>98</sup> « Les hôpitaux universitaires belges redoutent la fuite des cerveaux »,

[http://www.7sur7.be/hlms/cache/det/art\\_493165.html](http://www.7sur7.be/hlms/cache/det/art_493165.html)

<sup>99</sup> «Lettre ouverte au formateur : le "braindrain" menace les 7 hôpitaux universitaires »,

[http://www.presseleases.be/script\\_FR/newsdetail.asp?ID=40775](http://www.presseleases.be/script_FR/newsdetail.asp?ID=40775)

<sup>100</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op.cit.*, p. 84

<sup>101</sup> *Op. cit.*, p. 84.

Le contrôle de la pratique médicale est assurée par des pairs (Ordre des médecins notamment).<sup>102</sup>

Les patients soignés en Belgique sont libres de choisir leur prestataire de soins et leur établissement de soins (privé ou public) et peuvent consulter directement un médecin généraliste ou spécialiste.<sup>103</sup> Mais cette liberté de choix n'implique pas une absence totale de structuration de l'offre de soins. En effet, le recours préalable au médecin généraliste avant toute consultation d'un médecin spécialiste est fortement encouragé grâce à un incitant financier pour le patient qui choisit cette voie.<sup>104</sup>

Les soins de santé en Belgique comprennent plusieurs types d'établissements de soins, chacun ayant une offre de soins spécifique, une infrastructure, un fonctionnement et des mécanismes de financement propres (les hôpitaux, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour, les services d'urgence,...)<sup>105</sup>.

## 1.2. formation :

Pendant longtemps, la seule possession du diplôme de docteur en médecine ouvrait le droit à l'exercice médical. Désormais, suite à la directive européenne, une formation complémentaire est imposée afin de pouvoir pratiquer la médecine générale ou la médecine spécialisée.<sup>106</sup>

Le diplôme de docteur en médecine (obtenu après 7 années d'étude) donne désormais accès à une formation complémentaire pour devenir spécialiste ou médecin généraliste. Mais la 7<sup>ème</sup> année est comptabilisée comme la première année de formation de médecine générale et non pour les futurs spécialistes qui doivent donc patienter une année de plus que ceux-ci.

Les études de médecine se décomposent en trois cycles<sup>107</sup> :

- le baccalauréat : comporte trois années d'études.
- le master : comporte quatre années d'études dont les trois premières constituent une formation commune à tous les futurs médecins et consistent en des cours théoriques et une période de 12 mois de stages répartis sur les trois ans. Au terme de la troisième année, l'étudiant pourra s'orienter soit vers la finalité spécialisée en médecine générale soit vers la finalité spécialisée en médecine spécialisée<sup>108</sup>.
- le doctorat : études spécifiques préparant à la médecine générale ou à une spécialisation.

Pour exercer la profession de médecin généraliste, il faut donc avoir accompli au moins sept années d'études de la formation conduisant à la délivrance du diplôme de docteur en médecine. La formation spécifique en médecine générale est d'une durée de minimum trois ans et comporte une partie théorique et une partie pratique.

---

<sup>102</sup> *Op. cit.*, p. 84.

<sup>103</sup> *Op. cit.*, p. 85.

<sup>104</sup> Plan 2006-2007 pour le développement de la médecine générale en Belgique, SPF Santé publique

<sup>105</sup> [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512866&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512866&_dad=portal&_schema=PORTAL)

<sup>106</sup> Université Libre de Bruxelles, Dispositions concernant les études de médecine, Informations 2007-2008.

<sup>107</sup> <http://www.uclouvain.be/1536.html>

<sup>108</sup> <http://www.uclouvain.be/prog-2007-med2m.html>

Au cours de la formation, des stages de minimum six mois doivent être effectués, aussi bien dans le cabinet d'un médecin généraliste maître de stage que dans des services hospitaliers agréés. L'exercice de la médecine générale dans son propre cabinet n'est autorisé qu'après l'accomplissement de ces stages. Le médecin généraliste agréé est donc celui qui a suivi une formation complémentaire en médecine générale et qui est agréé comme tel.<sup>109 110</sup>

N'est spécialiste que le médecin qui a suivi une formation complémentaire dans une spécialité et qui est agréé comme tel.<sup>111</sup> Pour chaque spécialité, une durée de stage minimale est fixée et doit être accomplie dans les conditions imposées par les critères spéciaux de la spécialité concernée.<sup>112</sup>

### 1.3. programmation :

En Belgique, le nombre de médecins était considéré comme suffisant, voire légèrement trop important. C'est pourquoi, en 1996, un *numerus clausus* à l'agrément c'est-à-dire à l'autorisation d'exercice, a été instauré. Les premiers médecins auxquels auront été appliquées les nouvelles règles en la matière ont été diplômés en juin 2004<sup>113</sup>. Il n'y a donc plus, chaque année, qu'un nombre déterminé de nouveaux médecins qui peuvent accéder à une pratique de médecine générale ou de médecine spécialisée dans des conditions permettant à leurs patients d'obtenir le remboursement des soins reçus.

En principe, le contingentement des praticiens dans le secteur des soins de santé se fait lors de l'accès à la profession. Concrètement, cela se fait immédiatement après la formation de base (dispensée dans les Hautes Ecoles et/ou dans les Universités) lors de la demande de reconnaissance comme dentiste, kinésithérapeute ou lors de la demande de spécialisation pour les médecins.<sup>114</sup>

Par « *numerus clausus* », on entend généralement la limitation du nombre d'accès à la formation de base. Ce n'est pas ce que fait la législation belge.<sup>115</sup>

Les nombres (« contingents ») applicables actuellement sont présentés de façon synthétique par profession et par Communauté.<sup>116</sup>

La loi prévoit que les contingents (d'application à la fin de la formation de base) seraient connus dès le début de la formation de base. Le nombre de personnes qui auront accès à la profession est donc fixé et connu plusieurs années à l'avance. De cette façon, les communautés, compétentes pour l'enseignement, et les étudiants eux-mêmes, peuvent se préparer à ce qui suivra après leurs études.

---

<sup>109</sup> A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *M.B.* 27 avril 1984.

<sup>110</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op.cit.*, p. 85.

<sup>111</sup> A.R. du 21 avril 1983

<sup>112</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op.cit.*, p. 85.

<sup>113</sup> *Op. cit.*, p. 87.

<sup>114</sup> [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512866&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512866&_dad=portal&_schema=PORTAL)

<sup>115</sup> [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512866&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512866&_dad=portal&_schema=PORTAL)

<sup>116</sup> [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512866&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512866&_dad=portal&_schema=PORTAL)

Les instances compétentes pour l'enseignement dans les communautés sont la Communauté flamande, la Communauté française et la Communauté germanophone.<sup>117</sup>

La Communauté flamande a instauré un examen à l'entrée des études tandis que la Communauté française avait opté pour une sélection à la fin de la troisième candidature. Ce dernier système a été abrogé en 2003 en raison de ses difficultés pratiques mais le gouvernement fédéral n'a pas supprimé la limitation de l'accès à la profession. Il s'ensuit que des étudiants diplômés après sept ans d'études pourraient être dans l'impossibilité de pratiquer la médecine.<sup>118</sup> Cependant, afin d'éviter qu'un nombre important d'étudiants se voient privés de pratique médicale à l'issue de leurs sept années d'études, la Communauté française a pris des mesures destinées à limiter le nombre d'étudiants et qui consistent à instaurer une sélection à la fin de la première année de baccalauréat.<sup>119</sup>

Concrètement, le Conseil des Ministres du 20 juillet 2006 a limité à 975 (585 pour la Communauté flamande et 390 pour la Communauté française) pour 2013 le nombre de médecins qui obtiendront la possibilité d'entreprendre une spécialisation dans le cadre de l'INAMI.<sup>120 121</sup>

Cette restriction porte sur le nombre total de médecins pratiquants et ne distingue donc pas ni les spécialités, ni les zones géographiques. Le médecin agréé peut s'installer où il veut. Cependant, un système d'aide à l'installation a été mis en place dans certaines zones.<sup>122</sup> Le Ministre de la Santé a notamment rédigé un plan 2006-2007 pour le développement de la médecine générale en Belgique afin d'améliorer la structuration des soins de première ligne. Ce plan prévoit entre autres la création d'un fonds d'impulsion pour la médecine générale.<sup>123</sup>

#### 1.4. intervention de l'assurance maladie :

Les *médecins non conventionnés* peuvent fixer le montant de leurs honoraires<sup>124</sup> (il n'y a donc aucune liaison entre le montant de leurs honoraires et les remboursements par l'assurance-maladie<sup>125</sup>).

Les *médecins généralistes et spécialistes conventionnés* sont ceux qui respectent les tarifs issus des accords médico-mutualistes pour les prestations remboursées par la sécurité sociale.<sup>126</sup> Ils appliquent donc les tarifs dits « officiels ».

<sup>117</sup> [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512866&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512866&_dad=portal&_schema=PORTAL)

<sup>118</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op.cit.*, p. 87.

<sup>119</sup> Décret de la Communauté française du 01<sup>er</sup> juillet 2005 relatif aux études de médecine et de dentisterie, *M.B.* 31 août 2005 – décret de la Communauté française du 31 mars 2004 définissant l'enseignement supérieur, favorisant son intégration à l'espace européen de l'enseignement supérieur et refinançant les universités, *M.B.* 18 juin 2004.

<sup>120</sup> <http://www.gbs-vbs.org/gbs/index.asp> p.53.

<sup>121</sup> Arrêté Royal du 8 décembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale, *M.B.* 22 décembre 2006.

<sup>122</sup> La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni (étude monographique), Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et résultats, n°120, juin 2001.

<sup>123</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op.cit.*, p. 87.

<sup>124</sup> *Op. cit.*, p. 88.

<sup>125</sup> Les systèmes de santé à l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle, *op. cit.*, p. 82.

Les **médecins partiellement conventionnés** sont ceux qui n'adhèrent que partiellement à l'accord médico-mutualiste c'est-à-dire qu'ils appliquent les honoraires de l'accord sauf dans certains cas qui sont préalablement précisés au patient et qui peuvent être des circonstances de lieux, jours et/ou heures de la journée.<sup>127</sup>

Les négociations entre les mutualités et les représentants des différentes professions médicales et paramédicales mènent en effet à un accord (pour les médecins et dentistes) ou à une convention (pour les autres prestataires), auquel un nombre minimal d'adhésions de la part des prestataires est nécessaire pour son entrée en application. Les prestataires adhérents s'engagent alors à respecter les tarifs convenus et offrent ainsi une certaine sécurité tarifaire au patient.<sup>128</sup>

Les honoraires de l'accord médico-mutualiste tiennent compte de la qualité du médecin. C'est ainsi que les honoraires d'une même prestation varieront selon que le médecin soit « avec droits acquis », « agréé » ou « agréé et accrédité » :

- les **médecins généralistes avec droits acquis** sont des médecins qui ont une formation de base en médecine générale, qui ne sont pas détenteurs d'un certificat de formation complémentaire et qui exerçaient déjà la médecine générale avant le 31 décembre 1994 ;
- les **médecins généralistes agréés** sont des médecins détenteurs d'un certificat de formation complémentaire ;
- les **médecins agréés et accrédités** sont des médecins détenteurs d'un certificat de formation professionnelle et qui remplissent un certain nombre de conditions leur permettant d'être accrédités.

L'accréditation peut ainsi être assimilée à une forme de label de qualité que les médecins reçoivent lorsqu'ils suivent régulièrement des formations complémentaires et gèrent leur pratique en respectant des normes de qualité spécifiques.

Pour acquérir et maintenir sa qualité d'accrédité, le médecin généraliste doit répondre à plusieurs conditions<sup>129</sup> :

- être inscrit à un Groupe Local d'Evaluation Médicale (GLEM) ;
- tenir un dossier médical par patient ;
- exercer une activité principale en tant que médecin généraliste ;
- justifier une activité minimale d'au moins 5 contacts par jour ouvrable en moyenne (consultations et visites) pendant l'année civile précédente (1.250 par an), exception faite pour les jeunes médecins dans leur 4 premières années de pratique ;
- avoir un comportement thérapeutique et de prescription non abusif ;
- prêter son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par des pairs ;
- pendant une période de référence de 12 mois, il doit obtenir 200 unités de formation continue, dont 30 unités en rubrique « éthique et économie » et participer à au moins deux réunions du GLEM (ce qui correspond à 20 unités de formation continue).

<sup>126</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op. cit.*, p. 88.

<sup>127</sup> <http://www.mc.be/fr/100/selfservice/prestataires/index.jsp>

<sup>128</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op. cit.* pp.32-35.

<sup>129</sup> <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/accreditation/individual-accreditation/conditions-accreditation.htm>

Pour acquérir et maintenir sa qualité d'accrédité, le médecin spécialiste doit quant à lui aussi répondre à plusieurs conditions<sup>130</sup> :

- déclarer qu'il transmet au médecin généraliste consulté par le patient et/ou qui le soigne et échange avec lui toutes les données médicales utiles par dossier de patient en matière de diagnostic et de traitement ;
- prêter son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par les pairs pour la discipline en question ;
- justifier une activité minimale pour l'année civile précédente, exception faite pour les jeunes médecins dans leurs quatre premières années de pratique ;
- avoir un comportement thérapeutique et de prescription non abusif ;
- pendant une période de référence de 12 mois, il doit obtenir 200 unités de formation continue dont 30 unités en rubrique « éthique et économie » et participer à au moins deux réunions du GLEM (ce qui correspond à 20 unités de formation continue).

L'accréditation ainsi obtenue est valable pour une durée de trois ans et est susceptible de prolongation moyennant une demande deux mois avant l'expiration de la période d'accréditation en cours.<sup>131</sup>

Au 01<sup>er</sup> octobre 2007, le coût d'une consultation chez un généraliste conventionné en Belgique varie entre 13,07 euros et 20,79 euros selon la qualité du praticien (avec droits acquis, agréé ou agréé et accrédité) tandis que le coût d'une consultation chez un spécialiste varie entre 18,10 euros et 39,16 euros selon la spécialité médicale du prestataire et sa qualité d'accrédité ou non.<sup>132</sup> Un supplément d'honoraires est en effet reconnu pour le médecin accrédité et le patient est encouragé à faire appel à de tels médecins grâce à une réduction du montant du ticket modérateur.<sup>133</sup>

## **2. Le système français :**

### **2.1. conception de la médecine :**

A l'issue de leur formation, les professionnels de santé choisissent librement le mode d'exercice de leur activité en fonction.

Le système de santé français se caractérise par une distinction essentielle entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux et le libre choix des patients dans un parcours de soins coordonné.

Dans ce contexte, les établissements publics de santé se trouvent en position défavorable pour certaines spécialités de médecine en raison des écarts entre les rémunérations statutaires hospitalières (abstraction faite des revenus complémentaires) et les honoraires en exercice libéral. Ainsi, des différences particulièrement accusées expliquent, en partie, les déséquilibres marqués entre médecine de ville et médecine hospitalière, alors même que l'Etat fixe à la fois les rémunérations des praticiens hospitaliers et, pour les médecins conventionnés, la tarification des actes effectués en libéral.

<sup>130</sup> <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/accreditation/individual-accreditation/conditions-accreditation.htm>

<sup>131</sup> <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/accreditation/individual-accreditation/conditions-accreditation.htm>

<sup>132</sup> <http://www.inami.fgov.be/insurer/fr/rate/medecins>

<sup>133</sup> Les soins de santé en Belgique, Défis et opportunités, 24 décembre 1999, p. 105.



### 2.1.1. les médecins hospitaliers<sup>134</sup> :

Les *praticiens hospitaliers* sont recrutés par concours national et exercent leurs fonctions dans les centres hospitaliers sous forme d'un contrat à durée indéterminée. Certains sont également enseignants et/ou chercheurs. Ce sont les praticiens hospitalo-universitaires et les maîtres de conférences d'université – praticiens hospitaliers.

Parmi ces praticiens hospitaliers, la commission médicale d'établissement nomme les chefs de service pour une durée déterminée qui est généralement de cinq ans. Ces chefs de service ont pour mission, en sus de leur mission de soins, d'exercer certaines tâches administratives.

Ces médecins sont donc *salariés* et ont le statut d'agent de la fonction publique hospitalière. Le mode et le montant de leur rémunération sont variables selon leur catégorie.

Afin d'attirer les médecins à l'hôpital public, les praticiens hospitalo-universitaires sont cependant autorisés à consacrer une fraction de leur temps de travail à une activité libérale au sein de l'hôpital. Dans ce dernier cas, les honoraires sont perçus par l'administration hospitalière qui les reverse au praticien après retenue d'une redevance variable selon les types d'actes.<sup>135</sup>

A côté des praticiens hospitaliers, les *assistants* exercent sous contrat à durée déterminée, généralement après un internat de médecin afin de parfaire leurs connaissances. Il existe également des *chefs de clinique assistants* et des *assistants hospitalo-universitaires*. Les *attachés, assistants et praticiens associés* sont quant à eux des médecins étrangers (hors Union européenne et Espace économique européen), titulaires de diplômes reconnus en France, et qui sont recrutés par les établissements publics de santé. Ces derniers ne participent à l'activité du service hospitalier que sous la responsabilité directe du chef de service ou de l'un de ses collaborateurs ; ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante et sont associés au service de garde.

- les praticiens hospitaliers à plein temps :

Les praticiens hospitaliers à plein temps ont la qualité d'agents publics non fonctionnaires. Ils sont recrutés par concours national (comme tous les agents publics statutaires). Il s'agit, dans le cas d'espèce, d'un concours par discipline et par spécialité (il en existe une cinquantaine), sur épreuves ou sur titres. La compétence de nomination appartient au Ministre. L'ensemble de la carrière du praticien hospitalier se déroule sous le contrôle d'une commission statutaire nationale.<sup>136</sup>

La rémunération mensuelle brute d'un praticien hospitalier à plein temps varie entre 4.474,29 euros et 7.735,30 euros et est fonction de leur échelon (ancienneté) et du temps travaillé (rémunération à laquelle s'ajoute des indemnités de gardes et astreintes).

<sup>134</sup> Art. L6152-1 et suivants du Code de santé publique.

<sup>135</sup> Systèmes de santé en transition, France, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 6, N°2, 2004, p.121.

<sup>136</sup> Droit de la santé publique, 2<sup>ème</sup> partie – le système hospitalier, *Dalloz*, 2004, pp. 117-118.

- personnels enseignants et hospitaliers des CHU<sup>137</sup> :

Il y a lieu ici de faire une distinction entre les praticiens hospitaliers universitaires bi-appartenants temporaires, les bi-appartenants permanents et les personnels non titulaires :

- **les praticiens hospitaliers universitaires, bi-appartenants temporaires** : il s'agit de praticiens hospitaliers qui, à raison de leur bon classement au concours, choisissent d'être détachés dans un CHU. L'originalité de leur situation est qu'ils sont en position de détachement et nommés provisoirement dans un emploi CHU (par arrêté conjoint du recteur-chancelier et du préfet de région), à savoir pour durée de quatre ans dans les disciplines biologiques et mixtes et pour une durée de six ans dans les disciplines cliniques. Les praticiens hospitaliers ainsi nommés devront exercer des charges hospitalières mais aussi des fonctions de recherche, d'enseignement, voire de formation initiale ou continue, ce qui correspond aux missions que la loi assigne au CHU. Leur rémunération est versée pour partie par l'Etat (en tant qu'universitaires) et pour partie par l'hôpital (en tant que praticiens hospitaliers)<sup>138</sup> et correspond à leur place dans une grille d'avancement.<sup>139</sup>
- **les bi-appartenants permanents** : ils sont recrutés par voie de concours, en fonction de certaines aptitudes notamment hospitalières et sont nommés par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et du Ministre chargé des Universités, dans des emplois de maîtres de conférence ou de professeurs. Ils exercent donc des activités hospitalières et universitaires. Ils ont droit au bénéfice des avantages statutaires prévus en matière de congés en faveur des membres du corps enseignant des universités. Leur rémunération est assez complexe et prend en compte le traitement versé aux universitaires auquel s'ajoutent les émoluments hospitaliers.<sup>140</sup>
- **les personnels non titulaires** : il s'agit des chefs de clinique et des assistants hospitaliers universitaires. Ils sont nommés pour une période de deux ans, avec possibilité de deux renouvellements d'une durée d'un an chacun. Parmi les personnels non titulaires, il existe également les praticiens attachés ou praticiens attachés associés qui exercent leurs fonctions à temps partiel ou à temps plein en vertu d'un contrat d'une durée maximum d'un an, renouvelable dans la limite d'une durée maximum de 24 mois ; à l'issue de cette période, le renouvellement s'effectue par un contrat, renouvelable de droit par tacite reconduction ; en cas d'insuffisance professionnelle ou de démission, il est mis fin à leur contrat.<sup>141</sup> Leur rémunération mensuelle, à laquelle il faut ajouter des indemnités de gardes et astreintes, est proportionnelle au nombre de vacations.

<sup>137</sup> Art. L6151-1 et suivants du Code de santé publique.

<sup>138</sup> Droit de la santé publique, *op. cit.*, p. 119.

<sup>139</sup> Système de santé en transition, *op. cit.*, p.121.

<sup>140</sup> Droit de la santé publique, *op. cit.*, pp.119-120.

<sup>141</sup> Droit de la santé publique, *op. cit.*, p.121.

- les praticiens à temps partiel :

Les praticiens à temps partiel exercent les mêmes fonctions que les praticiens à temps plein (diagnostic – traitement – urgence + éventuellement enseignement, recherche, prévention, ...) mais durant six, voire cinq ou quatre, selon les besoins de l'hôpital, demi-journées par semaine. Ils sont également recrutés par concours sur titres ou épreuves et sont en principe nommés pour une durée de cinq ans, sans période probatoire. Cependant, ils peuvent être contraints de cesser leurs fonctions, non pas seulement en cas d'insuffisance professionnelle ou pour raisons disciplinaires, mais en cas de transformation du poste occupé en poste à plein temps. Il s'ensuit une certaine précarité. De plus, le régime des retraites et des congés de maladie est nettement défavorable par rapport aux praticiens à plein temps.<sup>142</sup>

La rémunération mensuelle brute d'un praticien hospitalier à temps partiel varie entre 2.180,10 euros et 4.046,06 euros et est fonction de leur échelon (ancienneté) et du temps travaillé (rémunération à laquelle s'ajoute des indemnités de gardes et astreintes).

### 2.1.2. les médecins libéraux :

Les **médecins libéraux** disposent quant à eux de trois modes d'exercice permanents :

- l'exercice à titre individuel ;
- l'exercice en qualité d'associé d'une société d'exercice ;
- l'exercice en qualité de collaborateur libéral.

Le statut du médecin **collaborateur libéral** a été organisé par la loi du 2 août 2005<sup>143</sup> afin de permettre aux médecins de garder leur indépendance tout en permettant un partage des frais professionnels. Il est défini comme le professionnel « *qui exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, qui peut compléter sa formation et (...) se constituer une clientèle personnelle* ». <sup>144</sup> Ce médecin agit sous sa seule responsabilité et, à l'instar de l'exercice en société, il doit souscrire une assurance professionnelle. Il peut développer sa clientèle personnelle mais le Conseil National de l'Ordre exclut la possibilité pour le collaborateur de se lier par un autre contrat de collaboration, ce qui revient à imposer une exclusivité de fait.

Le partage d'honoraires est autorisé entre médecins généralistes ou médecins de la même spécialité<sup>145</sup> et les parties à la collaboration libérale conviennent ensemble des modalités de rémunération. Le collaborateur peut facturer en son nom ses honoraires aux patients et verse une rémunération à son cocontractant. Dans ce cas, le Conseil National de l'Ordre propose dans un contrat type<sup>146</sup> une clause selon laquelle le collaborateur verse mensuellement à son partenaire (société ou médecin) une redevance calculée sur la totalité des honoraires qu'il a perçus au titre des frais professionnels pris en charge par ce partenaire.

<sup>142</sup> Droit de la santé publique, *op. cit.*, p. 122.

<sup>143</sup> Loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et des moyennes entreprises.

<sup>144</sup> Art. 18 de la loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et des moyennes entreprises

<sup>145</sup> Art. R 4127-94 du Code de la Santé Publique

<sup>146</sup> En application de la loi du 2 août 2005, le contrat de collaboration libérale doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession de médecin. En conséquence, le Conseil National de l'Ordre propose un contrat-type sur son site internet [www.web.ordre.medecin.fr/actualite/presentationcollaborateur.pdf](http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/presentationcollaborateur.pdf)

Outre les modalités de la rémunération, ce contrat doit être établi par écrit et préciser sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement, les conditions d'exercice de l'activité et les conditions et modalités de sa rupture, dont un délai de préavis.

Les professions libérales sont toutes payées à l'acte et les montants de leur rémunération doivent être conformes aux dispositions des conventions qui régissent leurs relations avec les assurés sociaux et les caisses d'Assurance maladie. La rémunération des praticiens libéraux dépend donc du nombre et du type d'actes produits ainsi que du prix des différents actes fixé par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour les actes cliniques (consultations, visites...) et de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes techniques (actes chirurgicaux, d'exploration...).

On distingue trois niveaux de conventions qui déterminent les tarifs des honoraires et les conditions d'exercice:

- un socle de base commun à tous les professionnels, qui trouve sa mise en œuvre dans un accord-cadre, signé par l'ensemble des professionnels conventionnés ;
- un accord par profession,
- des contrats individuels fondés sur des engagements du praticien (coordination des soins, prise en charge des urgences, actions de santé publique) et ouvrant droit à des rémunérations complémentaires forfaitaires.<sup>147</sup>

Ainsi, les revenus des médecins libéraux varient en fonction des spécialités et du secteur d'activité (secteur 1 – médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement - et secteur 2 – médecins qui ont opté pour un secteur à honoraires différents). Pour 2002, ces revenus allaient de 53.012 euros à 146.687 euros.

### 2.1.3. les médecins vacataires :

Les *médecins vacataires* sont ceux qui partagent leur temps de travail entre l'hôpital où ils exercent par vacation d'une demi-journée, et leur cabinet de ville où ils réalisent leur activité libérale.

### 2.1.4. le parcours de soins coordonné :

La loi du 13 août 2004<sup>148</sup> a institué le *parcours de soins coordonné* par un médecin traitant librement choisi par l'assuré social français (ou par l'ayant droit de plus de 16 ans). Le libre choix du médecin traitant par le patient ne fait pas obstacle à la possibilité pour le médecin désigné de refuser ladite désignation en qualité de médecin traitant.

<sup>147</sup> Systèmes de santé en transition, *op. cit.*, pp. 117-118

<sup>148</sup> Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, *J.O.*, 17 août 2004.

Ce médecin traitant peut être un généraliste, un spécialiste (hospitalier ou non mais qui ne peut exercer que la discipline dans laquelle il a été qualifié) ou un médecin salarié d'un centre de santé ou d'un établissement social et médico-social<sup>149</sup> <sup>150</sup>. Il peut être un professionnel de santé établi hors de la France, dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou à Monaco.<sup>151</sup>

Le médecin traitant a pour tâche d'être l'interlocuteur privilégié du patient et à ce titre, il a pour missions :

- d'assurer le premier niveau de recours aux soins et les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, ... ) ;
- d'orienter le patient vers d'autres professionnels et/ou structures hospitalières, et d'informer tout médecin vers lequel il a orienté un patient des délais de prise en charge compatibles avec son état de santé ;
- de rédiger, en concertation avec d'autres médecins, un protocole de soins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée ;
- de gérer le dossier médical personnel du patient et d'intégrer à ce titre la synthèse des soins réalisée par les autres praticiens.

Tous les patients, assurés sociaux ou ayants droits de plus de 16 ans, doivent indiquer à leur caisse d'assurance maladie le nom du médecin traitant choisi. A défaut, ces personnes subissent une majoration du ticket modérateur à chaque consultation d'un praticien hors parcours de soins. La consultation d'un spécialiste sans une prescription préalable d'un médecin traitant a également pour conséquence une majoration possible des honoraires de 7 euros.

Ces pénalisations ne s'appliquent pas lorsque la consultation d'un autre médecin que le médecin traitant se fait en cas d'urgence ou en dehors du lieu de résidence stable et durable de l'assuré, c'est-à-dire en cas d'éloignement occasionnel du domicile. De même, un accès direct à un gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, neuropsychiatre et neurologue reste possible. S'agissant de patients de plus de 16 ans, les pédiatres ne sont pas non plus concernés.

## 2.2. formation :

La première année d'étude est commune à l'ensemble des professions médicales. Ensuite, l'accès au cursus choisi se fait via un concours.

Les études médicales en France se déroulent dans les facultés de médecine associées à un Centre Hospitalier Universitaire (44 Unités de formation et de recherche en France) durant une période minimale de neuf ans après le baccalauréat.

<sup>149</sup> Art. L312-1 du Code de l'action sociale et des familles qui énumère les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

<sup>150</sup> Art. L 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

<sup>151</sup> Circulaire DSS/DACI/2005 du 27 mai 2005.

Ces études se décomposent en trois cycles<sup>152</sup> :

- le premier cycle (PCEM) est d'une durée de deux ans. L'accès en deuxième année de premier cycle est limité par un numerus clausus<sup>153</sup> fixé chaque année par le ministère pour chacune des 33 facultés de médecine. Au cours de la deuxième année de médecine, est réalisé un stage infirmier de 3 à 4 semaines.
- le deuxième cycle (DCEM) est d'une durée de quatre ans. Les étudiants suivent un cursus théorique et pratique. Les trois dernières années sont réservées à l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique. Ils réalisent des stages cliniques dès la troisième année d'étude et doivent effectuer sur les trois dernières années du DCEM (= externat) 36 gardes de 24 heures (environ 1 par mois). Ils n'ont cependant pas le droit de prescription. Depuis 2004<sup>154</sup>, le deuxième cycle des études en médecine s'achève par des « épreuves classantes nationales » (ECN) qui conditionnent l'accès en troisième cycle d'études. Suivant son classement, l'étudiant choisit le CHU d'affectation en fonction des postes offerts, et sa filière où il effectuera des stages de 6 mois au cours du troisième cycle.
- le troisième cycle (= internat), validé par une thèse d'exercice, se déroule sur trois années pour la médecine générale, ou sur quatre ou cinq ans pour les autres spécialités jusqu'à l'obtention du diplôme d'études spécialisées (DES). L'interne effectue des stages rémunérés de six mois, soit en secteur hospitalier, auprès d'un médecin généraliste, ou dans une structure de soins extra-hospitalier, sous la responsabilité d'un chef de clinique ou d'un praticien. Il peut désormais prescrire et effectuer des actes de diagnostic et thérapeutiques.  
Le troisième cycle des études médicales est également accessible aux étudiants européens titulaires d'un diplôme de deuxième cycle d'études médicales, ou d'un titre équivalent délivré par un Etat membre. Ceux-ci doivent également passer les épreuves classantes nationales.

Des remplacements en cabinets médicaux peuvent être effectués par des internes à condition d'avoir validé un certain nombre de semestres d'études, et d'avoir obtenu une licence de remplacement auprès du Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

### 2.3. programmation :

Le numerus clausus dans les études de médecine a été institué à la fin des années 70 et commence à se faire sentir aujourd'hui. En effet, la France assiste actuellement à une stabilisation du nombre de médecins, qui sera suivie d'une baisse significative dans les 20 ans à venir.

<sup>152</sup> Systèmes de santé en transition, France, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 6, N°2, 2004, p.88.

<sup>153</sup> Le nombre d'étudiants de première année de PCEM autorisés à accéder à la seconde année universitaire 2005/2006 était de 6.200 – en comparaison, le numerus clausus de 1993 était de 3.500.

<sup>154</sup> Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

Des problèmes de pénurie se font cependant déjà sentir dans certaines spécialités hospitalières. C'est pourquoi le *numerus clausus* a été relevé.<sup>155</sup> Ce *numerus clausus* est fixé chaque année par le Ministère de l'éducation nationale et le Ministère de la santé.<sup>156</sup>

Un arrêté du 10 mars 2004 fixe la liste des disciplines du troisième cycle des études médicales et, au regard de chaque spécialité, est indiqué le nombre de postes offerts. Cette procédure permet à l'étudiant de choisir son affectation en ayant connaissance des places disponibles. Pour 2005, 4.803 postes ont été offerts et répartis de la manière suivante :

- spécialités médicales : 760 postes
- spécialités chirurgicales : 550 postes
- médecine générale : 2.400 postes
- anesthésie-réanimation : 243 postes
- biologie médicale : 58 postes
- gynécologie médicale : 20 postes
- gynécologie-obstétrique : 150 postes
- médecine du travail : 56 postes
- pédiatrie : 196 postes
- psychiatrie : 300 postes
- santé publique : 70 postes

Il est à noter que la médecine générale devient une spécialité à part entière.

#### 2.4. intervention de l'assurance maladie :

Les rapports entre les professionnels de santé et la sécurité sociale sont définis par des conventions qui fixent les obligations de chacun, dont le montant des honoraires.

Un médecin est dit « conventionné » lorsqu'il a choisi d'adhérer à la Convention. Dans ce cas, il est tenu de respecter les tarifs fixés et les remboursements de la sécurité sociale.

Les *médecins conventionnés* sont classés en deux catégories en fonction des honoraires qu'ils sont autorisés à demander :

- les médecins qui ont opté pour le secteur 1 de la Convention doivent obligatoirement appliquer le tarif conventionnel prévu par celle-ci<sup>157</sup>
- les médecins qui ont opté pour le secteur 2 de la Convention sont quant à eux autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Dans les deux cas, la sécurité sociale ne remboursera que sur la base des tarifs conventionnels, le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires restant à charge de l'assuré.

<sup>155</sup> Systèmes de santé en transition, France, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 6, N°2, 2004, pp 128-129.

<sup>156</sup> Pr. Yvon BERLAND, Mission « Démographie médicale hospitalière », septembre 2006, p. 105.

<sup>157</sup> Au 01<sup>er</sup> juillet 2007 le tarif était de 22 euros pour la consultation d'un généraliste. Au 31 décembre 2006, le tarif était de 23 euros pour la consultation d'un spécialiste.

Les *médecins non conventionnés* pratiquent quant à eux des honoraires libres et le remboursement se fait alors sur base des tarifs d'autorité d'un montant très faible. Depuis le 01<sup>er</sup> mars 2002, est instituée une consultation approfondie d'un montant supérieur à celui de la consultation normale (26 euros) qui vise les patients atteints d'une ou de plusieurs affections de longue durée pour lesquelles il y a exonération du ticket modérateur. Cette consultation est annuelle et a pour objet de réaliser un bilan complet de l'état de santé du patient. De même, un médecin traitant conventionné d'un patient en affection de longue durée (ALD) reçoit une rémunération spécifique de l'assurance maladie de 40 euros par an et par patient.

### **3. Le système luxembourgeois :**

#### **3.1. conception de la médecine :**

Le système de santé luxembourgeois se caractérise par une conception libérale de la médecine et le libre choix des patients.

Le système de santé du Luxembourg repose sur des *médecins libéraux*, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou de soins extra-hospitaliers. Toutefois, les médecins du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), de l'Institut de Chirurgie Cardiaque et de Chirurgie Interventionnelle (INCCI), du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP), du Centre National de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnels (CNRRF) et du Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB) sont des *médecins salariés*. Les autres médecins sont payés à l'acte.<sup>158</sup>

Les médecins qui exercent de façon libérale au sein d'un établissement hospitalier signent un contrat d'agrément avec ce dernier. Le contrat n'empêche pas le médecin d'exercer son activité médicale sous sa propre responsabilité et en toute indépendance et autonomie professionnelle sur le plan du diagnostic et de la thérapeutique. Il s'ensuit que le médecin devra s'assurer pour ses responsabilités civiles, contractuelles, délictuelles ou quasi-délictuelles non seulement envers ses malades mais également à l'égard de toute son activité à la clinique.<sup>159</sup>

Le contrat d'agrément doit notamment spécifier si le médecin est autorisé à avoir des activités dans un autre hôpital. Par ce contrat, le médecin s'engage à acquérir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de son activité professionnelle c'est-à-dire à pratiquer la langue luxembourgeoise dans un délai de 24 mois à partir de la signature du contrat.

---

<sup>158</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op.cit.*, p. 138.

<sup>159</sup> Art.2 du contrat d'agrément-type.



Le contrat ne concerne pas les honoraires médicaux. Ceux-ci sont établis personnellement par le médecin. D'ailleurs, toute convention conclue par des médecins entre eux ou avec un établissement hospitalier au sujet de partage d'honoraires est nulle. Ceci s'explique notamment par le contenu de la nomenclature des actes effectués en milieu hospitalier qui ne prend en compte que la prestation intellectuelle et technique ; l'utilisation du matériel technique en est exclue. Au contraire, pour les soins extra-hospitaliers, les frais d'appareil et de matériel peuvent être pris en compte à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte et que l'appareil soit dûment autorisé.<sup>160</sup>

Qu'il soit salarié ou libéral, tout médecin exerçant au Luxembourg se voit imposé un certain nombre de conditions. Il s'agit :

- de la continuité des soins aux patients dont il a la charge ;
- la possession de connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de sa profession ;
- la récolte des informations nécessaires concernant les législations sanitaires et sociales et la déontologie ;
- la tenue à jour de ses connaissances professionnelles ;
- le secret professionnel ;
- la participation au service médical d'urgence.

Les patients soignés au Luxembourg sont libres de choisir leur prestataire de soins et leur établissement de soins (privé ou public) et peuvent consulter directement un médecin généraliste ou spécialiste.

### 3.2. formation :

L'Université du Luxembourg propose un bachelor en médecine. Ce bachelor assure une formation de base académique et fondamentale à tous les étudiants en médecine. A côté d'une formation en tronc commun, des options dites "orientées" permettent l'accès ultérieur aux études de médecine dans des universités partenaires.<sup>161</sup>

Une formation spécifique de médecin généraliste d'une durée de trois ans y est également organisée. Les modalités de cette formation sont fixées conformément aux dispositions de la directive modifiée 93/16/CEE et de la directive 200/34/CEE. La formation comprend une partie théorique, une partie pratique en milieu hospitalier et une partie pratique au sein d'un cabinet médical.

Le Luxembourg ne possède pas de faculté de médecine offrant un cycle complet d'étude et doit donc se tourner vers l'étranger pour assurer la formation et le recrutement de ses médecins. Ceci ne l'empêche toutefois pas d'avoir, contrairement aux autres pays de l'Union européenne, beaucoup plus de spécialistes que de généralistes.<sup>162</sup>

<sup>160</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op. cit.*, p. 138.

<sup>161</sup> [http://www.uni.lu/formations/fstc/bachelor\\_academique\\_en\\_sciences\\_de\\_la\\_vie\\_medecine](http://www.uni.lu/formations/fstc/bachelor_academique_en_sciences_de_la_vie_medecine)

<sup>162</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op.cit.*, pp. 137 et svtes.

### 3.3. programmation :

Au Grand-Duché de Luxembourg, l'offre de médecins ne fait l'objet d'aucune programmation.

### 3.4. intervention de l'assurance maladie :

Les relations entre l'assurance-maladie et les professionnels de la santé exerçant au Grand-Duché de Luxembourg sont régies par un système de conventionnement général et obligatoire, spécifique à chaque profession de santé (médicale ou paramédicale).

Il entraîne l'obligation par tous les professionnels de santé du respect des nomenclatures et des tarifs fixés par convention.<sup>163</sup>

Pour la grande majorité des médecins, la rémunération est calculée sur base du paiement à l'acte.<sup>164</sup> La rémunération est variable selon le mode d'exercice professionnel (libéral/salarié) et la nature des actes généraux et techniques réalisés ainsi que leurs conditions de réalisation (consultation/visite – milieu hospitalier/extra-hospitalier).

En ce qui concerne les honoraires de consultations, l'Union des caisses de maladie distingue les consultations normales, les consultations majorées et les consultations spéciales et peuvent donc varier, pour un médecin généraliste, entre 30,30 euros et 63,20 euros et pour un médecin spécialiste, entre 24 et 74,80 euros. Les tarifs sont publiés par l'Union des Caisses de maladie.<sup>165</sup>

---

<sup>163</sup> *Op. cit.*, p. 137.

<sup>164</sup> Les systèmes de santé à l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle, *op. cit.*, p. 160.

<sup>165</sup> Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg, *op. cit.*, p.145.

## **CHAPITRE III – LA PROCEDURE D’INSTALLATION**

Dans ce troisième chapitre, nous présentons les procédures nécessaires à l’exercice de la médecine en Belgique, en France et au Grand-Duché de Luxembourg. Il est bien entendu qu’il s’agit des conditions à remplir par les médecins qui souhaitent prester de façon régulière dans ces différents pays et non des procédures indispensables à l’exercice de prestations temporaires, discontinues, occasionnelles ou fortuites, qui elles, feront l’objet d’un chapitre distinct.

### **1. Le système belge :**

C’est l’Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé<sup>166</sup> qui fixe les conditions d’exercice de la médecine en Belgique. Ces conditions sont cumulatives.

#### **1.1. être ressortissant d’un Etat membre :**

Le professionnel qui désire s’installer en Belgique afin d’y exercer la médecine devra être ressortissant d’un Etat membre de l’Union européenne, de la Norvège, de l’Islande, du Liechtenstein ou d’un Etat avec lequel les Communautés européennes et leurs Etats membres ont conclu un Accord d’association, entré en vigueur et stipulant que, dans le cadre de l’accès à et de l’exercice d’une activité professionnelle, ce ressortissant ne peut pas être discriminé en raison de sa nationalité<sup>167</sup>.

#### **1.2. faire reconnaître son diplôme :**

Nul ne pourra exercer l’art médical en Belgique s’il n’est porteur du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchement. Ce diplôme doit avoir été obtenu conformément à la législation sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires<sup>168</sup>.

---

<sup>166</sup> A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé, *M. B.* 14 novembre 1967.

<sup>167</sup> Art. 1 bis de l’A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé, *M. B.* 14 novembre 1967.

<sup>168</sup> Art. 2 de l’A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé, *M. B.* 14 novembre 1967.

Le médecin qui souhaite exercer la médecine et s'installer en Belgique devra tout d'abord faire reconnaître son diplôme par le Service Public Fédéral Santé Publique, cellule internationale. Ce ministère a en effet pour mission d'enregistrer les professionnels de la santé, de fixer les conditions de qualification et d'attribution des titres professionnels particuliers des professionnels de la santé, de gérer le processus des agréments des professionnels de la santé et de délivrer les attestations de conformité de diplômes belges aux directives européennes, la reconnaissance des diplômes européens ou l'autorisation de pratiques à des ressortissants non européens<sup>169</sup>.

Les directives européennes<sup>170</sup>, qui visent à faciliter la libre circulation des médecins, prévoient la reconnaissance automatique dans chaque Etat membre des diplômes, certificats et autres titres délivrés aux ressortissants des Etats membres par les autres Etats membres. Ces directives reconnaissent également aux ressortissants des Etats membres le droit de porter dans l'Etat membre d'accueil le titre de formation obtenu dans l'Etat membre de provenance.

En France, il s'agit soit du diplôme d'Etat de docteur en médecine, délivré par les facultés de médecine ou les facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités ou par les universités, soit du diplôme d'université de docteur en médecine, dans la mesure où celui-ci sanctionne le même cycle de formation que celui prévu pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Au Grand-Duché de Luxembourg, il s'agit du diplôme d'Etat de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, délivré par le jury d'examen d'Etat, visé par le Ministre de l'Education Nationale, et certificat de stage visé par le Ministre de la Santé Publique.

En Allemagne, il s'agit soit du certificat d'examen d'Etat de médecin délivré par les autorités compétentes, et du certificat sanctionnant l'accomplissement de la période préparatoire comme assistant médical, dans la mesure où la législation allemande prévoit encore l'existence d'une telle période pour compléter la formation médicale, soit du certificat d'examen d'Etat de médecin délivré par les autorités compétentes après le 30 juin 1988, et l'attestation certifiant l'exercice de l'activité de médecin au cours d'une période de stage « Artz im Praktikum ».

Quant aux spécialités médicales reconnues, il y a lieu de se référer au tableau ci-dessous. Concernant les spécialités belges n'ayant pas d'équivalent reconnu en Allemagne, en France et/ou au Grand-Duché de Luxembourg (cfr. cases « néant » dans le tableau ci-dessous), la Belgique peut exiger des ressortissants allemands, français ou luxembourgeois, désireux d'obtenir un de ces titres, qu'ils remplissent les conditions de formation prévues à cet égard par ses propres dispositions législatives, réglementaires et administratives, tout en tenant compte des périodes de formation accomplies.

---

<sup>169</sup> [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512705&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_menu=menu\\_3](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512705&_dad=portal&_schema=PORTAL&_menu=menu_3)

<sup>170</sup> Voir notamment <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/lvb/l23021.htm>

<b>Allemagne</b>	<b>Belgique</b>	<b>France</b>	<b>Luxembourg</b>
Fachärztliche Anerkennung	Titre professionnel particulier de médecin spécialiste / Bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist	1 Certificat d'études spéciales de médecine 2 Attestation de médecin spécialiste qualifié 3 Certificat d'études spéciales de médecine 4 Diplôme d'études spécialisées ou spécialisation complémentaire qualifiante de médecine	Certificat de médecin spécialiste
Anästhesiologie	Anesthésie-réanimation / Anesthesie reanimatie	Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale	Anesthésie-réanimation
(Allgemeine) Chirurgie	Chirurgie / Heelkunde	Chirurgie générale	Chirurgie générale
Neurochirurgie	Neurochirurgie	Neurochirurgie	Neurochirurgie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gynécologie – obstétrique / Gynaecologie en verloskunde	Gynécologie - obstétrique	Gynécologie - obstétrique
Innere Medizin	Médecine interne / Inwendige geneeskunde	Médecine interne	Médecine interne
Augenheilkunde	Ophthalmologie / Oftalmologie	Ophthalmologie	Ophthalmologie
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Oto-rhino-laryngologie / Otorhinolaryngologie	Oto-rhino-laryngologie	Oto-rhino-laryngologie
Kinder- und Jugendmedizin	Pédiatrie / Pediatrie	Pédiatrie	Pédiatrie
Pneumologie	Pneumologie	Pneumologie	Pneumologie
Urologie	Urologie	Urologie	Urologie
Orthopädie (und Unfallchirurgie)	Chirurgie orthopédique / Orthopedische heelkunde	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Orthopédie
Pathologie	Anatomie pathologique / Pathologische anatomie	Anatomie et cytologie pathologique	Anatomie pathologique
Neurologie	Neurologie	Neurologie	Neurologie
Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiatrie de l'adulte / Volwassen psychiatrie	Psychiatrie	Psychiatrie
(Diagnostische) radiologie	Radiodiagnostic / Röntgendiagnose	Radiodiagnostic et imagerie médicale	Radiodiagnostic
Strahlentherapie	Radiothérapie-oncologie / Radiotherapie-oncologie	Oncologie radiothérapique	Radiothérapie
Plastische (und Ästhetische) Chirurgie	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique / Plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Chirurgie plastique
Néant	Biologie clinique / Klinische biologie	Biologie médicale	Biologie clinique
Mikrobiologie (Virologie) und Infektionsepidemiologie	Néant	Néant	Microbiologie
Laboratoriumsmedizin	Néant	Néant	Chimie biologique
Néant	Néant	Néant	Immunologie
Thoraxchirurgie	Chirurgie thoracique / Heelkunde op de thorax*	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Chirurgie thoracique
Kinderchirurgie	Néant	Chirurgie infantile	Chirurgie pédiatrique
Gefäßchirurgie	Chirurgie des vaisseaux / Bloedvatenheekunde*	Chirurgie vasculaire	Chirurgie vasculaire
Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	Cardiologie	Pathologie cardio-vasculaire	Cardiologie et angiologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie	Gastro-entérologie / Gastroenterologie	Gastro-entérologie et hépatologie	Gastro-entérologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie	Rhumatologie /reumatologie	Rhumatologie	Rhumatologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie	Néant	Néant	Hématologie
Innere Medizin und	Néant	Endocrinologie, maladies	Endocrinologie, maladies du

Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie		métaboliques	métabolisme et de la nutrition
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Médecine physique et réadaptation / Fysische geneeskunde en revalidatie	Rééducation et réadaptations fonctionnelles	Rééducation et réadaptations fonctionnelles
Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	Neuropsychiatrie*	Neuropsychiatrie**	Neuropsychiatrie***
Haut- und geschlechtskrankheiten	Dermato-vénérologie / Dermato-venerologie	Dermatologie et vénéréologie	Dermato-vénérologie
Radiologie	Néant	Electro-radiologie*	Electroradiologie
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Psychiatrie infanto-juvénile / Kinder- en jeugdpsychiatrie	Pédo-psychiatrie	Psychiatrie infantile
Néant	Néant	Néant	Gériatrie <sup>171</sup>
Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie	Néant	Néphrologie	Néphrologie
Néant	Néant	Néant	Maladies contagieuses <sup>172</sup>
Öffentliches Gesundheitswesen	Néant	Santé publique et médecine sociale	Santé publique
Pharmakologie und Toxikologie	Néant	Néant	Néant
Arbeitsmedizin	Médecine du travail / Arbeidsgeneeskunde	Médecine du travail	Médecine du travail
Néant	Néant	Néant	Néant
Nuklearmedizin	Médecine nucléaire / Nucleaire geneeskunde	Médecine nucléaire	Médecine nucléaire
Néant	Néant	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Chirurgie maxillo-faciale
Néant	Néant	Hématologie	Hématologie biologique
Néant	Néant	Stomatologie	Stomatologie
Visceralchirurgie	Chirurgie abdominale / Heelkunde op het abdomen*	Chirurgie viscérale et digestive	Chirurgie gastro-entérologique
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Stomatologie et chirurgie orale et maxillo-faciale / Stomatologie en mond-, kaak- en aangezichts chirurgie	Néant	Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale

\* signifie que ce titre a été abrogé dans le pays concerné mais qu'il est reconnu pour les formations données avant cette date tant pour les ressortissants de l'Etat membre concerné que pour les ressortissants des autres Etats membres. Pour trouver la date d'abrogation, il y a lieu de consulter l'annexe V, points 5.1.2 et 5.1.3 de la directive 2005/36/CE.

En matière de reconnaissance des diplômes des médecins généralistes<sup>173</sup> et spécialistes<sup>174</sup> en Belgique, il y a lieu de faire une distinction entre :

- *les diplômes obtenus à l'intérieur de l'Espace Economique Européen (Union européenne, Norvège, Islande et Liechtenstein) et en Suisse* : pour la reconnaissance de tels diplômes, il y a lieu de faire application des directives européennes en matière de reconnaissance mutuelle des titres et diplômes, directives qui, par ailleurs, ne sont applicables qu'aux ressortissants des Etats membres de l'Espace Economique Européen. Les dossiers de reconnaissance professionnelle des diplômes de médecin généraliste ou spécialiste doivent au préalable être introduits au Conseil National de l'Ordre des Médecins qui sera chargé de constituer le dossier de demande et de le transmettre au Service Public Fédéral Santé Publique, cellule internationale, pour que la demande soit traitée.

<sup>171</sup> Introduit dans l'annexe VI de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JOUE L255/22, 30.9.2005. Délai de transposition jusqu'au 20 octobre 2007.

<sup>172</sup> Ibidem

<sup>173</sup> [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56.512728&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_menu=menu\\_3\\_1\\_5](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56.512728&_dad=portal&_schema=PORTAL&_menu=menu_3_1_5)

<sup>174</sup> [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56.512757&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_menu=menu\\_3\\_2\\_5](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56.512757&_dad=portal&_schema=PORTAL&_menu=menu_3_2_5)

Le dossier de demande ne pourra être introduit que si le praticien est déjà autorisé à exercer l'art médical en Belgique et devra contenir les documents suivants :

- le diplôme de médecin ou l'arrêté ministériel de reconnaissance (ou d'équivalence) du diplôme de médecin ;
- le diplôme de médecin généraliste ou spécialiste ;
- un document délivré par l'autorité compétente du pays d'origine attestant que la formation de médecin généraliste ou spécialiste du demandeur est bien conforme à la directive européenne 93/16/CEE ;
- un certificat de bonne vie et mœurs ;
- un certificat de bonne conduite délivré par l'Ordre des médecins du pays dans lequel le médecin exerce actuellement ;
- un document d'inscription à l'Ordre des médecins en Belgique .

• *les diplômes étrangers obtenus en dehors de l'Espace Economique Européen* : pour la reconnaissance de tels diplômes, ce sont les communautés (française, flamande ou germanophone) qui sont compétentes et non plus le Service Public Fédéral Santé Publique qui se limitera à un rôle d'information et de renvoi. Le dossier complet de la demande sera transmis au service des équivalences de la Communauté compétente qui l'enverra à la commission d'homologation. Cette dernière émettra alors la décision d'équivalence.

• *cas particulier de l'article 49 bis de l'Arrêté Royal n° 78* : cet article ne concerne pas les étrangers, autres que les ressortissants européens, qui sont titulaires d'un diplôme délivré par un Etat membre dans la mesure où ceux-ci seront assimilés, dans ce cadre-ci, aux ressortissants européens ; il concerne les professionnels de la santé qui ne possèdent pas la nationalité d'un Etat membre de l'Espace Economique Européen ou de la Suisse mais qui ont obtenu une équivalence académique de leur diplôme délivré par la Communauté et qui désirent travailler en Belgique. Dans ce cas, le professionnel ne pourra exercer sa profession qu'après y avoir été autorisé par le Roi. Il devra déposer une demande auprès du Service Public Fédéral Santé Publique. Cette demande devra contenir, en plus d'un questionnaire écrit, les documents suivants :

- une lettre précisant l'objet de la demande et les motifs pour lesquels il souhaite pratiquer la médecine ;
- un certificat de nationalité ou une attestation de citoyenneté ; à défaut soit une copie de l'autorisation de séjourner en Belgique dans l'attente d'une reconnaissance en qualité de réfugié, soit du titre reconnaissant le statut de réfugié ;
- un certificat de résidence ;
- un certificat de bonne vie et mœurs qui date de moins de 3 mois ;
- une copie du diplôme éventuellement accompagnée d'une copie légalisée de la décision par laquelle l'équivalence du diplôme avec le diplôme légal belge est octroyée ;
- une copie du permis de travail et du permis de séjour ;
- un curriculum vitae.

• *cas particulier de l'article 49 ter de l'Arrêté Royal n° 78* : cet article s'applique aux titulaires d'un diplôme émis par un pays tiers non membre de l'Union européenne. Sur l'avis de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, le Roi pourra, moyennant le respect d'un certain nombre de conditions, accorder des dispenses spéciales pour l'exercice de certains actes de l'art de guérir. Le titulaire d'une telle dispense spéciale pourra donc effectuer des actes relevant de l'art de guérir mais uniquement ceux qui sont indispensables à l'acquisition des connaissances requises dans sa spécialité. Il devra accomplir ces actes sous la responsabilité directe du maître de stage désigné dans l'Arrêté Royal. Afin d'obtenir une telle dispense, le candidat demandeur devra déposer à l'appui de sa demande un certain nombre de documents et notamment :

- un certificat de nationalité ;
- un certificat de bonne vie et mœurs datant de moins de 3 mois ;
- une copie du diplôme de médecin ;
- une attestation du Ministère de la santé de son pays d'origine prouvant qu'il y est autorisé à pratiquer l'art de guérir ;
- l'accord du Président de la commission de sélection universitaire belge qui propose de former le candidat ;
- le plan de formation complet, comprenant la totalité des années de formation (à l'étranger et en Belgique) ;
- la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française.

### 1.3. faire viser son diplôme :

Le médecin qui voudra exercer son art en Belgique devra faire viser son diplôme par la Direction Générale des Professions de la Santé, de la Vigilance Sanitaire et du Bien-Être au travail du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement<sup>175</sup>.

### 1.4. s'inscrire auprès de l'Ordre des médecins :

Le professionnel de la santé qui souhaite exercer la médecine en Belgique doit obtenir son inscription au tableau de l'Ordre des médecins<sup>176</sup>. Une fois le diplôme visé, le professionnel désireux de s'installer en Belgique devra donc introduire une demande d'inscription à la commission provinciale de l'Ordre des Médecins dans laquelle est situé son domicile c'est-à-dire le lieu où il a ou aura ses activités principales. Il ne pourra être inscrit qu'à un seul tableau provincial et il devra s'acquitter d'une cotisation annuelle.

Le médecin militaire n'est quant à lui soumis à cette obligation que s'il pratique l'art médical en dehors de l'exercice de son emploi militaire.

<sup>175</sup> Art. 7, 1° de l' A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M. B.* 14 novembre 1967.

<sup>176</sup> Art. 7, 2° de l' A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M. B.* 14 novembre 1967.



### 1.5. être agréé par le Ministère de la Santé publique :

La demande d'agrément professionnel doit être introduite auprès du Service Public Fédéral Santé Publique au moyen d'un formulaire préétabli mentionnant les activités accomplies et accompagné d'un certificat de bonnes vie et mœurs de moins de trois mois. Chaque avis positif est transmis à l'INAMI en vue de l'octroi du numéro INAMI de médecin généraliste.

Pour conserver l'agrément de médecin généraliste et maintenir le titre professionnel particulier de médecin généraliste, le médecin doit exercer la médecine générale conformément à certains critères énumérés par l'Arrêté Ministériel du 21 février 2006<sup>177</sup>.

### 1.6. s'enregistrer auprès de l'INAMI :

L'inscription auprès des Services soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI) est indispensable afin que les patients puissent se faire rembourser leurs prestations par l'assurance maladie. Le numéro INAMI doit en effet figurer sur tous les documents officiels, de même que sur les courriers. Afin d'obtenir ce numéro INAMI, il suffit de présenter une copie du diplôme visé et une attestation d'inscription sur la liste de l'Ordre des Médecins.

Le professionnel pourra aussi obtenir une accréditation, ce qui lui permettra d'obtenir des honoraires plus élevés tout en permettant un taux de remboursement de ses prestations plus élevé également (cfr ci-avant pour les conditions d'accréditation).

### 1.7. commander des attestations de soins donnés :

L'attestation de soins donnés est un document officiel reprenant, sous forme de codes nomenclature de 6 chiffres, les soins effectués par le prestataire (médecin, dentiste, etc.) et qui permet au patient d'en obtenir le remboursement auprès de son organisme assureur. Le dispensateur de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont donc tenus de délivrer aux bénéficiaires ou, en cas d'application du tiers payant, aux mutualités, une attestation de soins donnés (ASD) dont le modèle est préétabli.

Auparavant, les attestations de soins devaient être commandées auprès du Service Public Fédéral Finances (Ministère). Désormais, les carnets doivent être commandés à La Poste soit par internet, soit par courrier postal via un bon de commande préimprimé à envoyer sous enveloppe préaffranchie à « INAMI - attestations, boîte postale 10011, 1740 Ternat », soit par fax.<sup>178</sup>

---

<sup>177</sup> Art. 10 de l'Arrêté Ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, M.B. 27 février 2006.

<sup>178</sup> <http://www.inami.fgov.be/care/fr/attestation/index.htm>

### 1.8. demander des carnets de prescription

Les carnets de prescription de médicaments, définis par le législateur, peuvent être obtenus gratuitement auprès de l'INAMI, sur simple demande écrite.

### 1.9. adhérer ou non à la convention médico-mutualiste :

Les honoraires et les tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire des prestations, et par conséquent les tickets modérateurs, sont négociés entre les mutualités et les représentants des différentes professions médicales et paramédicales. Les négociations avec les médecins mènent donc à un accord<sup>179</sup>, généralement pour une durée de deux ans, qui est publié au Moniteur belge et est ensuite transmis à l'ensemble des médecins. Un nombre minimal d'adhésions de la part des prestataires est nécessaire pour que les accords entrent en application.

Les médecins qui ne refusent pas l'adhésion sont conventionnés d'office pour l'ensemble de leur activité professionnelle et s'engagent alors à respecter les tarifs convenus. Ils peuvent toutefois exercer leurs activités pendant un certain nombre d'heures en dehors desquelles ils ne sont pas tenus de respecter les tarifs de l'accord. Par contre, le médecin qui notifie son refus d'adhésion ou une adhésion partielle par lettre recommandée à la Commission nationale médico-mutualiste pourra quant à lui fixer librement ses tarifs. Dans ce cas, le remboursement par l'assurance maladie ne sera pas lié au montant des honoraires.

Ce système prévoit également un régime d'avantages particuliers pour les médecins conventionnés et notamment des avantages financiers. En effet, en adhérant à l'accord médico-mutualiste, le médecin peut bénéficier d'avantages sociaux en vue de la constitution d'un capital en cas d'invalidité et/ou de retraite et/ou de décès. En pratique, cela signifie que l'INAMI verse, pour le médecin, à la compagnie d'assurance pension de son choix, une cotisation annuelle.

### 1.10. remplir des formalités communes aux indépendants établis en Belgique :

Comme tout indépendant exerçant en Belgique, le médecin qui désire s'installer en Belgique afin d'y exercer son art devra remplir un certain nombre d'obligations :

- ouvrir un compte à vue ;
- s'affilier à une caisse d'assurance sociale qui aura pour mission de percevoir les cotisations et, le cas échéant, de les récupérer par voie judiciaire ;
- s'affilier à un organisme assureur<sup>180</sup> ;
- tenir un journal fiscal (recettes et dépenses) qui ne pourra être obtenu qu'auprès d'une imprimerie reconnue par le Service Public Fédéral Finances. Pour être valable, le journal fiscal doit être préalablement numéroté et paraphé par le contrôleur principal compétent en fonction du lieu de domicile du médecin. Au terme de la période fiscale à laquelle ils se rapportent, les journaux fiscaux et autres documents de comptabilité doivent être conservés durant cinq années ;

<sup>179</sup> <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/general-information/agreements/2006-2007/index.htm>

<sup>180</sup> <http://www.inami.fgov.be/secure/fr/insurers/contacts/index.htm>

- les personnes qui n'ont pas la nationalité belge ou celle de l'un des Etats membres de l'Espace Economique Européen doivent être porteuses d'une carte professionnelle<sup>181</sup> ;
- souscrire à une assurance de responsabilité professionnelle (*cfr. infra*).

#### 1.11. souscrire à une assurance responsabilité professionnelle<sup>182</sup> :

Par une loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé<sup>183</sup> et entrant en vigueur le 01<sup>er</sup> janvier 2008, le législateur a fait choix d'indemniser les dommages résultant de soins de santé. Sauf exceptions, le patient victime d'un dommage ne sera plus autorisé à diligenter une action en responsabilité à l'encontre du prestataire de soins.

Le législateur a ainsi rendu obligatoire, dans le chef de tous les prestataires de soins relevant de l'Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé, la souscription d'une assurance professionnelle devant couvrir :

- la réparation des dommages résultant d'une prestation de soins de santé,
- l'absence d'une prestation de soins de santé que le patient pouvait légitimement attendre compte tenu de l'état de la science,
- l'infection contractée à l'occasion d'une prestation de soins de santé.

Le législateur a érigé l'absence de souscription d'assurance en une infraction pénale. Ainsi, les prestataires de soins qui exercent leur activité ou laissent exercer des activités de leurs organes, préposés, employés, sans que ces prestations ne soient couvertes par une assurance, seront punis d'un emprisonnement de 8 jours à un an et d'une amende de 25 à 250 euros (multipliée par les décimes additionnels).

#### 1.12. participer à un service de garde organisé :

La participation aux services de garde organisés pendant le week-end (48 heures) ou lors des jours fériés légaux (24 heures) est légalement obligatoire<sup>184</sup>. Ce service de garde est organisé par les cercles de médecins généralistes<sup>185</sup> qui peuvent également, de leur propre initiative et sur base volontaire, organiser des services de garde en dehors des périodes obligatoires.

Pour le service de garde obligatoire, des honoraires de disponibilité<sup>186</sup> sont prévus (montant forfaitaire par 12 ou 24 heures) et payés par l'INAMI.

<sup>181</sup> Loi du 19 février 1965 relative à l'exercice, par les étrangers, des activités professionnelles indépendantes, *M.B.* 26 février 1965, modifiée par la loi du 28 juin 1984 relative à certains aspects de la condition des étrangers et instituant le Code de la Nationalité belge, *M.B.* 12 juillet 1984.

<sup>182</sup> [http://www.droitbelge.be/actualites\\_print.asp?id=416](http://www.droitbelge.be/actualites_print.asp?id=416)

<sup>183</sup> Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.* 06 juillet 2007.

<sup>184</sup> Art. 9, §1<sup>er</sup> de l' A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M. B.* 14 novembre 1967.

<sup>185</sup> Arrêté Royal du 08 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes, *M.B.* 05 octobre 2002.

<sup>186</sup> Arrêté royal du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés, *M.B.* 14 décembre 2002.

## **2. Le système français :**

Le principe en France est celui de la liberté d'installation, tout médecin pouvant en effet ouvrir un cabinet d'exercice en tout lieu géographique du territoire national. Il faut cependant noter deux restrictions pour lesquelles une autorisation préalable est exigée : après un remplacement d'un confrère d'une durée supérieure à trois mois ou en cas de projet d'installation dans un immeuble où exerce déjà un praticien de même discipline.<sup>187</sup>

C'est le Code de la santé publique qui fixe les conditions d'exercice de la médecine en France<sup>188</sup>. Ces conditions sont cumulatives.

Pour exercer la médecine en France, il faut être :

- titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné « reconnu » ;
- de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen, d'un pays lié par une convention d'établissement avec la France, du Maroc ou de la Tunisie ;
- inscrit au tableau de l'Ordre des médecins, cette dernière condition étant notamment subordonnée à la réalisation des deux premières.

Il existe cependant certaines situations particulières :

- les remplaçants d'un docteur en médecine : par dérogation aux conditions légales reprises ci-dessus, les étudiants en médecine, français ou ressortissants de certains Etats, inscrits en troisième cycle des études médicales en France, peuvent exercer temporairement la médecine à titre de remplaçant ou d'adjoint d'un docteur en médecine ; le remplaçant agit sous sa seule responsabilité au lieu et place du médecin remplacé.<sup>189</sup>
- les résidents et internes en médecine : en vertu de l'article 3 du décret n°99-930 du 10 novembre 1999<sup>190</sup>, « *l'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* ». La délégation ne comprend pas la faculté de signer les certificats et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.<sup>191</sup>
- le stage chez le praticien : les étudiants du troisième cycle de médecine générale accomplissent un semestre de formation extra-hospitalière dans un ou plusieurs cabinets libéraux. Ce stage comporte une phase d'observation au cours de laquelle l'étudiant se familiarise avec son environnement, une phase semi-active durant laquelle il exécute des actes en présence du maître de stage et une phase active pendant laquelle il effectue seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir s'il le juge nécessaire.

<sup>187</sup> Art. 86 du Code de déontologie médicale.

<sup>188</sup> Art. L4111-1 du Code de la santé publique.

<sup>189</sup> Art. L4131-2 du Code de santé publique.

<sup>190</sup> Décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie, *J.O.* du 11 novembre 1999.

<sup>191</sup> N'ayant pas la pleine capacité, ils ne peuvent pas, notamment, signer les certificats de décès, d'admission pour les hospitalisations sous contrainte,...

- les attachés, assistants et praticiens associés : il s'agit de médecins étrangers (hors Union européenne ou Espace Economique Européen) titulaires de diplômes reconnus en France et qui sont recrutés par les établissements publics de santé. Ces médecins ne participent à l'activité du service hospitalier que sous la responsabilité directe du chef de service ou de l'un de ses collaborateurs ; ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante et sont associés au service de garde.

## 2.1. diplômes ouvrant droit à l'exercice<sup>192</sup> :

Les diplômes, certificats et titres exigés pour l'exercice de la profession de médecin en France sont :

- soit le diplôme français d'Etat de Docteur en médecine complété du document annexe précisant la qualification du médecin (médecine générale, DES) ;
- soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen :
  - un diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par un de ces Etats et figurant sur la liste établie conformément aux obligations communautaires ou à celles résultant de l'accord sur l'Espace Economique Européen, par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;
  - tout autre diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation de médecin, acquise dans cet Etat et commencée avant le 20 décembre 1976, s'il est accompagné d'une attestation de cet Etat certifiant que le titulaire du diplôme, certificat ou titre s'est consacré de façon effective et licite aux activités de médecin pendant au moins trois années, consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation ;
  - un diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par un Etat membre, conformément aux obligations communautaires, ne figurant pas sur la liste établie conformément aux obligations communautaires ou à celles résultant de l'accord sur l'Espace Economique Européen, par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, s'il est accompagné d'une attestation de cet Etat certifiant qu'il sanctionne une formation conforme à ces obligations et qu'il est assimilé, par lui, aux diplômes, certificats et titres figurant sur cette liste.

La liste des diplômes admis dans le cadre européen est reprise par l'Arrêté du 18 juin 1981<sup>193</sup>.

<sup>192</sup> Art. L4131-1 du Code de la santé publique.

<sup>193</sup> Arrêté interministériel du 18 juin 1981 sur la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin délivrés par les Etats membres de la CEE, *J.O.* 28 juin 1981, modifié par Arrêté interministériel du 06 août 1985, *J.O.* du 24 août 1985, par Arrêté interministériel du 15 mai 1986, *J.O.* du 07 juin 1986, par Arrêté interministériel du 15 mai 1986, *J.O.* du 23 mai 1986, par Arrêté interministériel du 31 juillet 1990, *J.O.* du 06 septembre 1990, par Arrêté interministériel du 03 juillet 1991, *J.O.* du 10 juillet 1991, par Arrêté interministériel du 09 mai 1994, *J.O.* du 10 juin 1994 et par Arrêté interministériel du 10 mai 1999, *J.O.* du 17 juin 1999.

Concernant la Belgique, font l'objet d'une reconnaissance automatique :

- le diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchement (wettelijk diploma van doctor in de genees, heel-en verloskunde) délivré par les facultés de médecine des universités ou par le jury central ou les jurys d'Etat de l'enseignement universitaire ;
- le titre d'agrégation en qualité de médecin spécialiste (erkenning-stitel van specialist) délivré par le Ministre de la Santé publique.

Concernant le Grand-Duché de Luxembourg, il s'agit du diplôme d'Etat de docteur en médecine, chirurgie et accouchement délivré par le jury d'examen d'Etat, visé par le ministre de l'Education nationale et certificat de stage visé par le Ministre de la Santé publique.

Concernant l'Allemagne, les diplômes qui sont reconnus automatiquement sont :

- Zeugnis über die ärztliche Staatsprüfung (certificat d'examen d'Etat de médecin), délivré par les autorités compétentes, et Zeugnis über die Vorbereitungszeit als Medizinalassistent (certificat sanctionnant l'accomplissement de la période préparatoire comme assistant médical), dans la mesure où la législation allemande prévoit encore l'existence d'une telle période pour compléter la formation médicale ;
- Le certificat d'examen d'Etat de médecin délivré par les autorités compétentes après le 30 juin 1988 ;
- Une attestation de conformité aux conditions de formation prévues par l'article 23 de la Directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 consolidée au 1<sup>er</sup> mai 2004, délivrée par le Ministère fédéral pour la Santé (Bundesministerium für Gesundheit).

Quant aux spécialités médicales reconnues, c'est la directive européenne 93/16/CEE du conseil du 05 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres, qui reprend, en ses annexes B et C, la liste des spécialités reconnues. Ce diplôme devra, le cas échéant, être accompagné d'une attestation de l'Etat membre certifiant que le bénéficiaire a rempli toutes les conditions de formation prévues par les obligations communautaires (c'est notamment le cas pour les diplômes allemands et grand-ducaux).

<b>Allemagne</b>	<b>Belgique</b>	<b>France</b>	<b>Luxembourg</b>
Fachärztliche Anerkennung	Titre professionnel particulier de médecin spécialiste / Bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist	1 Certificat d'études spéciales de médecine 2 Attestation de médecin spécialiste qualifié 3 Certificat d'études spéciales de médecine 4 Diplôme d'études spécialisées ou spécialisation complémentaire qualifiante de médecine	Certificat de médecin spécialiste
Anästhesiologie	Anesthésie-réanimation /	Anesthésiologie-Réanimation	Anesthésie-réanimation

	Anesthésie réanimatie	chirurgicale	
(Allgemeine) Chirurgie	Chirurgie / Heelkunde	Chirurgie générale	Chirurgie générale
Neurochirurgie	Neurochirurgie	Neurochirurgie	Neurochirurgie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gynécologie – obstétrique / Gynaecologie en verloskunde	Gynécologie - obstétrique	Gynécologie - obstétrique
Innere Medizin	Médecine interne / Inwendige geneeskunde	Médecine interne	Médecine interne
Augenheilkunde	Ophthalmologie / Oftalmologie	Ophthalmologie	Ophthalmologie
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Oto-rhino-laryngologie / Otorhinolaryngologie	Oto-rhino-laryngologie	Oto-rhino-laryngologie
Kinder- und Jugendmedizin	Pédiatrie / Pediatrie	Pédiatrie	Pédiatrie
Pneumologie	Pneumologie	Pneumologie	Pneumologie
Urologie	Urologie	Urologie	Urologie
Orthopädie (und Unfallchirurgie)	Chirurgie orthopédique / Orthopedische heelkunde	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Orthopédie
Pathologie	Anatomie pathologique / Pathologische anatomie	Anatomie et cytologie pathologique	Anatomie pathologique
Neurologie	Neurologie	Neurologie	Neurologie
Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiatrie de l'adulte / Volwassen psychiatrie	Psychiatrie	Psychiatrie
(Diagnostische) radiologie	Radiodiagnostic / Röntgendiagnose	Radiodiagnostic et imagerie médicale	Radiodiagnostic
Strahlentherapie	Radiothérapie-oncologie / Radiotherapie-oncologie	Oncologie radiothérapique	Radiothérapie
Plastische (und Ästhetische) Chirurgie	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique / Plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Chirurgie plastique
Néant	Biologie clinique / Klinische biologie	Biologie médicale	Biologie clinique
Mikrobiologie (Virologie) und Infektionsepidemiologie	Néant	Néant	Microbiologie
Laboratoriumsmedizin	Néant	Néant	Chimie biologique
Néant	Néant	Néant	Immunologie
Thoraxchirurgie	Chirurgie thoracique / Heelkunde op de thorax*	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Chirurgie thoracique
Kinderchirurgie	Néant	Chirurgie infantile	Chirurgie pédiatrique
Gefäßchirurgie	Chirurgie des vaisseaux / Bloedvatenheelkunde*	Chirurgie vasculaire	Chirurgie vasculaire
Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	Cardiologie	Pathologie cardio-vasculaire	Cardiologie et angiologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie	Gastro-entérologie / Gastroenterologie	Gastro-entérologie et hépatologie	Gastro-entérologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie	Rhumatologie /reumatologie	Rhumatologie	Rhumatologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie	Néant	Néant	Hématologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Endocrinologie und Diabetologie	Néant	Endocrinologie, maladies métaboliques	Endocrinologie, maladies du métabolisme et de la nutrition
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Médecine physique et réadaptation / Fysische geneeskunde en revalidatie	Rééducation et réadaptations fonctionnelles	Rééducation et réadaptations fonctionnelles
Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	Neuropsychiatrie*	Neuropsychiatrie**	Neuropsychiatrie***
Haut- und geschlechtskrankheiten	Dermato-vénérologie / Dermato-venerologie	Dermatologie et vénéréologie	Dermato-vénérologie
Radiologie	Néant	Electro-radiologie*	Electroradiologie
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychiatrie infanto-juvénile /	Pédo-psychiatrie	Psychiatrie infantile

und -psychotherapie	Kinder- en jeugdpsychiatrie		
Néant	Néant	Néant	Gériatrie <sup>194</sup>
Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie	Néant	Néphrologie	Néphrologie
Néant	Néant	Néant	Maladies contagieuses <sup>195</sup>
Öffentliches Gesundheitswesen	Néant	Santé publique et médecine sociale	Santé publique
Pharmakologie und Toxikologie	Néant	Néant	Néant
Arbeitsmedizin	Médecine du travail / Arbeitsgeneeskunde	Médecine du travail	Médecine du travail
Néant	Néant	Néant	Néant
Nuklearmedizin	Médecine nucléaire / Nucleaire geneeskunde	Médecine nucléaire	Médecine nucléaire
Néant	Néant	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Chirurgie maxillo-faciale
Néant	Néant	Hématologie	Hématologie biologique
Néant	Néant	Stomatologie	Stomatologie
Visceralchirurgie	Chirurgie abdominale / Heelkunde op het abdomen*	Chirurgie viscérale et digestive	Chirurgie gastro-entérologique
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Stomatologie et chirurgie orale et maxillo-faciale / Stomatologie en mond-, kaak- en aangezichts chirurgie	Néant	Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale

\* signifie que ce titre a été abrogé dans le pays concerné mais qu'il est reconnu pour les formations données avant cette date tant pour les ressortissants de l'Etat membre concerné que pour les ressortissants des autres Etats membres. Pour trouver la date d'abrogation, il y a lieu de consulter l'annexe V, points 5.1.2 et 5.1.3 de la directive 2005/36/CE.

Auparavant, lorsqu'un ressortissant communautaire présentait un titre de médecin acquis en dehors de l'Union européenne mais reconnu par équivalence ou homologation dans un Etat membre, le médecin devait se présenter à un examen pour obtenir la reconnaissance de son statut. Désormais, la demande de l'intéressé fait l'objet d'un examen par les services des ministères chargés de la santé et de l'éducation qui sont tenus de prendre en considération l'ensemble des diplômes, certificats et autres titres ainsi que l'expérience pertinente de l'intéressé, en procédant à une comparaison entre d'une part, les compétences attestées par ces titres et cette expérience et d'autre part, la qualification exigée par la législation nationale. En termes clairs, cela signifie que pour refuser à un médecin la reconnaissance de son diplôme de médecin acquis en dehors de la Communauté, il ne suffit pas à l'Etat d'accueil de constater que ce diplôme ne provient pas d'un Etat membre de l'Union européenne ; il lui faut également vérifier que ce médecin n'a pas acquis une expérience et des titres de nature à rendre cet examen inutile<sup>196</sup>. Ainsi, le médecin pourra faire reconnaître son diplôme sur la base de l'expérience acquise et ce sans examen particulier.<sup>197</sup>

Le médecin qui prétend au bénéfice de cette jurisprudence doit formuler sa demande auprès de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au Ministère de la santé (Bureau M1 – 8, Avenue de Ségur – 75350 Paris SP 07).

<sup>194</sup> Introduit dans l'annexe VI de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JOUE L255/22, 30.9.2005. Délai de transposition jusqu'au 20 octobre 2007.

<sup>195</sup> Ibidem

<sup>196</sup> Arrêt HOCSMAN de la Cour de Justice des Communautés européennes du 14 septembre 2000.

<sup>197</sup> [http://www.acg-avocat.com/Commentaire\\_arret\\_hocsman.htm](http://www.acg-avocat.com/Commentaire_arret_hocsman.htm).



D'autres diplômes de médecin ne sont pas visés à l'article L4131-1 du code de la santé publique mais sont néanmoins reconnus en France. Leur prise en compte résulte des accords signés par la France dans le cadre communautaire ou d'accords anciens de coopération culturelle et scientifique conclus avec des Etats avec lesquels elle entretient des liens particuliers. Il s'agit des diplômes délivrés en Suisse<sup>198</sup>, par les facultés de médecine d'Abidjan et de Dakar jusqu'à l'année universitaire 1983-1984 et par l'université Saint-Joseph de Beyrouth jusqu'à l'année universitaire 1983-1984.

## 2.2. nationalités ouvrant droit à l'exercice :

Selon l'article L4111-1 du Code de la Santé publique, « *nul ne peut exercer la profession de médecin (...) s'il n'est (...) de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre (...)* ».

### 2.2.1. les engagements européens :

- la Communauté européenne :

Depuis 1976, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne peuvent librement circuler et s'installer en France. Le conjoint (quel que soit sa nationalité) d'un ressortissant d'un Etat membre exerçant une activité salariée ou non salariée en France, peut y exercer en qualité de médecin salarié s'il possède les titres requis à cet effet.<sup>199</sup>

- l'accord sur l'Espace économique européen :

Cet accord conclu entre les Communautés européennes et l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège comporte des dispositions permettant l'exercice effectif du droit d'établissement et la reconnaissance des qualifications professionnelles exigées pour des activités médicales.

- les associations entre les Communautés européennes, leurs Etats membres et certains pays :

Ces accords permettent, sous certaines conditions, la liberté de circulation et d'établissement et l'accès à des professions réglementées. Ils ont été conclus avec la Roumanie et la Bulgarie. Bien qu'ils soient entrés en vigueur, les dispositions nécessaires pour la reconnaissance mutuelle des qualifications n'ont pas encore été prises. En conséquence, seuls les médecins ressortissants des Etats signataires, titulaires d'un des diplômes figurant sur la liste dressée par l'arrêté du 18 juin 1981, peuvent prétendre au bénéfice de ces accords.

<sup>198</sup> Loi n° 2001-1117 du 28 novembre 2001, *J.O.* du 29 novembre 2001.

<sup>199</sup> Art. 11 du règlement CEE n°1612/68 relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté, *J.O.* n°257 du 19 octobre 1968.

### 2.2.2. les accords bilatéraux entre la France et certains Etats :

Selon l'article L4111-3 du Code de la santé publique, « *lorsqu'un Etat étranger accorde à des médecins (...), nationaux français ou ressortissants français, le droit d'exercer leur profession sur son territoire, le ressortissant de cet Etat peut être autorisé à pratiquer son art en France par arrêté du ministre chargé de la santé, si des accords ont été passés à cet effet avec cet Etat et si l'équivalence de la valeur scientifique du diplôme est reconnue par le ministre chargé de l'enseignement supérieur. Ces accords (...) devront comporter obligatoirement la parité effective et stipuleront le nombre de praticiens étrangers que chacun des deux pays autorise à exercer sur son territoire. Les autorisations sont données individuellement (...) aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française (...). Elles peuvent être retirées à tout moment.* ».

Il s'agit des conventions d'établissement, des accords de réciprocité et des conventions médicales frontalières.

Les conventions d'établissement ont pour effet de donner aux ressortissants de chacun des Etats signataires un traitement identique à celui reconnu à ses propres nationaux et réciproquement. Les accords de réciprocité autorisent l'installation en France d'un nombre déterminé de médecins étrangers, en contrepartie d'un nombre égal de médecins français sur le territoire de l'autre partie.

Aux termes de conventions médicales frontalières comportant la réciprocité, les médecins frontaliers monégasques et suisses établis dans les communes limitrophes de la France peuvent être admis à dispenser leurs soins dans ces communes selon des conditions particulières à chacune de ces conventions.

### 2.2.3. dispositions particulières :

Des dispositions particulières s'appliquent aux ressortissants des Etats ayant appartenu à l'Union française. C'est ainsi que l'article L4111-7 du Code de la santé publique stipule que de tels ressortissants « *qui justifient avoir été régulièrement inscrits à l'ordre des médecins (...) sont autorisés à continuer la pratique de leur art, sous réserve de n'avoir pas été radiés de cet ordre à la suite d'une sanction disciplinaire.* ».

### 2.3. régime dérogatoire : autorisation d'exercice :

Par dérogation, des médecins qui ne répondent pas à une ou aux deux premières conditions légales (conditions de diplôme et de nationalité), peuvent être autorisés par décision individuelle du Ministre de la santé à exercer la médecine en France<sup>200</sup>.

En effet, le Ministre chargé de la santé publique peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués du Conseil national de l'Ordre et des organisations syndicales nationales de la profession, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer :

---

<sup>200</sup> Art. L4111-2 du Code de la santé publique.

- des personnes françaises ou étrangères qui justifient d'un diplôme dont la valeur scientifique est attestée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et qui ont exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières et ont été classés en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances organisées pour une ou plusieurs disciplines ou spécialités ;
- des médecins étrangers, titulaires d'un diplôme européen ;
- des médecins réfugiés politiques, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial ainsi que les médecins français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises, après avis d'un jury de la discipline (arrêté d'application non publié) ;
- des ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre délivré par un Etat tiers, mais qui a été reconnu dans un Etat membre autre que la France et permet d'y exercer légalement la profession, après avoir examiné les connaissances et qualifications attestées par ce diplôme et par l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle acquises dans un Etat membre au regard de celles exigées pour l'accès à cette profession.

Les demandes doivent être adressées au Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

#### 2.4. inscription au tableau de l'Ordre<sup>201</sup> :

Tout médecin qui exerce sa profession en France est tenu de s'inscrire au tableau de l'Ordre. Le défaut d'inscription est constitutif du délit d'exercice illégal de la médecine. L'autorisation est sollicitée auprès du conseil départemental de l'Ordre des médecins dans lequel le médecin a établi sa résidence professionnelle.

L'inscription fait partie des fonctions administratives de l'Ordre qui doit vérifier que toutes les conditions légales sont remplies.

La procédure d'inscription obéit à des règles très précises régies par le Code de la santé publique.

##### 2.4.1. procédure :

Tout médecin qui demande son inscription au Tableau de l'Ordre des médecins, doit remettre sa demande ou l'adresser par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au Président du conseil de l'Ordre du département.

- **constitution du dossier :**

Le médecin demandeur devra retourner au conseil un questionnaire qui lui aura été préalablement remis, accompagné des pièces suivantes :

1. Un extrait d'acte de naissance ou une fiche d'état civil datant de moins de trois mois ;
2. Une attestation de nationalité délivrée par une autorité compétente ;

<sup>201</sup> Art. L4112-1 à L4112-7 du Code de la Santé publique.

3. Une copie (accompagnée d'une traduction, faite par un traducteur agréé), de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés par le Code de la santé publique, à laquelle sont jointes :
  - a) lorsque le demandeur présente un diplôme délivré dans un État étranger dont la validité est reconnue sur le territoire français : la copie des titres à la possession desquels cette reconnaissance peut être subordonnée ;
  - b) lorsque le demandeur bénéficie d'une autorisation d'exercice : la copie de cette autorisation ;
  - c) lorsque le demandeur est un médecin ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne, l'un des diplômes de base figurant sur la liste reprise dans l'arrêté du 18 juin 1981 ;
4. Pour les ressortissants d'un État étranger, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de l'État d'origine ou de provenance, cette pièce pouvant être remplacée, pour les ressortissants des États membres de l'Union européenne qui exigent une preuve de moralité ou d'honorabilité pour l'accès à l'activité de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de l'État d'origine ou de provenance certifiant que ces conditions de moralité ou d'honorabilité sont remplies ;
5. Une déclaration sur l'honneur du demandeur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au Tableau n'est en cours à son encontre ;
6. Un certificat de radiation d'inscription ou d'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle le demandeur était antérieurement inscrit ou enregistré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur du demandeur certifiant qu'il n'a jamais été inscrit ou enregistré ou, à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un État membre des Communautés européennes ;
7. Tous éléments de nature à établir que le demandeur possède une connaissance suffisante de la langue française ;
8. Deux photographies, destinées au dossier et à l'établissement de la carte professionnelle.

- instruction de la demande :

En possession de ces pièces, le conseil départemental constituera un dossier au nom du postulant et désignera alors un rapporteur. Le conseil départemental s'assurera également que le demandeur remplit les conditions nécessaires de moralité, d'indépendance et ne présente pas une infirmité ou un état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession.<sup>202</sup>

Les médecins qui demandent leur inscription au tableau doivent communiquer au conseil départemental les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession<sup>203</sup>. Le défaut de communication de ces contrats ou avenants, dans un délai d'un mois de leur conclusion, constitue une faute, susceptible de motiver un refus d'inscription au tableau.<sup>204</sup>

<sup>202</sup> Art. L460 du Code de la santé publique.

<sup>203</sup> Art. L4113-9 du Code de la santé publique.

<sup>204</sup> Art. L4113-10 et L4113-11 du Code de la santé publique.

Le médecin qui demande son inscription au tableau doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. Lorsque cette preuve ne résulte pas du dossier accompagnant la demande d'inscription, la vérification est faite par le médecin-inspecteur départemental de la Santé.<sup>205</sup>

Le rapporteur doit rencontrer le postulant ; il lui est même recommandé de lui rendre visite, afin qu'il puisse se rendre compte de son installation professionnelle. Il rédigera ensuite son rapport qu'il présentera au Conseil.

Un médecin inscrit ou enregistré en cette qualité dans un Etat ne faisant pas partie de la Communauté européenne ou n'étant pas partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ne peut être inscrit à un tableau de l'ordre dont il relève.<sup>206</sup>

- décision :

Le conseil départemental de l'ordre doit statuer sur la demande d'inscription au tableau dans un délai maximum de trois mois à compter de la réception de la demande, accompagnée d'un dossier complet.<sup>207</sup> L'absence de décision dans le délai imparti constitue une décision implicite de rejet<sup>208</sup>.

Ce délai est suspendu pendant trois mois maximum s'il y a lieu de consulter un Etat membre ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen sur l'existence de faits graves et précis commis hors de France par le médecin ressortissant européen candidat à l'inscription, faits qui sont susceptibles d'avoir des conséquences sur l'inscription. Ce délai de suspension est porté à six mois lorsqu'il y a lieu de procéder à une enquête hors de la France métropolitaine relative à des non ressortissants de la Communauté européenne ou de l'Espace Economique Européen<sup>209</sup>.

La décision d'inscription ou de refus d'inscription au tableau est prise par le conseil départemental réuni en séance plénière. Aucune décision de refus d'inscription ne peut être prise sans que l'intéressé n'ait été invité, 15 jours à l'avance, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à comparaître devant le conseil départemental pour y présenter ses explications. Toute décision de refus d'inscription doit être motivée.

La décision prise par le conseil est, dans les dix jours, notifiée par lettre recommandée avec avis de réception à l'intéressé et, sans délai, dans la même forme, au préfet du département, au Procureur de la République et au Conseil national de l'Ordre des médecins.<sup>210</sup>

---

<sup>205</sup> Art. L4112-2 du Code de la santé publique.

<sup>206</sup> Art. 4112-1 du Code de la santé publique.

<sup>207</sup> Art. 4112-3 du Code de la santé publique.

<sup>208</sup> Art. 4112-4 du Code de la santé publique.

<sup>209</sup> Art. 4112-3 du Code de la santé publique.

<sup>210</sup> Art. 4112-4 du Code de la santé publique.

- appel de la décision d'inscription :

Les décisions administratives rendues par le conseil départemental en matière d'inscription peuvent faire l'objet d'un recours devant le conseil régional à l'initiative du médecin demandeur s'il s'agit d'un refus d'inscription, du Conseil national de l'Ordre des médecins s'il s'agit d'une décision d'inscription.<sup>211</sup>

L'appel doit être formé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans le délai de 30 jours à compter de la notification ou, s'il s'agit d'une décision implicite de rejet, du jour où elle est acquise.<sup>212</sup>

L'appel n'est pas suspensif .

Le conseil régional doit statuer dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. La décision du conseil régional est notifiée sans délai au Président du Conseil départemental qui la notifie lui-même dans les dix jours au médecin qui en fait l'objet, et sans délai au Préfet du département, au Procureur de la République et au Conseil national de l'Ordre des médecins.

La décision du Conseil régional est susceptible d'appel, dans les 30 jours, devant la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins par le médecin intéressé ou le Conseil départemental.<sup>213</sup> La décision de la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des médecins peut elle aussi faire l'objet d'un recours devant le Conseil d'Etat.

- principe de l'unicité de l'inscription :

Un médecin ne peut être inscrit que sur un seul tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle, sauf dérogation prévue par le Code de déontologie. L'inscription a toutefois pour effet de rendre licite l'exercice de la médecine sur l'ensemble du territoire national. Par conséquent, en cas de transfert de résidence professionnelle dans un autre département, l'intéressé devra, au moment de ce transfert, demander son inscription au tableau de l'ordre du département de la nouvelle résidence.<sup>214 215</sup>

Depuis mai 2005<sup>216</sup>, les médecins libéraux sont autorisés à exercer sur un ou plusieurs sites distincts de leur résidence professionnelle. Les notions de cabinet principal et de cabinet secondaire disparaissent au profit de la notion de site d'exercice désignant la résidence professionnelle et les sites sur lesquels les médecins consultent ou interviennent de manière habituelle ou régulière.

<sup>211</sup> Art. 4112-4 du Code de la santé publique.

<sup>212</sup> Art. 4112-4 du Code de la santé publique.

<sup>213</sup> Art. 4112-4 du Code de la santé publique.

<sup>214</sup> Art. 4112-5 du Code de la santé publique.

<sup>215</sup> Des dispositions particulières sont cependant prévues pour les médecins thermalistes qui exercent dans deux cabinets successivement (pendant et hors de la saison thermale). Il acquittera la cotisation entière au conseil départemental dont dépend son cabinet principal, et la seule part départementale de la cotisation au conseil départemental du cabinet secondaire.

<sup>216</sup> Décret n°2005-481 du 17 mai 2005 modifiant le Code de déontologie médicale, *J.O.* du 18 mai 2005.

L'Ordre départemental des médecins se réserve cependant le droit de s'opposer à l'activité d'un médecin sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle.

En effet, l'article R4127-85 du Code de la santé publique précise « *qu'un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle :*

- *lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou de la permanence des soins ;*
- *ou lorsque les investigations et les soins qu'il entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques, ou la coordination des différents intervenants ».*

Il s'agit en réalité d'inciter les médecins à s'installer dans les zones déficitaires sur le plan médical, et/ou favoriser le partage de plateaux techniques sophistiqués.

Les éléments pris en compte sont :

- l'éloignement d'un cabinet médical de la même discipline (en moyenne, 20 km en zone non urbaine, et inférieur en zone urbaine). L'autorisation d'exercice sera notamment refusée s'il existe dans la localité un médecin exerçant la même discipline ;
- la densité de la population, tenant compte des mouvements saisonniers ;
- les commodités de transports et facilités de circulation ;
- la distance séparant le premier lieu d'exercice du second ;
- éventuellement, des particularités des affections traitées par le praticien, ou de la nature particulière d'un établissement de soins.

Le Conseil vérifie également que des mesures ont été prises pour « *assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins sur le site choisi* ». Le médecin doit notamment disposer d'un équipement technique suffisant. Il doit être capable de répondre aux urgences et d'assurer la permanence des soins.

L'autorisation d'exercice sur un site distinct est accordée à titre personnel, et est inaccessibles.<sup>217</sup>

La demande est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel l'activité est envisagée. Le Conseil dispose de trois mois à compter de la réception de la demande pour se prononcer. Le défaut de réponse à l'expiration de ce délai vaut autorisation implicite. Un recours est possible devant le Conseil national de l'Ordre.

---

<sup>217</sup> Art. R4127-85 du Code de la Santé publique. Toutefois, l'autorisation est donnée de manière collective en cas d'exercice dans le cadre d'une Société Civile Professionnelle ou d'une société d'exercice libéral.

#### 2.4.2. conséquences de l'inscription :

- cotisation :

Toute personne physique ou morale inscrite au tableau doit verser une cotisation ; les cotisations sont obligatoires.<sup>218</sup> La cotisation entière est due par tous les médecins dont l'inscription au tableau est obligatoire pour l'exercice de leur profession. Elle comporte l'abonnement au Bulletin de l'Ordre des médecins et permet d'assurer le fonctionnement des conseils départementaux, des conseils régionaux et du conseil national.

- carte professionnelle du médecin :

L'inscription au Tableau permet au médecin d'obtenir la carte professionnelle. Elle est validée annuellement par un timbre millésimé qui est remis au médecin lors du règlement de la cotisation ordinale.

Elle peut, en outre, être utile dans tous les cas où il s'agit, pour le praticien, de prouver non seulement son identité, mais aussi la réalité de l'exercice de la profession médicale.

- carte de professionnel de santé (CPS) :

La carte de professionnel de santé est distribuée et gérée par le Groupement d'Intérêt Public (GIP) « carte de professionnel de santé »<sup>219</sup> et permet l'accès sécurisé à l'information médicale. Elle permet également un accès sécurisé dans le cadre des échanges électroniques entre professionnels de santé et assurance maladie. Elle assure l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges.

Pour obtenir cette carte, le médecin ayant une activité libérale reçoit de la part de la caisse primaire d'assurance maladie un formulaire pré-imprimé. S'il s'agit d'une activité salariée, c'est l'établissement où le médecin exerce son activité qui le lui remet.

Le praticien contrôle les informations le concernant, les corrige éventuellement, signe le formulaire et le renvoie au conseil départemental de l'Ordre des médecins de son lieu d'inscription. Ce dernier le contrôle, le corrige s'il y a lieu, le vise et le fait parvenir à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales qui le vise à son tour et le fait parvenir au GIP-CPS. Celui-ci émet la carte et l'expédie directement au médecin à son adresse de correspondance.

#### 2.4.3. dérogations à l'obligation d'inscription :

Les dérogations à l'obligation d'inscription à l'ordre concernent les médecins appartenant au cadre actif du service de santé des armées, les médecins fonctionnaires ou agents titulaires d'une collectivité locale s'ils n'exercent pas la médecine dans le cadre de leurs fonctions et les médecins prestataires de service.

<sup>218</sup> Art. L4122-2 du Code de la santé publique.

<sup>219</sup> <http://www.gip-cps.fr/>



Les dérogations à l'obligation d'inscription concernent également les médecins ressortissants de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen qui peuvent exécuter ponctuellement des actes de leur profession en France sans être inscrit au tableau. Pour cela, les prestataires doivent être établis et exercer légalement leurs activités de médecin dans un Etat membre autre que la France.

## 2.5. enregistrement du diplôme<sup>220</sup> :

Une fois inscrit au tableau de l'Ordre, le médecin (à l'exception des professionnels de santé exerçant dans l'armée) doit faire enregistrer son diplôme dans le répertoire ADELI.<sup>221</sup> ADELI signifie Automatisation Des Listes. C'est un système d'information national sur les professionnels de santé qui contient des informations (état civil, situation professionnelle, activités exercées) quel que soit leur mode d'exercice. Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence (c'est aussi le numéro qui identifie chaque professionnel sur sa carte de professionnel de santé)<sup>222</sup>.

Le répertoire ADELI permet :

- de gérer les listes départementales ;
- d'attribuer la carte de professionnel de santé ;
- d'élaborer des statistiques permettant la fixation des quotas d'entrée dans les écoles de formation et une meilleure planification de l'évolution démographique des professions ;
- d'informer les professionnels pour la recherche d'un lieu d'implantation, sur les politiques de prévention à mettre en œuvre ou de nouveaux traitements, sur les risques sanitaires, pour les contacter en cas d'urgence ;
- de mettre en place des dispositifs de défense civile et de protection sanitaire des populations.<sup>223</sup>

Cet enregistrement s'effectue sans frais à la préfecture (ou sous-préfecture) du département d'exercice, auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). En aucun cas, un professionnel ne peut être enregistré dans deux départements simultanément.

Le médecin doit se munir de l'original de son diplôme, de sa carte d'identité ainsi que de la preuve de son inscription à l'ordre. Un formulaire disponible en ligne est également à compléter<sup>224</sup>. Si le médecin n'est pas encore en possession du diplôme, il fait enregistrer le certificat provisoire délivré par la faculté auprès de laquelle il a obtenu le diplôme.

L'enregistrement du diplôme doit être effectué dans le mois suivant l'installation.

<sup>220</sup> Art. L4113-1 du Code de la santé publique.

<sup>221</sup> Arrêté du 27 mai 1998 relatif à la mise en place d'un nouveau traitement automatisé de gestion des listes départementales des professions réglementées par le code de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale, *J.O.* du 17 juillet 1998.

<sup>222</sup> [https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/accueil\\_fichiers/pres\\_adeli.htm](https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/accueil_fichiers/pres_adeli.htm)

<sup>223</sup> [https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/accueil\\_fichiers/pres\\_adeli.htm](https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/accueil_fichiers/pres_adeli.htm)

<sup>224</sup> <http://www.sante.gouv.fr/cerfa/adeli/80496094.pdf>

Le changement de résidence, comme une interruption d'exercice d'au moins deux ans, oblige à un nouvel enregistrement du diplôme dans les mêmes conditions.

#### 2.6. inscription à la Caisse primaire d'assurance maladie :

L'inscription à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du lieu d'exercice est obligatoire pour les médecins libéraux. Elle permet l'enregistrement du choix conventionnel du médecin et la délivrance de tous les imprimés obligatoires pour l'exercice de la profession, dont les feuilles de soins pré-identifiées<sup>225</sup>. Cette formalité est indispensable pour le remboursement des assurés sociaux.

Si le praticien ne souhaite pas exercer sous le régime de la convention et souhaite au contraire pratiquer des honoraires différents, il doit notifier son choix à la caisse primaire de son lieu d'exercice professionnel principal dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la convention ou dans le mois suivant la date de la première installation. Ce document est envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

#### 2.7. inscription à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) :

Cette inscription est obligatoire dans les huit jours qui suivent le début de l'exercice de la profession libérale.

#### 2.8. adhésion à la Caisse autonome de retraite des médecins français (CARMF) :

Cette obligation est à remplir par le médecin libéral dans un délai maximum d'un mois à partir de son installation. Cette obligation concerne également les médecins remplaçants. Les cotisations, qui sont annuelles, concernent le régime de vieillesse de base, le régime vieillesse complémentaire, le régime invalidité-décès et le régime de l'avantage supplémentaire vieillesse. Une cotisation supplémentaire à un régime de retraite est facultative.

La CARMF gère le compte du cotisant. Elle procède à l'appel et à l'encaissement des cotisations qui comprennent des parts forfaitaires et/ou des parts proportionnelles. Elle procède en temps opportun au calcul et au versement de la retraite acquise.

#### 2.9. affiliation à la Caisse d'allocations familiales :

Il s'agit de la caisse du lieu d'exercice. La cotisation est due par tous les médecins libéraux quel que soit leur secteur d'activité. Elle est calculée sur la base du revenu professionnel net.

---

<sup>225</sup> [www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/formulaires/S3124.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3124.pdf)

## 2.10. assurance en responsabilité civile :

Cette assurance est obligatoire depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>226</sup>. Toute personne exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins est tenue de souscrire une assurance destinée à la garantir pour sa responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne survenues dans le cadre de cette activité. En cas de manquement à l'obligation d'assurance, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires.<sup>227</sup>

## 2.11. formation médicale continue :

*« La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. »<sup>228</sup>*

Les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers et ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées, ainsi que dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, doivent suivre une formation médicale continue. Les médecins sont tenus de transmettre, au Conseil régional de la formation continue, la preuve de leur participation à des actions de formations agréées et à des dispositifs d'évaluation.<sup>229</sup>

De même, ils ont l'obligation de se soumettre à une évaluation individuelle de leurs pratiques professionnelles. Des sanctions sont prévues en cas de non-respect de cette obligation.<sup>230</sup> Les unions des médecins exerçant à titre libéral organisent des actions d'évaluation des pratiques.<sup>231</sup>

## 2.12. accréditation :

Pour les médecins exerçant en établissement de santé, l'accréditation de la qualité de leur pratique professionnelle est une possibilité offerte. L'article 4135-1 du Code de la santé publique stipule en effet que : *« les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée »*. L'accréditation est donc une démarche volontaire.

C'est la Haute Autorité de Santé qui définit et organise la procédure d'accréditation de ces médecins et cela au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles.

---

<sup>226</sup> Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *J.O.* 05 mars 2002.

<sup>227</sup> Art. L1142-2 du Code de la santé publique.

<sup>228</sup> Art. L4133-1 du Code de la santé publique.

<sup>229</sup> Art. L4133-1 du Code de la santé publique.

<sup>230</sup> Art. L4133-1-1 du Code de la santé publique.

<sup>231</sup> A titre d'exemple : Société française de médecine générale, <http://www.sfmg.org/>

Cette accréditation est valable pour une durée de quatre ans et peut permettre aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées aux risques professionnels de recevoir une aide à la souscription de l'assurance obligatoire.<sup>232</sup> Cette aide sera à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.<sup>233</sup>

L'enjeu majeur de l'accréditation est une réduction du nombre ou de la sévérité des événements indésirables liés aux soins par le recueil et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux.<sup>234</sup>

Les médecins engagés dans la démarche doivent déclarer les événements porteurs de risques médicaux qu'ils ont personnellement rencontrés et devront ensuite mettre en oeuvre les diverses recommandations qui en résulteront (amélioration de la sécurité, amélioration des pratiques,...).

Les modalités de réalisation de l'accréditation sont définies par le décret du 21 juillet 2006<sup>235</sup>.

### **3. Le système luxembourgeois :**

C'est la loi du 29 avril 1983, modifiée par la loi du 31 juillet 1995<sup>236</sup>, qui fixe les conditions d'exercice de la médecine au Grand-Duché de Luxembourg. Le non respect des conditions de nationalité, de diplômes et d'honorabilité est constitutif d'exercice illégal de la médecine<sup>237</sup>. Lorsque les conditions ne sont plus remplies, l'autorisation d'exercice sera suspendue, voire retirée<sup>238</sup>.

#### **3.1. nationalités ouvrant droit à l'exercice :**

Le professionnel qui désire s'installer au Grand-Duché de Luxembourg afin d'y exercer la médecine devra être ressortissant du Grand-Duché de Luxembourg ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace Economique Européen.

<sup>232</sup> Art. L4135-5 du Code de la santé publique.

<sup>233</sup> Haute Autorité de Santé, Accréditation des médecins, L'accréditation des médecins : mode d'emploi, Médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque en établissements de santé publics ou privés, mai 2007.

<sup>234</sup> Haute Autorité de Santé, Accréditation des médecins, L'accréditation des médecins : mode d'emploi, Médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque en établissements de santé publics ou privés, mai 2007.

<sup>235</sup> Décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé, *J.O.* du 23 juillet 2006.

<sup>236</sup> Loi du 29 avril 1983, Texte coordonné du 10 octobre 1995 de la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire telle qu'elle a été modifiée, *Mémorial* 084 du 10 octobre 1995.

<sup>237</sup> Art. 7 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

<sup>238</sup> Art. 15 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

Certaines dérogations sont cependant possibles, dans des cas exceptionnels, pour les ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne moyennant le respect de certaines conditions (conditions de diplômes et conditions de moralité et d'honorabilité ainsi que de santé physique et psychique nécessaires à l'exercice de la profession de médecin) et dans la mesure où la personne peut justifier avoir les connaissances linguistiques suffisantes à l'exercice de sa profession dans au moins deux des langues administratives (français, allemand et luxembourgeois<sup>239</sup>).<sup>240</sup>

### 3.2. diplômes ouvrant droit à l'exercice :

Les diplômes, certificats et titres exigés pour l'exercice de la profession de médecin au Grand-Duché de Luxembourg sont :

- soit un des diplômes, certificats ou autres titres de médecin dont la liste est publiée par le Ministre de la Santé et qui sont visés à la directive 93/16/CEE et aux directives modificatives ultérieures et répondent aux critères de formation qui y sont prévus ;
- soit un des diplômes, certificats ou autres titres de médecin délivrés dans un pays non membre de l'Union européenne, à condition que le diplôme ait été homologué (cfr. infra), qu'il sanctionne le même cycle d'études que le diplôme qui donne droit à l'exercice de la profession de médecin aux nationaux du pays qui le délivre et qu'il confère à son titulaire le droit d'exercer la profession de médecin dans le pays dont il possède la nationalité.<sup>241</sup>

Le candidat devra en outre être titulaire<sup>242</sup> :

- soit d'un diplôme, certificat ou autre titre sanctionnant une formation spécifique en médecine générale conformément à la directive 93/16/CEE ;
  - pour le Grand-Duché de Luxembourg, il s'agit du diplôme de formation spécifique en médecine générale ;
  - pour l'Allemagne, il s'agit du Zeugnis über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin ;
  - pour la Belgique, il s'agit de l'Arrêté ministériel d'agrément de médecin généraliste (Ministerieel erkenningsbesluit van huisarts) ;
  - pour la France, il s'agit du diplôme d'Etat de docteur en médecine (avec document annexé attestant la formation spécifique en médecine générale) ;

Les droits restent acquis pour un médecin établi dans un Etat membre de l'Union européenne avant le 01<sup>er</sup> janvier 1995 qui présente un certificat des autorités de cet Etat membre attestant le droit d'exercer en qualité de médecin généraliste sans le diplôme sanctionnant la formation spécifique en médecine générale.

- soit d'un diplôme, certificat ou autre titre sanctionnant une formation de médecin spécialiste dont les modalités sont fixées par règlement grand-ducal.

<sup>239</sup> Art. 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues, *Mémorial* du 27 février 1984, p. 196.

<sup>240</sup> Art. 2 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

<sup>241</sup> Art. 1 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

<sup>242</sup> Art. 1 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

Un règlement grand-ducal<sup>243</sup> fixe donc la liste des spécialités en médecine reconnues au Luxembourg ainsi que les conditions de formation à remplir en vue de la reconnaissance de ces titres. Ce règlement grand-ducal fait référence à la directive européenne 93/16/CEE du conseil du 05 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres, qui reprend, en ses annexes B et C, la liste des spécialités reconnues.

Pour les spécialités médicales reconnues, il y a lieu de se référer au tableau ci-dessous :

<b>Allemagne</b>	<b>Belgique</b>	<b>France</b>	<b>Luxembourg</b>
Fachärztliche Anerkennung	Titre professionnel particulier de médecin spécialiste / Bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist	1 Certificat d'études spéciales de médecine 2 Attestation de médecin spécialiste qualifié 3 Certificat d'études spéciales de médecine 4 Diplôme d'études spécialisées ou spécialisation complémentaire qualifiante de médecine	Certificat de médecin spécialiste
Anästhesiologie	Anesthésie-réanimation / Anesthesie reanimatie	Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale	Anesthésie-réanimation
(Algemeine) Chirurgie	Chirurgie / Heelkunde	Chirurgie générale	Chirurgie générale
Neurochirurgie	Neurochirurgie	Neurochirurgie	Neurochirurgie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gynécologie – obstétrique / Gynaecologie en verloskunde	Gynécologie - obstétrique	Gynécologie - obstétrique
Innere Medizin	Médecine interne / Inwendige geneeskunde	Médecine interne	Médecine interne
Augenheilkunde	Ophthalmologie / Oftalmologie	Ophthalmologie	Ophthalmologie
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Oto-rhino-laryngologie / Otorhinolaryngologie	Oto-rhino-laryngologie	Oto-rhino-laryngologie
Kinder- und Jugendmedizin	Pédiatrie / Pediatrie	Pédiatrie	Pédiatrie
Pneumologie	Pneumologie	Pneumologie	Pneumologie
Urologie	Urologie	Urologie	Urologie
Orthopädie (und Unfallchirurgie)	Chirurgie orthopédique / Orthopedische heelkunde	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Orthopédie
Pathologie	Anatomie pathologique / Pathologische anatomie	Anatomie et cytologie pathologique	Anatomie pathologique
Neurologie	Neurologie	Neurologie	Neurologie
Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiatrie de l'adulte / Volwassen psychiatrie	Psychiatrie	Psychiatrie
(Diagnostische) radiologie	Radiodiagnostic / Röntgendiagnose	Radiodiagnostic et imagerie médicale	Radiodiagnostic
Strahlentherapie	Radiothérapie-oncologie / Radiotherapie-oncologie	Oncologie radiothérapique	Radiothérapie
Plastische (und Ästhetische) Chirurgie	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique / Plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Chirurgie plastique
Néant	Biologie clinique / Klinische biologie	Biologie médicale	Biologie clinique
Mikrobiologie (Virologie) und	Néant	Néant	Microbiologie

<sup>243</sup> Règlement grand-ducal du 13 février 2004 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 10 juin 1997 portant fixation de la liste des spécialités en médecine reconnues au Luxembourg ainsi que la détermination des conditions de formation à remplir en vue de la reconnaissance de ces titres, *Mémorial* du 27 février 2004.

Infektionsepidemiologie			
Laboratoriumsmedizin	Néant	Néant	Chimie biologique
Néant	Néant	Néant	Immunologie
Thoraxchirurgie	Chirurgie thoracique / Heelkunde op de thorax*	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Chirurgie thoracique
Kinderchirurgie	Néant	Chirurgie infantile	Chirurgie pédiatrique
Gefäßchirurgie	Chirurgie des vaisseaux / Bloedvatenheelkunde*	Chirurgie vasculaire	Chirurgie vasculaire
Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	Cardiologie	Pathologie cardio-vasculaire	Cardiologie et angiologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie	Gastro-entérologie / Gastroenterologie	Gastro-entérologie et hépatologie	Gastro-entérologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie	Rhumatologie /reumatologie	Rhumatologie	Rhumatologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie	Néant	Néant	Hématologie
Innere Medizin und Schwerpunkt Endocrinologie und Diabetologie	Néant	Endocrinologie, maladies métaboliques	Endocrinologie, maladies du métabolisme et de la nutrition
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Médecine physique et réadaptation / Fysische geneeskunde en revalidatie	Rééducation et réadaptations fonctionnelles	Rééducation et réadaptations fonctionnelles
Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	Neuropsychiatrie*	Neuropsychiatrie**	Neuropsychiatrie***
Haut- und geschlechtskrankheiten	Dermato-vénérologie / Dermato-venerologie	Dermatologie et vénéréologie	Dermato-vénérologie
Radiologie	Néant	Electro-radiologie*	Electroradiologie
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Psychiatrie infanto-juvénile / Kinder- en jeugdpsychiatrie	Pédo-psychiatrie	Psychiatrie infantile
Néant	Néant	Néant	Gériatrie <sup>244</sup>
Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie	Néant	Néphrologie	Néphrologie
Néant	Néant	Néant	Maladies contagieuses <sup>245</sup>
Öffentliches Gesundheitswesen	Néant	Santé publique et médecine sociale	Santé publique
Pharmakologie und Toxikologie	Néant	Néant	Néant
Arbeitsmedizin	Médecine du travail / Arbeitsgeneeskunde	Médecine du travail	Médecine du travail
Néant	Néant	Néant	Néant
Nuklearmedizin	Médecine nucléaire / Nucleaire geneeskunde	Médecine nucléaire	Médecine nucléaire
Néant	Néant	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Chirurgie maxillo-faciale
Néant	Néant	Hématologie	Hématologie biologique
Néant	Néant	Stomatologie	Stomatologie
Visceralchirurgie	Chirurgie abdominale / Heelkunde op het abdomen*	Chirurgie viscérale et digestive	Chirurgie gastro-entérologique
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Stomatologie et chirurgie orale et maxillo-faciale / Stomatologie en mond-, kaak- en aangezichts chirurgie	Néant	Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale

\* signifie que ce titre a été abrogé dans le pays concerné mais qu'il est reconnu pour les formations données avant cette date tant pour les ressortissants de l'Etat membre concerné que pour les ressortissants des autres Etats membres. Pour trouver la date d'abrogation, il y a lieu de consulter l'annexe V, points 5.1.2 et 5.1.3 de la directive 2005/36/CE.

<sup>244</sup> Introduit dans l'annexe VI de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JOUE L255/22, 30.9.2005. Délai de transposition jusqu'au 20 octobre 2007.

<sup>245</sup> Ibidem

### 3.3. demande d'homologation :

Les diplômes repris dans la liste publiée par le Ministre de la Santé et qui sont visés à la directive 93/16/CEE sont dispensés de la procédure d'homologation.

Conformément au règlement grand-ducal du 10 septembre 2004<sup>246</sup>, la demande en homologation est introduite par requête adressée au Ministre ayant l'enseignement supérieur dans ses attributions. La demande, qui doit être rédigée en langue luxembourgeoise, française ou allemande, énoncera les nom et prénom ainsi que les qualités du postulant et contiendra l'élection de domicile au Luxembourg, si le postulant n'y a ni domicile, ni résidence fixe. La demande en homologation sera également accompagnée des pièces suivantes, sous forme de d'une copie certifiée conforme à l'original :

- a) l'acte de naissance du postulant ou pièce d'identité ;
- b) le diplôme de fin d'études secondaires luxembourgeois ou étranger et, dans ce dernier cas, le document dont résulte la reconnaissance officielle luxembourgeoise de l'équivalence ;
- c) le certificat ou titre d'admission à l'université ou une pièce attestant officiellement la date du début du cycle des études supérieures ;
- d) dans la mesure où le pays étranger en délivre, les certificats d'études, titres d'examen ou diplômes intermédiaires ;
- e) les certificats d'équivalence étrangers et les certificats relatifs aux travaux pratiques et aux stages ;
- f) le diplôme ou titre d'examen final d'enseignement supérieur à homologuer ou, à défaut, une attestation délivrée par les autorités compétentes étrangères, certifiant que toutes les conditions pour l'obtention et la délivrance du diplôme ou titre d'examen final sont remplies ;
- g) un curriculum vitae précis et sincère.

Au cas où les pièces mentionnées ci-dessus sont rédigées dans une autre langue que le luxembourgeois, le français ou l'allemand, le postulant devra préalablement les faire traduire par un traducteur agréé<sup>247 248</sup>.

*« Le diplôme final étranger en médecine présenté à l'homologation doit conférer un grade d'enseignement supérieur en médecine reconnu par le pays d'origine ou y donner accès à la profession de médecin. Il doit sanctionner un cycle d'études théoriques et pratiques de médecine, à temps plein, d'une durée minimale de six années ou douze semestres ou dix-huit trimestres ou 5.500 heures d'enseignement pratique et théorique, dispensé par une université ou sous la surveillance d'une université. »*<sup>249</sup>

---

<sup>246</sup> Règlement grand-ducal du 10 septembre 2004 fixant les critères d'homologation des titres et grades étrangers en droit, médecine, médecine dentaire, médecine vétérinaire et en pharmacie et, en vue de l'admission au stage pour le professorat de l'enseignement secondaire, en sciences humaines et en philosophie et lettres, ainsi qu'en sciences naturelles et en sciences physiques et mathématiques, *Mémorial* du 29 septembre 2004..

<sup>247</sup> Traducteur qui se trouve sur la liste des experts assermentés en vertu de la loi du 7 juillet 1971 portant, en matière répressive et administrative, institution d'experts, de traducteurs et d'interprètes assermentés.

<sup>248</sup> Art. 3 du règlement grand-ducal du 10 septembre 2004, *op. cit.*

<sup>249</sup> Art. 4 du règlement grand-ducal du 10 septembre 2004, *op.cit.*



Cependant, lorsque le requérant est ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne et titulaire d'un diplôme final en médecine délivré par un Etat tiers et reconnu par un Etat membre de l'Union européenne, l'homologation sera accordée aux conditions suivantes :

- la reconnaissance du diplôme par l'Etat membre doit avoir été faite dans le respect des conditions minimales de formation prévues par les directives européennes en matière de qualifications professionnelles ;
- le requérant doit justifier avoir le droit de plein exercice de la profession dans l'Etat membre qui a reconnu son titre ;
- le requérant doit justifier avoir exercé effectivement et licitement les activités de la profession dans un Etat membre pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant sa demande d'homologation.<sup>250</sup>

#### 3.4. demande d'autorisation d'exercice :

L'accès aux activités de médecin et l'exercice de celles-ci au Luxembourg sont subordonnés à une autorisation du Ministre de la Santé qui est délivrée aux conditions suivantes :

- conditions de nationalité (*cf. supra*) ;
- conditions de diplôme (*cf. supra*) ;
- conditions de moralité et d'honorabilité ainsi que de santé physique et psychique nécessaires à l'exercice de la profession de médecin.<sup>251</sup>

C'est un règlement grand-ducal qui détermine la procédure à suivre et les documents à présenter pour obtenir l'autorisation d'exercer.<sup>252</sup>

Un recours auprès du Conseil d'Etat, comité du contentieux, peut être introduit dans le mois qui suit sa notification contre toute décision d'octroi, de refus, de suspension ou de retrait d'une autorisation d'exercer. Le recours contre l'octroi de l'autorisation ne peut être exercé que par le collège médical. Le Conseil d'Etat statue en dernière instance et comme juge de fond.<sup>253</sup> Tout refus d'octroi d'autorisation d'exercer doit être motivé.

L'autorisation d'exercice devient caduque lorsque le médecin bénéficiaire n'exerce pas sa profession au Luxembourg dans les deux années qui suivent la délivrance de l'autorisation. Il en va de même du médecin qui a cessé son activité professionnelle au Luxembourg depuis plus de trois ans.<sup>254</sup>

---

<sup>250</sup> Art. 11 du règlement grand-ducal du 10 septembre 2004, *op. cit.*

<sup>251</sup> Art. 1 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

<sup>252</sup> Règlement grand-ducal du 20 novembre 1984 fixant la procédure à suivre pour obtenir l'autorisation d'exercer la profession de médecin et de médecin-dentiste, *Mémorial* du 22 novembre 1984, rectifié, *Mémorial* du 12 décembre 1984.

<sup>253</sup> Art. 35 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

<sup>254</sup> Art. 32bis de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

### 3.4.1. ressortissants luxembourgeois ou d'un autre Etat membre :

Le ressortissant luxembourgeois ou le ressortissant d'un autre Etat membre de la Communauté européenne qui désire s'établir au Luxembourg et y exercer la profession de médecin présente au Ministre de la Santé une demande dans laquelle il fournit les informations suivantes :

- a) nom, prénoms, date de naissance, nationalité, domicile, lieu d'établissement professionnel actuel, s'il y a lieu, Etat d'origine ou de provenance ;
- b) un relevé de ses diplômes avec indication de l'Etat qui les a délivrés et de la date à laquelle ils ont été délivrés ;
- c) des indications concernant l'exercice professionnel antérieur, s'il y a lieu ;
- d) des indications concernant ses connaissances linguistiques ;

La demande devra être accompagnée des documents suivants :

- a) un acte de naissance ou toute autre pièce d'identité ;
- b) un certificat de nationalité ou un document équivalent ;
- c) une copie certifiée conforme des diplômes, certificats ou autre titre de médecin ;
- d) l'attestation par laquelle il est certifié que le candidat remplit les conditions de santé physique et psychique nécessaires à l'exercice de la profession<sup>255</sup> ;
- e) l'attestation par laquelle il est certifié que le candidat remplit les conditions de moralité et d'honorabilité nécessaires à l'exercice de la profession<sup>256</sup> ;
- f) pour les ressortissants des autres Etats membres de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme délivré dans un pays tiers, l'attestation certifiant que l'intéressé est habilité ou autorisé à exécuter la médecine dans son pays d'origine et dans le pays où le diplôme a été délivré ;

Au cas où les pièces mentionnées ci-dessus sont rédigées dans une autre langue que le luxembourgeois, le français ou l'allemand, le postulant devra préalablement les faire traduire par un traducteur agréé.<sup>257</sup>

Les demandes en autorisation d'exercer sont soumises pour avis au collège médical.<sup>258</sup> (Le collège médical est une association de médecins qui a notamment pour missions la surveillance de l'exercice de professions de médecin, médecin-dentiste et de pharmacien, la surveillance de l'application des conditions d'accès aux professions susmentionnées ainsi que la vigilance du respect des règles déontologiques régissant les professions et de ce fait assurer la sauvegarde de l'honneur et de la dignité du corps médical.)

La procédure d'admission en vue de l'exercice de la profession de médecin doit être achevée dans les plus brefs délais et au plus tard dans les trois mois après la présentation du dossier complet.<sup>259</sup> Toutefois, ce délai est suspendu s'il faut procéder à des investigations suite à des faits graves et précis survenus antérieurement en dehors du territoire du Grand-Duché de Luxembourg et susceptibles d'avoir des conséquences sur l'accès à l'activité.

<sup>255</sup> Art. 3 du règlement grand-ducal du 20 novembre 1984, *op. cit.*

<sup>256</sup> Art. 4 du règlement grand-ducal du 20 novembre 1984, *op. cit.*

<sup>257</sup> Art. 1 du règlement grand-ducal du 20 novembre 1984, *op. cit.*

<sup>258</sup> Art. 3 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit. et* Art. 6 du règlement grand-ducal du 20 novembre 1984, *op. cit.*

<sup>259</sup> Art. 7 du règlement grand-ducal du 20 novembre 1984, *op. cit.*

L'Arrêté d'autorisation est accordé si les conditions légales sont remplies et indique le titre professionnel que le médecin a le droit de porter au Grand-Duché de Luxembourg. Pour les candidats ressortissants d'un autre Etat membre de la Communauté européenne et titulaires d'un diplôme délivré dans un pays tiers, l'Arrêté d'exécution dit également mentionné les motifs exceptionnels qui justifient l'octroi de l'autorisation d'exercer ainsi que les conditions et modalités de l'exercice.<sup>260</sup>

### 3.4.2. ressortissants d'un Etat non membre de la Communauté européenne :

Le ressortissant d'un Etat non membre de la Communauté européenne qui désire s'établir au Luxembourg et y exercer la profession de médecin présente au Ministre de la Santé une demande dans laquelle il fournit les informations suivantes :

- a) nom, prénoms, date de naissance, nationalité, domicile, lieu d'établissement professionnel actuel, s'il y a lieu, Etat d'origine ou de provenance ;
- b) une courte biographie ;
- c) un exposé des motifs qui sont à la base de sa demande et qui sont de nature à justifier l'octroi exceptionnel d'une autorisation d'exercer ;
- d) un relevé de ses diplômes avec indication de l'Etat qui les a délivrés et de la date à laquelle ils ont été délivrés ;
- e) des indications concernant l'exercice professionnel antérieur, s'il y a lieu ;
- f) des indications concernant ses connaissances linguistiques ;

La demande devra être accompagnée des documents suivants :

- a) un acte de naissance ou toute autre pièce d'identité ;
- b) un certificat de nationalité ou un document équivalent ou un certificat attestant le statut d'apatride;
- c) une copie certifiée conforme des diplômes, certificats ou autre titre de médecin ;
- d) l'attestation certifiant que l'intéressé est habilité ou autorisé à exercer la médecine dans son pays d'origine et dans le pays où le diplôme a été délivré ;
- e) l'attestation par laquelle il est certifié que le candidat remplit les conditions de santé physique et psychique nécessaires à l'exercice de la profession ;
- f) un extrait du casier judiciaire ou un certificat délivré par une autorité compétente de l'Etat d'origine ou de provenance attestant que l'intéressé remplit les conditions de moralités et d'honorabilité nécessaires pour l'accès à l'activité de médecin.

Au cas où les pièces mentionnées ci-dessus sont rédigées dans une autre langue que le luxembourgeois, le français ou l'allemand, le postulant devra préalablement les faire traduire par un traducteur agréé.<sup>261</sup>

Les demandes en autorisation d'exercer sont soumises pour avis circonstancié au collège médical.<sup>262</sup>

<sup>260</sup> Art. 8 du règlement grand-ducal du 20 novembre 1984, *op. cit.*

<sup>261</sup> Art. 10 du règlement grand-ducal du 20 novembre 1984, *op. cit.*

<sup>262</sup> Art. 3 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit. et* Art. 11 du règlement grand-ducal du 20 novembre 1984, *op. cit.*

L'Arrêté d'autorisation est accordé si les conditions légales sont remplies et indique les motifs exceptionnels qui justifient l'octroi de l'autorisation d'exercer ainsi que les conditions et modalités de l'exercice. Il indique également le titre professionnel que l'intéressé est autorisé à porter.<sup>263</sup>

### 3.5. régime dérogatoire :

Par dérogation, des autorisations temporaires d'exercice peuvent être délivrées par le Ministre de la Santé. En effet « *Le Ministre de la Santé peut accorder l'autorisation temporaire d'exercer les activités de médecin à titre de remplaçant d'un médecin établi au Luxembourg, aux médecins ou étudiants en médecine, ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne effectuent leur formation spécifique en médecine générale ou leur formation de spécialisation* ». <sup>264</sup> De même, le Ministre de la Santé peut également accorder l'autorisation d'exercer temporairement les activités de médecin ou certaines activités relevant de l'exercice de la médecine aux étudiants en médecine ou aux médecins effectuant un stage de formation et aux médecins ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne effectuant un stage de formation dans le cadre de la coopération internationale.<sup>265</sup>

### 3.6. inscription au registre professionnel :

Dans le mois qui suit l'obtention de l'autorisation d'exercer au Grand-Duché de Luxembourg, le médecin doit s'inscrire au registre professionnel auprès du Collège médical.<sup>266</sup>

### 3.7. démarches auprès de l'Union des caisses de maladie (UCM) :

Ayant l'autorisation du Ministère de la Santé, le médecin introduit une demande auprès de l'Union des Caisses de maladie (UCM) pour recevoir le code médecin ainsi que les formulaires de prescription et de congé de maladie, de factures, le Code des assurances sociales, la convention entre les médecins et les caisses de maladie et les statuts de l'UCM.

### 3.8. obligation de participer au service médical d'urgence :

Le médecin établi au Luxembourg est tenu de participer au service médical d'urgence dont l'organisation et les modalités sont fixées par règlement grand-ducal.<sup>267</sup>

---

<sup>263</sup> Art. 12 du règlement grand-ducal du 20 novembre 1984, *op. cit.*

<sup>264</sup> Art. 2 de la loi du 29 avril 1983, *op. cit.*

<sup>265</sup> Art. 2 de la loi du 29 avril 1983, *op. cit.*

<sup>266</sup> Art. 33 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

<sup>267</sup> Art. 6 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

### 3.9. posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession :

Le médecin autorisé à exercer doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de sa profession au Luxembourg. Il engage sa responsabilité disciplinaire, civile et pénale si, par suite d'une insuffisance de ses connaissances, il commet une erreur dans l'exercice de sa profession ou fait commettre à d'autres dans l'exercice de leurs professions.<sup>268</sup>

### 3.10. veiller à la continuité des soins :

Le médecin autorisé à exercer doit veiller à la continuité des soins aux patients dont il a la charge. Au cas où il ne peut satisfaire à cette obligation du fait de l'existence d'un deuxième cabinet ou lieu d'établissement, le Ministre peut l'obliger à se limiter à un seul cabinet ou lieu d'établissement.<sup>269</sup>

---

<sup>268</sup> Art. 6 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

<sup>269</sup> Art. 6 de la loi du 29 avril 1983, *op.cit.*

## **CHAPITRE IV – LES AIDES A L'INSTALLATION**

Le principe de la liberté d'installation a pour conséquence que les médecins s'installent prioritairement dans certaines régions au détriment d'autres régions. Les Etats ont donc décidé de prendre des mesures incitatives pour une répartition plus homogène des professionnels sur leur territoire.

### **1. Le système belge :**

Depuis quelques années, le nombre de médecins qui ouvrent un cabinet de médecine générale est en baisse et plus particulièrement dans certaines zones à densité médicale faible. Afin d'y remédier, le gouvernement a décidé la création du « Fonds d'impulsion pour la médecine générale » au sein du budget de l'Assurance Soins de santé.<sup>270</sup>

Pour le médecin généraliste, ces aides financières se présentent sous la forme d'un package nommé « Impulseo ». Il s'adresse principalement aux jeunes généralistes agréés, mais aussi à tous les généralistes agréés, qui se sont installés après le 01<sup>er</sup> juillet 2006, et qui choisissent d'implanter ou de déménager leur cabinet dans une zone nécessitant la présence de médecins généralistes supplémentaires. « Impulseo » a donc pour objectif non seulement d'aider les jeunes médecins à s'installer dans leur pratique mais aussi d'encourager l'installation de médecins généralistes dans des zones nécessitant la présence de généralistes supplémentaires.<sup>271</sup>

Le Fonds d'impulsion pour la médecine générale est constitué de deux volets distincts : l'un pour soutenir et financer les primo-installations et de nouvelles installations en zone prioritaires et le second pour soutenir et améliorer les conditions de travail (diminution des frais administratifs, partage d'expériences, ...) des médecins généralistes en favorisant le regroupement.<sup>272</sup>

<sup>270</sup> Arrêté Royal du 15 septembre 2006 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement, *M.B.*, 28 septembre 2006.

<sup>271</sup> <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/impulseo/index.htm>

<sup>272</sup> Art. 1<sup>er</sup> § 1<sup>er</sup> de l'Arrêté Royal du 15 septembre 2006, *op. cit.*

Ces aides « Impulseo » sont de trois ordres :

- par le biais du *Fonds d'impulsion* :
  1. le médecin agréé depuis moins de quatre ans et qui s'est installé après le 01<sup>er</sup> juillet 2006<sup>273</sup>, ou le médecin qui est de retour d'un pays en voie de développement depuis maximum quatre ans<sup>274</sup>, peut bénéficier d'un prêt de 15.000 euros. Il s'agit d'un prêt qui finance une première installation et qui est avantageux, c'est-à-dire sans intérêt, dont aucune garantie n'est exigée et qui prévoit un remboursement sur cinq ans avec une année de franchise de remboursement du capital.
  2. En cas de nouvelle installation (c'est-à-dire en cas de première installation ou en cas de déménagement) dans une zone reconnue comme déficitaire, une prime unique non remboursable<sup>275</sup> de 20.000 euros peut être allouée à tout médecin. Cette prime de 20.000 euros est octroyée au médecin généraliste qui s'installe<sup>276</sup> :
    - soit dans une zone de médecine générale à faible densité médicale c'est-à-dire une zone de médecine générale avec moins de 90 médecins généralistes pour 100.000 habitants ou une zone de médecine générale avec moins de 125 habitants / km<sup>2</sup> ET moins de 120 médecins généralistes pour 100.000 habitants<sup>277</sup> ;
    - soit dans une zone d'action positive délimitée dans le cadre de la politique des grandes villes<sup>278</sup>.

Le prêt et la prime peuvent être obtenus séparément ou cumulativement et sont accessibles à tous les médecins généralistes qu'ils soient salariés ou indépendants.

L'arrêté royal à l'origine de ce financement prévoit la possibilité d'une extension des zones qui entrent en ligne de compte.<sup>279</sup>

- par le biais du *Fonds de participation* : un prêt complémentaire peut être accordé mais uniquement aux médecins généralistes indépendants. Celui-ci peut aller jusqu'à 30.000 euros, cette fois avec intérêts, mais à des taux restants faibles, à savoir 3% par an les deux premières années et 4% les trois années suivantes. Il n'y a pas non plus de garantie exigée. Ce prêt complémentaire peut être cumulé avec le prêt du Fonds d'impulsion et/ou la prime.<sup>280</sup>

<sup>273</sup> La date d'installation est la date à laquelle le médecin généraliste s'inscrit pour participer au service de garde de médecine générale.

<sup>274</sup> La liste des pays en voie de développement est arrêtée par l'O.C.D.E. et est consultable sur <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/impulseo/index.htm>.

<sup>275</sup> Sauf si, au cours des 5 années qui suivent la date de l'installation, le médecin cesse ses activités de médecin généraliste ou les poursuit en-dehors d'une des zones prioritaires, dans ce cas, la prime sera récupérée par le Fonds mais sans décompte d'intérêts.

<sup>276</sup> [http://www.ecosubsibru.be/index.cfm?fuseaction=aides.aides\\_one&aide\\_id=211&language=FR](http://www.ecosubsibru.be/index.cfm?fuseaction=aides.aides_one&aide_id=211&language=FR)

<sup>277</sup> Pour la liste des 153 communes qui appartiennent à une zone de médecine générale à faible densité médicale, voir <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/impulseo/index.htm>

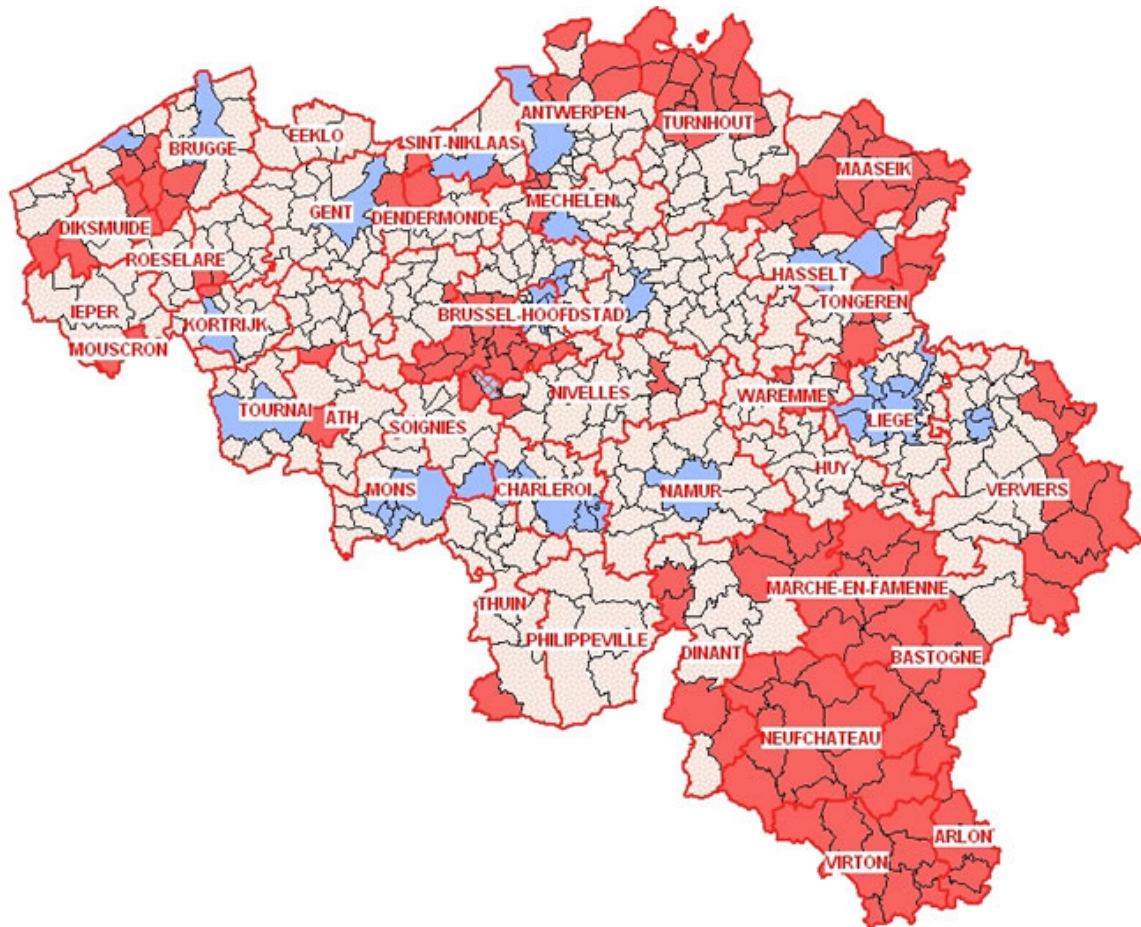
<sup>278</sup> Annexe de l'Arrêté Royal du 04 juin 2003 déterminant les zones d'action positive des grandes villes, M.B., 20 juin 2003.

<sup>279</sup> Suite à la demande du Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes, le Ministre a communiqué la liste des extensions de zones, soit 34 communes, voir <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/impulseo/index.htm>.

<sup>280</sup> <http://www.fonds.org/eCache/DEF/720.bGlkPUZS.html>

- par le biais des *structures spécialisées* : des structures spécialisées dans l'aide aux starters peuvent fournir un accompagnement gratuit pendant 18 mois au médecin qui en ressent le besoin. Ces structures peuvent également fournir une aide à la préparation de la demande auprès du Fonds de participation.

« Impulseo » permet ainsi aux médecins généralistes de financer leurs investissements matériels et immatériels ou le fonds de roulement dont ils ont besoin pour lancer leur cabinet. Ainsi, par exemple, ils pourront financer la transformation d'un cabinet, l'achat de matériel médical, l'achat d'un véhicule ou même l'achat de la patientelle d'un médecin..



Communes qui répondent aux critères de faible densité médicale et/ou de précarité (politique des grandes villes):	
Gemeenten die beantwoorden aan de criteria van lage medische densiteit en/of kansarmoede (grootstedelijk beleid):	
	aucun des 2 critères/ geen van de 2 criteria (384)
	faible densité médicale/ lage medische densiteit (152)
	précarité/ kansarmoede (52)
	les 2 critères/beide criteria (1)



## **2. Le système français :**

Dans les zones déficitaires en offre de soins, la France a prévu des aides de l'Etat, des collectivités territoriales et de l'Assurance Maladie qui influent tant au niveau de la formation des médecins, de leur installation que de leurs conditions d'exercice.

Les zones déficitaires sont déterminées par la Mission Régionale de Santé en croisant deux critères : une densité de médecins inférieure d'au moins 30% à la moyenne nationale et un niveau d'activité des professionnels de santé supérieur d'au moins 30% à la moyenne nationale. Elles donnent droit aux aides conventionnelles de l'Assurance Maladie et à la quasi-totalité des aides prévues par la loi du 23 février 2005<sup>281</sup>.

Les zones déficitaires (nombre de médecins inférieur à 4 pour 100 km<sup>2</sup>) se distinguent des zones à risque et des zones de revitalisation rurale. Les zones à risques (nombre de médecins inférieur à 5 pour 100 km<sup>2</sup>) donnent droit à des aides financières pour la mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires et les zones de revitalisation rurale (zones qui ont une densité d'habitants au km<sup>2</sup> inférieure ou égale à 31 pour un canton et à 33 pour un arrondissement et qui enregistrent une perte de population totale ou de population active ou un taux de population active agricole supérieure au double de la moyenne nationale) donnent droit à une exonération de taxe professionnelle. D'autres zones définies dans le cadre de politiques locales peuvent donner lieu à des aides supplémentaires.<sup>282</sup>

En France, les incitations financières sont donc diverses et nombreuses. Elles se présentent par exemple sous la forme de bourses d'études ou de prêts à conditions préférentielles en contrepartie de l'installation dans des zones déficitaires pour une période de service déterminée. Ainsi, les étudiants peuvent bénéficier, au cours de leur troisième cycle, d'une indemnité d'études plafonnée à 24.000 euros par an<sup>283</sup> s'ils s'engagent à exercer en zone sous-médicalisée pendant une durée minimum de cinq ans. Des indemnités de logement plafonnées à 400 euros par mois<sup>284</sup> et des indemnités kilométriques sont également prévues pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages en zones déficitaires.

Il existe également des mesures relatives à l'installation des professionnels de santé. Leur objectif est de favoriser et de soutenir les médecins qui exercent dans les zones sous-médicalisées. L'Assurance maladie a ainsi développé une série d'aides conventionnelles destinées à améliorer la continuité des soins dans des zones déterminées.

---

<sup>281</sup> Loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, *J.O.* du 24 février 2005.

<sup>282</sup> <http://www.pays-loire.assurance-maladie.fr/>

<sup>283</sup> Montant correspondant au montant annuel des émoluments de troisième année d'internat.

<sup>284</sup> Montant correspondant à 20% des émoluments forfaitaires de troisième année d'internat.

## 2.1. les services et outils pour les professionnels :

Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)<sup>285</sup> ont mis en place deux outils d'aide à l'installation :

- le premier, cartoS@nté, permet de visualiser sur un territoire donné, jusqu'au niveau communal, l'offre et l'activité des professionnels de santé afin de permettre une installation en toute connaissance de cause. Cet outil permet aux professionnels de réaliser une étude de marché avec l'aide des Caisses Primaires d'Assurance maladie (diagnostic d'implantation, aides aux démarches administratives, conseils pour le démarrage d'une activité libérale). Il s'agit donc d'un outil qui fournit des données socio-économiques et de consommation médicale à l'échelle d'un canton ou d'une commune.<sup>286</sup>
- le second, Inst@LSanté, recense et informe les professionnels sur la nature des aides que les collectivités territoriales peuvent leur apporter ainsi que des formalités administratives d'installation.

A côté de ces deux outils, il existe également CartoS@nté Pro (correspond à cartoS@nté mais à l'échelle d'une zone d'achalandage), LégiS@nté (service de veille juridique) et RechercheSanté (moteur de recherche documentaire dédié aux acteurs de santé)<sup>287</sup>.

## 2.2. les aides financières des collectivités territoriales :

Les collectivités territoriales accordent des aides diverses aux professionnels de santé sous forme forfaitaire ou d'exonération fiscale. Ces aides sont les suivantes :

- exonération de la taxe professionnelle, pour une période de deux à cinq ans, à compter de l'année suivant la première installation à titre libéral dans les communes de moins de 2.000 habitants dans les zones de revitalisation rurale<sup>288</sup> ;
- exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant cinq ans et de manière dégressive durant les neuf années suivantes dans les zones de revitalisation rurale ;
- prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement et de fonctionnement, prime à l'installation, exonération d'impôts dans des zones définies comme prioritaires par les Missions Régionales de Santé.

---

<sup>285</sup> Les URCAM rassemblent, dans chaque région, les représentants des caisses de base des différents régimes d'assurance maladie : les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), Mutualités Sociales Agricoles (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI).

<sup>286</sup> <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/10382.0.html>

<sup>287</sup> En ligne sur le site internet des URCAM

<sup>288</sup> Les zones de revitalisation rurale visent à aider le développement de territoires ruraux à partir de critères objectifs. Elles ont été créées par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995, J.O. du 05 février 1995.

### 2.3. les contrats de bonne pratique :

L'Assurance Maladie a également mis en place des contrats de bonne pratique susceptibles de favoriser l'installation ou le remplacement de généralistes dans des zones spécifiques. Les zones concernées sont :

- les zones de montagne, c'est-à-dire les cabinets situés dans une station ou dans un centre de sport d'hiver ;
- les zones rurales considérées par l'exercice dans un cabinet éloigné d'au moins 20 minutes d'un service d'urgence et situé dans un canton dont la densité de généraliste est inférieure à 3 pour 5.000 habitants ;
- les zones franches urbaines<sup>289</sup> définies comme des quartiers de plus de 10.000 habitants situés dans des zones dites sensibles ou défavorisées.

Ces contrats, souscrits entre les CPAM et les médecins généralistes, prévoient principalement l'obtention d'aides au remplacement (300 euros par jour dans la limite de 10 jours par an en contrepartie d'un engagement de trois ans en zone rurale) ou à la vacation (prise en charge de 240 euros par vacation d'une demi-journée dans la limite de 10 jours par an, consacrée à la prévention, l'éducation à la santé ou la coordination médico-sociale dans les zones franches urbaines). Un complément de rémunération de 2.000 euros est également prévu en contrepartie d'un engagement de trois ans en zone de montagne.

Par ailleurs, les soins dispensés ou prescrits par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral dans une zone déficitaire en offre de soins, sont exonérés des pénalités financières qui s'appliquent au patient hors parcours de soins<sup>290</sup> pendant les cinq premières années d'exercice.<sup>291</sup> Pendant la période d'application de ce dispositif, les patients sont donc dispensés de consulter au préalable leur médecin traitant pour consulter un médecin dans cette situation. Cette mesure allège les conditions d'installation en secteur libéral des jeunes médecins et des généralistes qui font le choix de s'installer dans une zone où l'offre de soins est déficitaire en leur permettant de se constituer progressivement une patientèle alors même que celle-ci, conformément à la législation en vigueur, a déjà choisi son médecin traitant. En effet, cette mesure permet de ne pas pénaliser les assurés sociaux qui vivent dans ces zones en leur laissant le temps de se familiariser avec le nouveau médecin qui s'installe avant de le choisir pour médecin traitant.<sup>292</sup>

---

<sup>289</sup> Loi du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du Pacte de relance pour la ville, *J.O.* du 15 novembre 1996. Cette loi définit les critères de la zone franche urbaine.

<sup>290</sup> En cas de non respect du parcours de soins coordonné, le patient est remboursé à hauteur de 60% au lieu de 70%.

<sup>291</sup> Art. L162-5-4 et D162-1-8 du Code de la sécurité sociale – Décret du 02 janvier 2006 pris en application de l'article L162-5-4 du Code de la sécurité sociale, *J.O.* du 03 janvier 2006.

<sup>292</sup> <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/10382.0.html>

#### 2.4. le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) :

Enfin, les Missions Régionales de Santé (MRS) se sont vues confier depuis le 01<sup>er</sup> juillet 2007 la gestion du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins<sup>293</sup> destiné à financer principalement des actions ou structures visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé dans la perspective d'un égal accès aux soins sur le territoire national.

Sont également soutenues les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé. L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins.

En France, cela concerne 4.500 communes. Sont concernés les médecins installés ou s'installant<sup>294</sup> dans ces zones et qui exercent la médecine générale en groupe c'est-à-dire en groupement d'au moins deux médecins généralistes exerçant dans les mêmes locaux et liés par un contrat de société ou un contrat de collaboration libérale ou tout autre contrat d'association validé par l'Ordre. Ces médecins généralistes, exerçant en groupe, ont aussi la possibilité d'exercer au sein d'un cabinet pluridisciplinaire. Les maisons de santé pluridisciplinaires sont destinées à offrir à la population, sur un même lieu d'implantation, un ensemble de services de santé de premier recours ; les activités médicales et paramédicales sont ainsi regroupées au sein d'une même structure (cabinet qui regroupe par exemple des médecins spécialistes, des chirurgiens dentistes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes, ...).

Ainsi, les médecins qui s'installent en cabinets de groupe ou en maisons pluridisciplinaires dans les zones sous-médicalisées pendant une période minimale de trois ans bénéficient d'un complément de rémunération de 20% de l'activité versé sous forme forfaitaire annuelle<sup>295</sup>. L'aide est versée directement par l'Assurance Maladie (CPAM), sans dépense supplémentaire pour le patient. Le médecin bénéficiera également d'un accompagnement personnalisé pour les formalités administratives, pour la recherche de remplaçants et pour l'organisation des vacances au sein du cabinet. Le médecin qui adhère à cette option conventionnelle doit réaliser les 2/3 de son activité auprès des patients résidants dans cette zone.

Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins soutient la création de ces nouvelles structures en prenant en charge notamment les biens d'équipements (informatique, mobilier, matériel) et les charges d'exploitation (loyer, temps de secrétariat, charges diverses).

Ces maisons doivent s'implanter en priorité dans des zones déficitaires ou dans des « zones fragiles ».

---

<sup>293</sup> Décret n°2007-973 du 15 mai 2007, *J.O.* du 16 mai 2007.

<sup>294</sup> Il s'agit en effet de privilégier l'implantation des médecins libéraux dans ces zones mais aussi de favoriser le maintien de l'activité des médecins qui y sont d'ores et déjà installés.

<sup>295</sup> Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n°20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005, *J.O.* du 28 mars 2007.

Le Directeur de la MRS (en alternance le Directeur de l'URCAM et de l'ARH) décide de l'attribution des aides pour l'installation des professionnels de santé.

Les conditions d'attribution seront définies dans les prochains mois avec la création des Conseils Régionaux de la qualité et de la coordination des soins dont le rôle est de se prononcer sur les priorités d'action.

### 2.5. le cumul emploi/retraite des médecins libéraux :

Afin de faire face, à court terme, aux difficultés attendues en matière de recrutement des professionnels de santé, la réforme FILLON sur les retraites de 2003<sup>296</sup> a rendu possible, pour les médecins libéraux, le cumul d'une activité avec une pension de retraite prise après 65 ans. Ceux-ci peuvent ainsi cumuler leur retraite et un revenu d'activité à hauteur de 40.000 euros par an.<sup>297</sup>

### 3. Le système luxembourgeois :

Le Grand-Duché de Luxembourg ne prévoit pas d'aides spécifiques pour l'installation des médecins. Cependant, il existe un règlement grand-ducal<sup>298</sup> qui prévoit la possibilité pour les étudiants en médecine et médecins non spécialistes ayant accompli et validé au moins six années d'études et qui poursuivent une formation de spécialisation destinée à leur conférer le titre de médecine spécialiste, de se voir accorder une aide financière.

Cette aide financière est fixée à 70.000 francs (soit plus ou moins 1.735 euros) brut, liquidée par tranches mensuelles et est accordée pour une période maximale de deux ans.<sup>299</sup>

Peuvent bénéficier de l'aide financière de l'Etat, les candidats qui se proposent de poursuivre une formation de spécialisation en médecine à l'étranger et qui sont :

1. ressortissants luxembourgeois, ou
2. ressortissants d'un autre Etat membre de l'Union européenne, domiciliés au Grand-Duché de Luxembourg, ou
3. ressortissants d'un Etat tiers, apatrides ou réfugiés politiques, domiciliés au Grand-Duché de Luxembourg et y ayant résidé effectivement depuis cinq ans au moins avant la présentation de la demande.

Cette aide financière ne peut pas être cumulée avec une bourse d'études allouée par le Ministre de l'enseignement supérieur et doit être restituée immédiatement lorsqu'il s'avère que, pendant la période pour laquelle elle a été accordée, une des conditions auxquelles l'octroi de l'aide financière est subordonnée, n'est plus remplie.

<sup>296</sup> Art. L643-6 et D643-10 du Code de sécurité sociale.

<sup>297</sup> Décret 2006-1223 du 5 octobre 2006 fixant pour certains médecins le seuil des revenus prévus à l'article L643-6 du Code de sécurité sociale, *J.O.* du 06 octobre 2006.

<sup>298</sup> Règlement grand-ducal du 12 mai 2000 fixant les modalités et les conditions en vue de l'obtention d'une aide financière pour les médecins en voie de spécialisation, *Mémorial* du 02 juin 2000, modifié par le règlement grand-ducal du 22 février 2002, *Mémorial* du 20 mars 2002.

<sup>299</sup> Toutefois, au cas où le candidat souhaite recevoir seulement la moitié de l'aide financière pendant quatre ans, le paiement peut être échelonné sur cette période de temps.

Tout candidat qui désire bénéficier de cette aide financière doit présenter une demande écrite au Ministre de la Santé au moins trois mois avant le début de la formation de spécialisation et être accompagnée des documents suivants :

1. un curriculum vitae ;
2. un certificat de nationalité ;
3. un certificat établi par l'autorité compétente du pays formateur attestant que le candidat remplit les conditions de formation de base préalables pour pouvoir poursuivre sa formation de spécialisation ;
4. des indications quant à la discipline choisie pour la formation de spécialisation, au début et à la durée du ou des stages envisagés et aux coordonnées du ou des maîtres de stage et terrains de stage ;
5. un certificat établi par le ou les maîtres de stage attestant que les activités prestées lors des stages ne font l'objet d'aucune rémunération fixe ou régulière ;
6. un document écrit dans lequel le candidat s'engage à respecter les modalités de remboursement des montants alloués en cas de déclarations inexactes ou incomplètes ;
7. un certificat de résidence.<sup>300</sup>

---

<sup>300</sup> Art.5 de l'Arrêté Royal du 12 mai 2000, *op. cit.*

## **CHAPITRE V – L'EXERCICE TEMPORAIRE OU OCCASIONNEL**

Le principe de la libre prestation de services (article 49 du Traité CE) donne le droit aux prestataires médicaux établis dans un Etat membre de l'Union européenne de fournir occasionnellement des prestations dans un autre Etat membre et ce, sans que l'exercice de cette prestation puisse être rendu plus difficile qu'une prestation médicale purement nationale.<sup>301</sup>

Cependant, le pays dans lequel s'exerce la prestation occasionnelle peut exiger du médecin la production d'attestations certifiant qu'il exerce légalement dans l'Etat membre où il est établi et qu'il possède le diplôme requis à cet effet. L'Etat d'accueil peut aussi exiger une déclaration auprès de son autorité compétente même si celle-ci, en cas d'urgence, peut être postérieure à la prestation de services.

Le prestataire occasionnel sera dispensé, dans l'Etat d'accueil, de toute obligation éventuelle d'inscription ou d'affiliation à un organe professionnel. L'Etat d'accueil peut seulement prévoir une inscription temporaire automatique ou l'inscription sur un registre mais sans que cela puisse entraîner des complications, des retards ou des frais. Ceci ne dispense toutefois pas le professionnel de l'obligation de se conformer aux dispositions disciplinaires applicables dans l'Etat membre où il accomplit sa prestation.<sup>302</sup>

L'article 7 § 1 de la directive 2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles a pour but de simplifier le régime de la prestation de services pour le cas où le professionnel se déplacerait sur le territoire d'un autre Etat membre. Avec cet article, une déclaration préalable peut être exigée lorsque le prestataire de services se déplace pour la première fois mais est renouvelable une fois par an. Le professionnel sera ainsi dispensé de faire autant de déclarations préalables que de patients, voire plusieurs prestations pour un même patient.

Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de la durée de la prestation, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité (si l'activité exercée n'est pas occasionnelle et temporaire, le praticien ne relève plus de la libre prestation de services mais de la liberté d'établissement avec toutes les conséquences que cela entraîne : inscription au conseil de l'Ordre, conventionnement médical, ...) La différence entre établissement et prestation temporaire est aussi fondamentale que difficile à définir en pratique.

---

<sup>301</sup> L'accès des prestataires médicaux établis dans l'Union européenne aux patients français, Des difficultés d'adaptation du droit national à de nouvelles formes de concurrence, *In* Dossier Services sociaux et concurrence, *RDSS*, Septembre-octobre 2006, N°5/2006, p. 820.

<sup>302</sup> J. Pertek, *op.cit.*, pp.219-220.

## 1. Le système belge :

Les médecins ressortissants européens, établis en tant que médecin dans un Etat membre de la Communauté européenne autre que la Belgique, en Norvège, en Islande ou dans la Principauté de Liechtenstein, et y exerçant légalement leur profession, peuvent effectuer des actes relevant de l'art médical en Belgique sans devoir faire viser leur diplôme par la commission médicale, ni s'inscrire à l'Ordre des médecins belges. Ils doivent par contre subordonner l'exécution de ces actes à l'introduction d'une déclaration préalable auprès de l'administration de l'art de guérir du Service Public Fédéral Santé Publique (Ministère), au moyen d'un formulaire<sup>303</sup> destiné à cet effet.

Ce document doit être accompagné d'une attestation de nationalité et d'une attestation délivrée par les autorités compétentes de l'Etat membre où il est établi certifiant que le médecin y exerce licitement la profession en cause et qu'il possède le diplôme requis pour effectuer les prestations visées. Ces attestations ne peuvent pas avoir une ancienneté de plus de douze mois et devront être accompagnées, le cas échéant, d'une traduction déclarée conforme par un traducteur assermenté.<sup>304</sup>

Le Service Public Fédéral Santé Publique enregistre la prestation de service et informe la commission médicale compétente, l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) et l'Ordre des médecins compétent.

Dans certains cas, il apparaît que la déclaration qui doit être adressée à la direction de l'Art de guérir n'est pas préalable à l'exercice effectif de la médecine sur le territoire belge. Ceci contrevient au prescrit légal et empêche concrètement tout contrôle de la pratique médicale du prestataire de services. La procédure de déclaration doit se dérouler de telle manière que le Conseil national soit informé au préalable de la prestation de services, afin de rendre possible l'exercice des missions légales confiées à l'Ordre des médecins.<sup>305</sup> L'article 44 decies de l'Arrêté Royal n° 78 prévoit cependant qu'en cas d'urgence, la déclaration précitée doit être introduite dans les plus brefs délais après la prestation de services.

Les conseils provinciaux ont autorité et juridiction sur les médecins ressortissants d'un des Etats membres de l'Union européenne effectuant dans le ressort du Conseil provincial une prestation de services.<sup>306</sup>

---

<sup>303</sup> [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512728&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512728&_dad=portal&_schema=PORTAL)

<sup>304</sup> Art. 44 decies de l'Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de santé, *M.B.*, 14 novembre 1967.

<sup>305</sup> [http://195.234.184.64/web-Fr/fr/News/IX01-ann6\\_2007.htm](http://195.234.184.64/web-Fr/fr/News/IX01-ann6_2007.htm)

<sup>306</sup> Art. 5 de l'Arrêté Royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.*, 14 novembre 1967.



## **2. Le système français :**

Les médecins qui sont établis et exercent légalement leur activité dans un autre Etat membre de l'Union européenne que la France peuvent exécuter occasionnellement en France des actes de leur profession sans devoir être inscrits au tableau de l'Ordre.<sup>307</sup> Ils sont néanmoins soumis à une obligation de déclaration préalable des actes accomplis sur le territoire français.

Il faut nettement distinguer la prestation de services occasionnelle des autorisations temporaires d'exercice. En effet, les autorisations temporaires d'exercice sont des autorisations qui peuvent être délivrées par le Ministre de la Santé aux médecins recrutés en vue d'exercer des fonctions d'enseignement et de recherche et aux médecins autorisés à compléter leur formation en France. Ces autorisations temporaires sont valables pour une durée de trois à cinq ans et uniquement pour les médecins qui exercent dans un centre hospitalier universitaire ou dans un établissement de santé ayant passé convention avec un CHU. Il s'agit d'une autorisation délivrée aux médecins qui ne répondent pas aux conditions de nationalité et/ou de diplôme. Les médecins bénéficiaires de ces autorisations temporaires sont inscrits au tableau de l'Ordre et sont soumis au Code de déontologie médicale pendant la période prévue par l'autorisation délivrée.

Les prestations de services qui permettent au médecin d'exécuter ponctuellement des actes de sa profession, doivent répondre à un certain nombre de conditions pour être réalisables :

- le médecin doit être ressortissant de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ;
- le médecin doit être établi et exercer légalement les activités de médecin dans un Etat membre autre que la France ;
- les prestations de services ne peuvent être effectuées que dans le cadre d'une déclaration préalable dont les modalités sont fixées par décret. Cependant, en cas d'urgence, la déclaration peut être faite postérieurement à la prestation, mais au plus tard dans un délai de 15 jours. Cette déclaration, qui doit être adressée au Conseil national de l'Ordre, doit être accompagnée d'une attestation de l'autorité compétente de l'Etat certifiant que l'intéressé possède les diplômes requis et qu'il exerce légalement les activités de médecin dans l'Etat où il est établi. Elle est également accompagnée d'une déclaration sur l'honneur attestant qu'aucune instance pouvant entraîner l'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de la médecine dans l'Etat d'origine ou de provenance n'est en cours à son encontre.<sup>308</sup>

Lorsque la déclaration a été faite, celle-ci est enregistrée par le Conseil de l'Ordre sur une liste spécifique.

Cette déclaration doit être faite, sous réserve des cas d'urgence, avant la première prestation et est renouvelable tous les ans.<sup>309</sup>

---

<sup>307</sup> Art. L4112-7 du Code de santé publique.

<sup>308</sup> Art. L4112-7 du Code de Santé publique.

<sup>309</sup> Art. 1<sup>er</sup> du décret n°2007-1438 du 4 octobre 2007 relatif aux prestations de services réalisées en France par des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ressortissants d'un autre Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen et modifiant le code de la santé publique,

Le médecin prestataire de services est soumis à la juridiction disciplinaire de l'Ordre compétent dans le ressort duquel il exécute l'acte et est tenu au respect des règles professionnelles en vigueur. De plus, il est tenu d'informer l'organisme local d'assurance maladie territorialement compétent.<sup>310</sup>

### **3. Le système luxembourgeois :**

*« Le médecin ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne qui est établi dans un autre Etat membre et y exerce légalement les activités de médecin généraliste dans le cadre d'un régime de sécurité sociale ou de médecin spécialiste, peut exécuter au Luxembourg des prestations de services sans autorisation du Ministre de la Santé ».*<sup>311</sup>

*« Le médecin ressortissant d'un Etat non membre de l'Union européenne établi dans un Etat membre ou dans un Etat tiers et y exerçant soit en qualité de médecin généraliste dans le cadre d'un régime de sécurité sociale, soit en qualité de médecin spécialiste peut, à titre occasionnel et sur appel du médecin traitant ou du malade, exécuter une prestation de services à titre de consultant du médecin traitant établi au Luxembourg ».*<sup>312</sup>

Le médecin prestataire de services sera tenu au respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur au Luxembourg et sera soumis à la juridiction disciplinaire du collège médical.<sup>313</sup>

C'est le règlement grand-ducal du 25 novembre 1983<sup>314</sup> qui détermine les conditions et modalités d'exercice de la prestation de services.

Le médecin ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne établi et exerçant légalement les activités de médecin dans un Etat membre autre que le Luxembourg et qui désire prêter au Luxembourg des actes professionnels de médecin, devra préalablement à l'acte faire une déclaration relative à ses actes. Si l'urgence ne permet pas de faire la déclaration préalablement à l'acte, elle doit être faite postérieurement dans un délai maximum de quinze jours. La déclaration devra être accompagnée d'une attestation de l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine certifiant que l'intéressé possède les diplômes requis pour la prestation de services en cause et qu'il exerce légalement les activités de médecin dans l'Etat membre où il est établi.<sup>315</sup>

---

J.O. du 06 octobre 2007 (art. R.4112-9 du Code de santé publique). Ce décret met en application la nouvelle directive 2005-36.

<sup>310</sup> Art R.4112-11 du Code de santé publique.

<sup>311</sup> Art. 4 de la loi du 29 avril 1983, *op. cit.*

<sup>312</sup> Art. 4 de la loi du 29 avril 1983, *op. cit.*

<sup>313</sup> Art. 2 de la loi du 29 avril 1983, *op. cit.*

<sup>314</sup> Règlement grand-ducal du 25 novembre 1983 fixant les conditions et les modalités de la prestation de services du médecin et du médecin dentiste, *Mémorial* du 2 décembre 1983.

<sup>315</sup> Art. 1<sup>er</sup> du règlement grand-ducal du 25 novembre 1983, *op. cit.*

Quant au médecin ressortissant d'un Etat non membre de la Communauté européenne, il pourra, à titre occasionnel et sur appel du médecin traitant ou du malade, prêter au Luxembourg des actes professionnels de médecin mais seulement à titre de consultant du médecin traitant établi au Luxembourg. Dans ce cas, il fera au collège médical une déclaration relative à ses actes. Cette déclaration devra impérativement être préalable à l'acte.<sup>316</sup>

La déclaration de prestation de services est à faire selon un modèle prédéterminé<sup>317</sup> et doit contenir les indications suivantes :

- a) nom, prénom, lieu et date de naissance, nationalité, adresse professionnelle ;
- b) nature, date et durée de la prestation, indications concernant le demandeur de la prestation et le lieu de la prestation ;
- c) le nom et l'adresse du ou des médecins et le cas échéant de l'établissement hospitalier chargés d'assurer la continuité des soins, en accord avec le malade, dans le cas où le prestataire est dans l'impossibilité d'assurer personnellement cette continuité des soins ;
- d) pour le médecin ressortissant d'un Etat non membre de la Communauté européenne, le nom et l'adresse du médecin qui l'a appelé en consultation.<sup>318</sup>

La déclaration devra être renouvelée à l'occasion de chaque nouveau séjour au Luxembourg au cours duquel le médecin pose des actes professionnels de médecin.<sup>319</sup>

Le collège médical tient un registre spécial dans lequel sont inscrits les professionnels effectuant une prestation de services. Il y est notamment fait mention de la date du titre l'autorisant à exercer et la durée probable de l'exercice.<sup>320</sup>

---

<sup>316</sup> Art. 2 du règlement grand-ducal du 25 novembre 1983, *op. cit.*

<sup>317</sup> Voir annexes du règlement grand-ducal du 25 novembre 1983, *op. cit.*

<sup>318</sup> Art. 3 du règlement grand-ducal du 25 novembre 1983, *op. cit.*

<sup>319</sup> Art. 4 du règlement grand-ducal du 25 novembre 1983, *op. cit.* Il existe cependant une exception pour les médecins qui exerce ses activités à titre de consultant ; dans ce cas, il pourra être dispensé par le Ministre de la Santé de faire une déclaration préalable pour chaque prestation de services dans le cadre de la mission spéciale qui lui est confiée.

<sup>320</sup> Art. 33 de la loi du 29 avril 1983, *op. cit.*

## **CHAPITRE VI – LA RESPONSABILITE MEDICALE**

Les médecins sont soumis à une pression de plus en plus forte de la part des patients qui attendent désormais des médecins non seulement une bonne réalisation du traitement, mais aussi une information complète sur le traitement ainsi que sur les risques inhérents. En outre, les patients n'acceptent plus certaines étapes du traitement comme étant une fatalité, mais ont tendance à soupçonner une faute médicale.<sup>321</sup>

En cas de préjudice, les voies de recours applicables sont les voies de recours existantes dans le pays dans lequel le préjudice a été subi, c'est-à-dire la pays où les soins ont été fournis. C'est la législation applicable en droit national et plus précisément le droit civil qui va s'appliquer avec toutes ses conséquences.<sup>322</sup>

A l'heure actuelle, en matière de responsabilité médicale, les systèmes juridiques restent encore différents les uns des autres. De plus, il est frappant de constater que presque tous les pays européens n'ont pas prévu de réglementations légales pour les questions de responsabilité des médecins. La question de la responsabilité est en fait traitée sur base des lois générales déjà existantes. C'est la raison pour laquelle le droit sur la responsabilité médicale est fortement imprégné de la jurisprudence.<sup>323</sup>

Notre propos de ce chapitre n'est pas d'être exhaustif en la matière mais simplement de donner un bref état des lieux, notamment pour la Belgique et la France.

### **1. L'information du patient :**

Il existe un consensus sur le fait qu'il est nécessaire d'informer le patient avant l'intervention. Si le patient n'est pas ou pas assez informé, le médecin court le risque de voir sa responsabilité engagée même si le préjudice survenu n'aurait pas pu être évité avec certitude. En effet, le patient n'est pas un spécialiste de la médecine et il est en droit d'avoir une image précise quant à la nécessité, aux risques et au déroulement du traitement.<sup>324</sup>

Une information insuffisante entraîne des conséquences différentes dans les divers pays. Dans la plupart des systèmes juridiques, un consentement non éclairé conduit à considérer tout le traitement comme illégal et à engager une responsabilité extensive pour dommages consécutifs.<sup>325</sup>

<sup>321</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, La responsabilité médicale, Importantes directives dans le cadre d'une comparaison au niveau européen, *Mathys*, mai 2004, p.2/8.

<sup>322</sup> Consultation de la Commission concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé, Position du Grand-Duché de Luxembourg, p.11.

<sup>323</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 2/8.

<sup>324</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 2/8.

<sup>325</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 4/8.

## 1.1 Etendue de l'information :

Des différences subsistent entre les pays sur l'étendue de l'information à transmettre. Dans tous les pays le patient doit être informé des risques graves liés à l'intervention prévue. Les risques imaginables n'ont quant à eux pas besoin d'être mentionnés. De même, si l'information du malade doit entraîner des dangers pour sa personne, la plupart des pays européens estime que le médecin n'est pas soumis à l'obligation d'information.<sup>326</sup>

### 1.1.1. en Belgique :

En Belgique, seule l'information sur les risques « normaux » est obligatoire. Les risques graves mais rares ou négligeables, même s'il s'agit de risques vraisemblables, ne doivent pas être communiqués.<sup>327</sup> Dans tous les cas, le patient doit recevoir les informations nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.<sup>328</sup>

### 1.1.2. en France :

En France, l'information sur les risques graves, même s'ils sont exceptionnels, doit être transmise au patient.<sup>329</sup> Il en va de même pour les risques fréquents.

La jurisprudence estime que cette information doit être claire, loyale, approximative et intelligible. L'information doit porter sur l'état du malade, la nature et la mise en œuvre du traitement ainsi que les risques et les précautions à prendre après l'acte médical.<sup>330</sup>

## 1.2 Forme de l'information :

Le consentement du patient par écrit est recommandé pour des raisons de preuves juridiques mais le patient peut faire part de son consentement sans formalité particulière. La simple remise au patient de documents d'information n'est pas suffisante pour l'informer correctement et un entretien personnel entre le médecin et le patient est par conséquent toujours nécessaire.<sup>331</sup>

### 1.2.1. en Belgique :

Si le consentement du patient ne peut être obtenu en raison de ses blessures, ou si, dans les cas où sa vie est mise en danger, une intervention urgente est indispensable, l'accord des parents proches, ou celui d'un représentant mandaté par écrit, est obligatoire.<sup>332</sup>

<sup>326</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, pp. 2/8 et 3/8.

<sup>327</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 3/8.

<sup>328</sup> Art. 7 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002.

<sup>329</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 3/8

<sup>330</sup> Pr. M. Le GUEUT-DEVELAY, La responsabilité médicale, 15 septembre 1998, sur [http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine\\_legale/responsabilite\\_medicale.htm](http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine_legale/responsabilite_medicale.htm)

<sup>331</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 3/8.

<sup>332</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 3/8.

### 1.2.2. en France :

Si le consentement du patient ne peut être obtenu en raison de ses blessures, ou si, dans les cas où sa vie est mise en danger, une intervention urgente est indispensable, l'accord des parents proches, ou celui d'un représentant mandaté par écrit, est obligatoire.<sup>333</sup>

## 1.3 La charge de la preuve :

### 1.3.1. en Belgique :

En Belgique, la preuve est à la charge du patient. Il appartient au patient non seulement de prouver un défaut d'information dans le chef du médecin mais il doit aussi établir un lien causal entre le défaut d'information et le dommage qu'il vante pour établir une responsabilité dans le chef du prestataire de soins.<sup>334</sup>

### 1.3.2. en France :

C'est le médecin qui doit prouver qu'il a dûment informé le patient avant l'intervention.<sup>335</sup> Cette preuve peut être apportée par tous moyens.<sup>336</sup>

## 2. L'erreur médicale :

### 2.1 Fondements des prétentions :

Il faut distinguer entre, d'une part, les prétentions délictuelles pour lesquelles aucun contrat n'est exigé mais qui se basent sur le fait qu'il existe des relations de droit entre les personnes qui doivent être respectées, et, d'autre part, les prétentions contractuelles qui elles découlent du contrat de soins entre le médecin et le patient. Dans la plupart des pays, il est possible de faire valoir ces deux types de prétentions ensemble.<sup>337</sup>

La condition pour engager la responsabilité est toujours et partout une faute du médecin. En général, c'est le reproche d'une négligence qui fait l'objet de la procédure. La faute réside dans le non respect des normes professionnelles exigées. Ainsi, une négligence même légère peut conduire à une condamnation.<sup>338</sup>

Lors de l'appréciation des soins, une différence est faite selon que les soins ont été réalisés par un médecin généraliste ou par un médecin spécialisé. De même, les situations imprévues d'urgence auront également une influence sur la gravité des faits reprochés.<sup>339</sup>

<sup>333</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 3/8.

<sup>334</sup> P. Muylaert, La responsabilité médicale, Evolution récente de la jurisprudence, *Acta Chir belg*, 2003, 103, 124-126.

<sup>335</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 4/8.

<sup>336</sup> Art. L1111-2 du Code de santé publique.

<sup>337</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 5/8.

<sup>338</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 5/8.

<sup>339</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 5/8.

### 2.1.1 en Belgique :

La législation applicable en la matière est la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, les articles 418 et suivants du Code pénal qui punit les blessures et l'homicide involontaires, les articles 1382 et suivants du Code civil qui stipulent que la personne qui a causé un dommage à autrui doit le réparer et les articles du Code civil relatifs à la responsabilité contractuelle (ceci suppose un contrat entre les parties, ce qui est exclu en cas d'urgence notamment).

En Belgique, aucune distinction n'est faite entre la responsabilité découlant d'un contrat ou d'un délit.<sup>340</sup>

Les obligations du médecin quant à la santé de son patient sont considérées généralement comme des obligations de moyen et non de résultat, parce qu'il ne semble pas possible de garantir la santé du patient vu la complexité du corps humain.<sup>341</sup> Ceci implique que le médecin mette en œuvre « tous les moyens » nécessaires pour tenter de guérir ou de soulager la douleur du patient.<sup>342</sup> Cependant, par un arrêt du 28 septembre 1995, la Cour de cassation a décidé que pour un chirurgien, l'obligation de ne rien oublier dans le corps de l'opéré est une obligation de résultat. D'autres juridictions considèrent qu'il y a une obligation de résultat dans l'analyse des radiographies, dans l'utilisation des appareils médicaux, dans les transfusions de sang, ...<sup>343</sup>

### 2.1.2 en France :

La législation applicable en la matière est le Code de santé publique, le Code civil et le Code pénal.

En France, il est fait application du principe de non cumul des prétentions délictuelles et contractuelles. Selon ce principe, les dispositions du Code civil sur la responsabilité délictuelle ne peuvent pas être appliquées en cas d'éventuelle erreur médicale sur le plan contractuel.

La France considère que la responsabilité contractuelle est celle du médecin libéral ou de l'hospitalier public qui pratique un acte libéral (activité privée à l'hôpital) parce qu'il se crée entre le médecin et le malade un contrat de soins.<sup>344</sup>

---

<sup>340</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 5/8.

<sup>341</sup> <http://www.bancpublic.be/PAGES/101rm.htm>

<sup>342</sup> <http://sos-net.eu.org/medical/resp.htm>

<sup>343</sup> <http://www.incisif.org/Guidequotidien/criserespmedic.html>

<sup>344</sup> Pr. M. Le GUEUT-DEVELAY, La responsabilité médicale, 15 septembre 1998, sur [http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine\\_legale/responsabilite\\_medicale.htm](http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine_legale/responsabilite_medicale.htm)

De plus, divers tribunaux peuvent être compétents : les tribunaux administratifs jugent la responsabilité des hôpitaux publics, sinon ce sont les tribunaux civils qui sont compétents.<sup>345</sup> En effet, lorsque le dommage résulte du fait d'un médecin hospitalier, c'est l'administration qui est mise en cause ; sa responsabilité est engagée du fait de son préposé.<sup>346</sup>

Le médecin en France a une obligation de moyen à l'égard de ses patients et non une obligation de résultat. Le médecin n'est pas tenu à un résultat déterminé, en l'espèce de guérir le malade, mais de faire le nécessaire pour que tous les soins lui soient donnés.<sup>347</sup> Cependant, certaines prestations telles que les transfusions sanguines, la vaccination obligatoire, la défectuosité d'un produit de santé, ... sont considérées comme des obligations de résultat et la faute du médecin sera alors présumée.<sup>348 349</sup>

Même si en général c'est le reproche d'une négligence, le non respect des normes professionnelles exigées, qui fait l'objet de la procédure, la France reconnaît une responsabilité sans faute en ce qui concerne les infections nosocomiales.<sup>350</sup> Les établissements de santé ne pourront donc se dégager de cette responsabilité qu'en prouvant l'existence d'une cause étrangère. Depuis la loi du 4 mars 2002<sup>351</sup>, les médecins libéraux ne sont pas concernés par cette responsabilité sans faute en cas d'infections nosocomiales ; pour pouvoir engager leur responsabilité en cas d'infections nosocomiales, il faudra prouver l'existence d'une faute.<sup>352</sup>

Ainsi, il faut considérer que le risque médical existe et doit être, en l'absence de faute du médecin ou de l'établissement de santé, supporté par le patient.<sup>353</sup>

## 2.2 Causalité et charge de la preuve :

En général, il appartient au patient de prouver l'erreur médicale, le préjudice subi et le lien de causalité entre la faute et le préjudice.<sup>354</sup>

<sup>345</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 5/8.

<sup>346</sup> Pr. M. Le GUEUT-DEVELAY, La responsabilité médicale, 15 septembre 1998, sur [http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine\\_legale/responsabilite\\_medicale.htm](http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine_legale/responsabilite_medicale.htm)

<sup>347</sup> <http://www.meimon-nisenbaum.avocat.fr/publications/meimon/id-38>

<sup>348</sup> <http://www.meimon-nisenbaum.avocat.fr/publications/meimon/id-38>

<sup>349</sup> La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé, *J.O.* du 05 mars 2002, a notamment créé un cas de responsabilité sans faute en cas de dommages causés par un produit de santé défectueux.

<sup>350</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 5/8.

<sup>351</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé, *J.O.* du 05 mars 2002.

<sup>352</sup> Pr. M. Le GUEUT-DEVELAY, La responsabilité médicale, 15 septembre 1998, sur [http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine\\_legale/responsabilite\\_medicale.htm](http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine_legale/responsabilite_medicale.htm)

<sup>353</sup> Pr. M. Le GUEUT-DEVELAY, La responsabilité médicale, 15 septembre 1998, sur [http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine\\_legale/responsabilite\\_medicale.htm](http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine_legale/responsabilite_medicale.htm)

<sup>354</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 5/8.



### 2.2.1 en Belgique :

En Belgique, le patient devait prouver l'erreur médicale, le préjudice subi et le lien de causalité entre la faute et le préjudice. Une action en justice dénuée de lien manifeste de causalité était la plupart du temps déboutée.<sup>355</sup>

Désormais, la nouvelle loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé<sup>356</sup> (qui entre en application le 01<sup>er</sup> janvier 2008) prévoit un mécanisme basé uniquement sur le dommage lié à une prestation de soins et non sur la faute.

Cette loi a pour but de réparer les dommages subis par les patients et leurs ayants droits, causés en Belgique par un prestataire de soins. Il faut une atteinte à l'intégrité physique du patient pendant et par une prestation de soins ayant pour conséquence un dommage anormal c'est-à-dire un dommage qui soit aurait pu être évité compte tenu de l'état du patient et des données de la médecine, soit était inévitable, mais sans commune mesure avec ce qui était probable. La victime devra uniquement prouver un dommage et non plus une faute.<sup>357</sup>

Cette nouvelle loi a pour conséquence que le prestataire de soins sera tenu de souscrire une assurance et le patient ou ses ayants droit ne pourront réclamer une indemnisation en droit commun qu'en cas de faute intentionnelle et de faute grave.<sup>358</sup>

### 2.2.2 en France :

Lorsqu'il s'agit d'une obligation de moyen, le patient doit prouver l'erreur médicale, le préjudice subi et le lien de causalité entre la faute et le préjudice. S'il est impossible de prouver que la faute du médecin a un lien de causalité avec le préjudice tardif subi par le patient, le médecin peut tout de même faire l'objet d'une condamnation. En effet, s'il s'avère qu'une évolution plus favorable aurait pu être imaginable lors d'un traitement ou d'un diagnostic antérieur, la France considère alors que le patient aurait pu obtenir un meilleur résultat s'il avait reçu des soins médicaux appropriés et qu'il a donc été privé d'une chance en ce sens : c'est le principe de la perte de chance qui s'applique.<sup>359</sup>

Par contre, lorsqu'il s'agit d'une obligation de résultat, la faute est présumée et il appartient donc au médecin de rapporter la preuve qu'il s'agit d'un cas de force majeure pour être exonéré.<sup>360</sup>

La loi du 4 mars 2002 a consacré le principe selon lequel la responsabilité des professionnels de santé ne pouvait être engagée que pour faute.<sup>361</sup>

---

<sup>355</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 7/8.

<sup>356</sup> Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.*, 06 juillet 2007.

<sup>357</sup> <http://www.bancpublic.be/PAGES/101rm.htm>

<sup>358</sup> La responsabilité médicale sans faute : que comporte la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé ?, Vanbreda, Risk & Benefits, juin 2007.

<sup>359</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 7/8.

<sup>360</sup> <http://www.meimon-nisenbaum.avocat.fr/publications/meimon/id-38>

<sup>361</sup> <http://www.jurisques.com/jfc21.htm>

## 2.3 L'estimation des indemnités :

### 2.3.1 en Belgique :

En Belgique, pour déterminer les indemnités, les tribunaux se basent sur un tableau qui indique les sommes à allouer. Ce tableau n'a aucune valeur contraignante mais sert de point de repère pour le juge compétent.<sup>362</sup>

Dans le cadre de la nouvelle loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, les indemnités allouées aux victimes sont plafonnées et versées par le Fonds des accidents soins de santé. Ce Fonds est assuré par une dotation annuelle à charge de l'Etat, une dotation annuelle à charge de l'INAMI et les primes versées par les prestataires de soins.

### 2.3.2 en France :

Contrairement aux autres pays, la France ne fait pas de distinction entre les préjudices matériels et les préjudices immatériels.<sup>363</sup>

---

<sup>362</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 7/8.

<sup>363</sup> RA Dr. Alexandra JORZIG, *op. cit.*, p. 7/8.

## **CHAPITRE VII – LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES ET SCIENTIFIQUES AINSI QUE LES ORGANISMES COMPETENTS**

### **1. En Belgique :**

#### **1.1. instances consultatives et décisionnelles :**

Dans chaque province de la Belgique, une *commission médicale* composée de représentants de diverses professions de la santé est instituée. Elles ont pour missions générales de proposer à l'autorité toutes mesures destinées à contribuer à la santé publique et d'assurer la collaboration efficace des praticiens de l'art médical à l'exécution des mesures destinées à prévenir ou combattre les maladies quaranténaires ou transmissibles. Elles ont notamment pour mission spéciale de veiller, sans préjudice de la compétence des personnes chargées par ou en vertu de la loi de missions de contrôle ou de surveillance, à ce que l'art médical soit exercé conformément aux lois et règlements et de rechercher et signaler au parquet tout cas d'exercice illégal de la médecine. Elles ont aussi comme missions spéciales le devoir de vérifier et de viser les titres des praticiens de l'art médical et de retirer le visa ou de subordonner son maintien lorsqu'un praticien ne réunit plus les aptitudes physiques ou psychiques pour poursuivre sans risque l'exercice de sa profession.

Une *commission médicale de recours* sert d'instance d'appel aux décisions prises par les commissions médicales provinciales lorsque ces dernières estiment qu'un praticien d'une profession de la santé ne réunit plus les aptitudes physiques ou psychiques pour poursuivre sans risques l'exercice de sa profession.

Un *Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes* est institué auprès du Ministère de la Santé publique et est chargé d'adresser au Ministre des propositions relatives à l'agrégation des médecins, des maîtres de stage et des services de stage.<sup>364</sup>

*Deux commissions d'agrégation*, une pour les médecins spécialistes, l'autre pour les médecins généralistes, sont également instituées auprès du Ministère de la Santé publique. Elles ont pour mission d'une part, de donner un avis sur le plan de stage introduit par le candidat et de proposer éventuellement des dérogations aux critères d'agrégation dans les limites des directives et des recommandations et d'autre part, de surveiller l'exécution du plan de stage dans tous ses éléments tant par le maître de stage que par le candidat.<sup>365</sup>

<sup>364</sup> A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *M.B.* 27 avril 1984.

<sup>365</sup> A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *M.B.* 27 avril 1984.

La *Commission de planification de l'offre médicale* détermine les besoins en matière d'offre médicale en fonction de l'évolution des techniques, de la démographie, de l'évolution sociale, ...<sup>366</sup> et évalue son impact sur l'accès aux études.<sup>367</sup>

L'*Ordre des médecins* a quant à lui été créé en 1938 et comprend tous les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, domiciliés en Belgique et inscrits au tableau de l'Ordre de la province dans laquelle est situé leur domicile.<sup>368</sup>

## 1.2. associations professionnelles et scientifiques :

L'*Association professionnelle belge des médecins du travail* a pour objectifs principaux de promouvoir et de maintenir l'exercice d'une médecine du travail conforme aux connaissances scientifiques enseignées et de participer à l'organisation technique, économique, juridique et sociale de la médecine du travail.

Le *Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes* rédige des rapports annuels et assurent des publications à l'attention des médecins spécialistes.

La *Société Scientifique de Médecine Générale* a pour but essentiel la promotion scientifique du médecin généraliste.<sup>369</sup>

Les *Cercles de médecine générale* sont des structures légales élaborées sous forme d'ASBL et qui organisent notamment au niveau régional les services de garde sur un territoire déterminé.

## 2. En France :

### 2.1. instances consultatives et décisionnelles :

Le *Conseil National de l'Ordre des Médecins* est chargé de la défense et de la régulation de la profession médicale. Il « *veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétences et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie (...). Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale. Il peut organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit* ». <sup>370</sup>

<sup>366</sup> Les systèmes de santé à l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle, p.82.

<sup>367</sup> Les soins de santé en Belgique, Défis et opportunités, 24 décembre 1999, p. 159.

<sup>368</sup> A.R. n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.* 14 novembre 1967.

<sup>369</sup> <http://www.ssmg.be/new/>

<sup>370</sup> Art. L 4121-2 du Code de la santé publique

Il s'agit d'un organisme professionnel, administratif et juridictionnel qui se compose de conseils de différents niveaux ayant chacun une mission particulière :

- le **Conseil Départemental de l'Ordre** doit assurer :
  - la gestion du tableau de l'Ordre (attribution du numéro ADELI)
  - la gestion des autorisations d'installation des médecins dans le département
  - le contrôle du libellé des ordonnances et références des médecins
  - l'examen des contrats passés entre médecins
  - la délivrance des autorisations de remplacement
  - la délivrance du caducée médical
- le **Conseil Régional de l'Ordre** constitue la première instance disciplinaire des médecins. Il statue à la suite de plaintes de particuliers ou de praticiens, il règle les conflits résultant des élections des conseils départementaux et ceux lors de l'inscription au tableau de l'Ordre.
- le **Conseil National de l'Ordre** constitue l'instance disciplinaire d'appel (section disciplinaire). Il représente la profession médicale auprès des pouvoirs publics et institutions, notamment des caisses d'assurance maladie. Il délivre les cartes professionnelles et conçoit, rédige ou adapte le Code de déontologie médicale.

Le Code de déontologie médicale, intégré au Code de la santé publique régit le mode d'exercice du corps médical. Il est édicté sous forme de décret en Conseil d'Etat et constitue donc un texte de nature réglementaire dont le respect est assuré par le Conseil de l'Ordre.

Le **Conseil d'Etat** contrôle les excès de pouvoir du Conseil de l'Ordre en matière administrative et veille à la légalité des décisions prises par le Conseil national en matière disciplinaire. La section disciplinaire du Conseil National est présidée par un conseiller d'Etat, également membre de l'Ordre.

## 2.2. associations professionnelles et scientifiques :

La **Fédération des médecins de France** « participe à la construction d'un système conventionnel garantissant à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité dans le respect du libre choix du malade et de la liberté de prescription du médecin. Consciente des difficultés économiques de la conjoncture et de leurs conséquences sur les recettes de l'assurance maladie, l'Assemblée Générale de la FMF s'engage à contribuer en ce qui la concerne, à la maîtrise médicalisée et concertée des dépenses de l'assurance maladie dans le maintien de la qualité et sans restriction des soins ». <sup>371</sup> Les objectifs de la Fédération sont donc la maîtrise de l'évolution des dépenses par le « bon usage des soins » et la maîtrise d'une médecine de qualité au meilleur coût.

La FMF soutient également les mouvements de protestation des étudiants en médecine, des internes spécialistes de médecine générale, des internes de spécialité, des Chefs de Clinique Assistants des Hôpitaux, concernant l'atteinte à la liberté d'installation libérale par des mesures conventionnelles coercitives.

<sup>371</sup> [http://www.fmfpro.com/article.php3?id\\_article=2](http://www.fmfpro.com/article.php3?id_article=2)

Le *syndicat des médecins libéraux* est un syndicat représentatif des médecins généralistes et spécialistes qui se bat pour la défense de la médecine libérale.<sup>372</sup>

Le *syndicat médical français* est une confédération de syndicats départementaux regroupant des médecins généralistes et spécialistes et soutient une médecine libérale et sociale. Il se bat pour le maintien d'un paiement à l'acte prépondérant, sans exclure la diversification des modes de rémunération.<sup>373</sup>

*L'Union régionale des médecins Libéraux* est née de la volonté de la profession médicale de créer un outil indépendant, géré par elle et destiné à rassembler tous les médecins libéraux conventionnés d'une même région. Les Unions sont des organismes de droit privé, d'intérêt public, à but non lucratif, qui représentent la totalité des médecins libéraux ayant une activité conventionnée dans une même région. Il existe 26 Unions Régionales en France (22 régions et 4 départements d'outre-mer), réunissant plus de 120 000 médecins libéraux.

Les missions des Unions sont complémentaires de celles des autres organismes représentant la médecine libérale, l'Ordre des médecins garant de l'éthique et de la déontologie, ou les syndicats défenseurs de la profession.<sup>374</sup>

### **3. Au Grand-Duché de Luxembourg :**

#### **3.1. instances consultatives et décisionnelles :**

La loi du 8 juin 1999<sup>375</sup> institue le *collège médical*<sup>376</sup> qui regroupe des représentants des médecins, médecins-dentistes et pharmaciens. Il a pour missions :

- « *de veiller à la sauvegarde de l'honneur, de maintenir et de défendre les principes de dignité, de probité, de délicatesse et de compétence devant régir les professions de médecin, de médecin-dentiste et de pharmacien ;*
- *de veiller à l'observation des règles déontologiques s'appliquant aux médecins, aux médecins-dentistes et aux pharmaciens ;*
- *d'étudier toutes les questions relatives à l'art de guérir et à la santé dont il sera saisi par le Ministre de la santé ou dont il jugera utile de se saisir ;*
- *d'émettre un avis sur tous les projets de loi et de règlement concernant les professions de médecins, de médecin-dentiste, de pharmacien ou d'autres professions de la santé ou encore relatifs au secteur hospitalier. »*<sup>377</sup>

Pour ce faire, il édicte le Code de déontologie<sup>378</sup> et tient le registre professionnel<sup>379</sup>.

<sup>372</sup> <http://www.gie-sml.fr/lesml/index.php?page=nosOrientations>

<sup>373</sup> [http://www.csmf.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=97&itemid=118](http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=97&itemid=118)

<sup>374</sup> <http://www.union-lorraine.org/default.php>

<sup>375</sup> Loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical, *Mémorial*, 26 juin 1999.

<sup>376</sup> <http://www.collegemedical.lu/Default.htm>

<sup>377</sup> Art. 2 de la loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical, *Mémorial*, 26 juin 1999.

<sup>378</sup> <http://www.collegemedical.lu/Deontologie.htm>

<sup>379</sup> <http://www.collegemedical.lu/Scripts/sql.exe?SqlIDB=CM&Sql=Default.phs>

Le Collège médical comprend un conseil de discipline qui exerce le pouvoir de discipline en cas de violation des prescriptions légales, réglementaires et déontologiques concernant l'exercice de la profession, en cas de fautes et négligences professionnelles graves et en cas de faits contraires à l'honorabilité et à la dignité professionnelles.<sup>380</sup>

### 3.2. associations professionnelles et scientifiques :

*L'Association luxembourgeoise des étudiants en médecine (ALEM)* a pour but de "resserrer les liens et de favoriser les contacts professionnels et humains et les échanges de vues entre étudiants en médecine et en médecine dentaire et médecins-stagiaires, en vue de concentrer et d'étudier les problèmes professionnels, culturels et matériels les concernant, de conseiller les jeunes se destinant aux professions médicales et d'élaborer et proposer aux autorités toutes solutions aptes à améliorer les études médicales et la situation matérielle, intellectuelle et morale des étudiants en médecine et en médecine dentaire et des médecins-stagiaires" (Art. 3 des statuts). Ses activités vont de la défense des intérêts des étudiants en médecins auprès des autorités compétentes à l'édition de la « Démographie médicale du Luxembourg ». <sup>381</sup>

*L'Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)* a pour but de représenter le corps médical et médico-dentaire à tous les niveaux décisionnels du secteur de la Santé et de faire valoir leurs intérêts et leurs besoins au niveau ministériel et gouvernemental et parlementaire, au niveau de l'Union des Caisses de Maladie ( UCM ) et de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale ( IGSS ), au niveau de la Direction de la santé et de ses structures et commissions annexes et à l'intérieur de la Commission de surveillance et de la nomenclature. Cette association vise également à défendre les intérêts financiers du corps médical et médico-dentaire. <sup>382</sup>

---

<sup>380</sup> Art. 19 de la loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical, *Mémorial*, 26 juin 1999.

<sup>381</sup> <http://www.alem.lu>

<sup>382</sup> <http://ammd.lu/presentation.html>

## **CONCLUSION**

Comment améliorer l'accès aux soins et, particulièrement, comment apporter des réponses aux difficultés générées par la pénurie de prestataires dans certains espaces du territoire couvert par le projet Luxlorsan ? Telles étaient les questions de départ de la démarche du GEIE LUXLORSAN qui a débouché sur le présent rapport.

Traiter de la « mobilité des prestataires » apparaît indispensable dans un espace où le brassage de médecins est élevé, du fait des caractéristiques de l'offre de soins au Grand Duché de Luxembourg et de l'attractivité économique de ce bassin d'emploi, des difficultés socio-économiques rencontrées dans certaines zones de la Lorraine et de la taille relativement limitée de la population de la province du Luxembourg implantée sur un territoire étendu.

Au cours des dernières années, connaître les dispositions en vigueur en matière de mobilité des professionnels de santé est apparu comme une nécessité impérieuse dans ce territoire transfrontalier de l'Union européenne traversé par trois frontières.

Ce rapport doit permettre aux prestataires, aux gestionnaires des établissements de soins, à tous les organismes préoccupés par les problèmes de démographie médicale de traiter les questions qui se posent juridiquement et concrètement en matière de mobilité des prestataires. Quel est le contenu de la législation applicable ? Quelles sont les procédures à respecter ? Quid de la responsabilité médicale ? Telles sont les questions centrales traitées dans ce rapport.

Ce document est un outil d'information indispensable au moment où la tendance à l'internationalisation du secteur de la santé s'accroît, compte tenu notamment de la nécessité de recourir à des prestataires étrangers pour répondre aux difficultés engendrées par la pénurie de médecins dans certaines régions.

La dynamique d'internationalisation s'est accentuée dans le champ de la santé au sein de l'UE avec le Traité de Maastricht, par la création du Marché Intérieur et depuis 2000, avec l'adoption de la « Stratégie de Lisbonne ». Mais, la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE) a également contribué à ce mouvement, par la jurisprudence qu'elle a créée au départ d'affaires portant sur l'octroi de remboursements de soins dispensés à l'étranger. Aujourd'hui, les principes mis en œuvre, de libre établissement et de libre prestation de service, favorisent la mobilité des professionnels de santé. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que, même si les différentes professions de santé font l'objet de formations relativement homogènes d'un pays à l'autre, et même si un socle minimum de compétences semble être identifiable, la qualité et les performances des professionnels lors de leur entrée sur le marché du travail, restent disparates.



Au-delà des textes adoptés, pour éviter toute dérive, une coordination communautaire semble nécessaire. Une stratégie concertée permettrait sans doute d'éviter que les pays les plus pauvres se vident de leurs médecins, attirés par des pays communautaires offrant des conditions d'exercice plus rémunératrices ou plus satisfaisantes. Dans le même ordre d'idées, l'absence de stratégie concertée pourrait conduire certains Etats membres à moins investir dans la formation des professionnels de santé, comptant sur la mobilité des praticiens des autres Etats membres.

Le constat d'une Europe à plusieurs strates, découvrant des pays à excédent de médecins et d'autres en déficit, pourrait laisser croire qu'un équilibre est possible à l'intérieur de l'Union européenne. Cette idée est, d'ailleurs, à l'origine des textes communautaires organisant la libre circulation des professionnels de santé par la reconnaissance mutuelle des diplômes. Pourtant, le recours aux dispositifs instaurant la libre circulation des prestataires reste faible. En revanche, le développement de coopérations transfrontalières paraît une opportunité pour faciliter et accroître la mobilité des professionnels de santé par la recherche de simplification des procédures juridiques et administratives, qui constituent des freins au flux de médecins d'un pays à l'autre. Le prestataire qui fait le choix de la mobilité, qu'elle soit occasionnelle ou permanente, devra se conformer à la législation du pays d'accueil. Il devra se plier aux obligations légales auxquelles les médecins sont soumis et s'informer des procédures spécifiques en vigueur.

En raison du manque d'uniformité du cadre législatif des Etats membres à laquelle s'ajoute la diversité des procédures administratives dans les pays de l'UE, les médecins qui se disent prêts à franchir les frontières sont freinés dans leur élan. A cela, s'ajoutent les difficultés linguistiques, le manque de communication et la méconnaissance des systèmes de santé, les obstacles d'ordre financier, administratif ou juridique ...

Ceci illustre la nécessité de se doter d'outils d'information et de communication de qualité et facilement accessibles, pour disposer des éléments nécessaires à l'exercice de la médecine à l'étranger, mais aussi d'un recueil de données utiles à la compréhension de l'environnement dans lequel le médecin migrant sera amené à évoluer.

Ce rapport est une pierre à l'édifice de la construction d'instruments traitant les différentes facettes de la problématique de la mobilité des professionnels de santé dans l'UE. Il permet de disposer de l'inventaire des règles et des procédures. Il dresse un état des lieux et donne une vue d'ensemble des difficultés rencontrées en ce domaine.

## **BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES INTERNET**

### **1. Doctrine :**

- Guide pour l'utilisateur du système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, Commission européenne, DG Marché intérieur, Libre circulation des marchandises, professions réglementées et services postaux, professions réglementées Quant aux qualifications, Markt/D/8327/2001-FR.
- Ordres des médecins, Conseil national, Colloque sur la mobilité transfrontalière des médecins, 23.11.2004, exposé introductif.
- J. PERTEK, *L'Europe des professionnels de la santé, In L'Europe et les soins de santé, Larcier, 2005.*
- Rapport au parlement européen et au conseil sur l'état d'application du système général de reconnaissance des diplômes de l'enseignement supérieur, établi selon l'article 13 de la directive 89/48/CEE, Commission des Communautés européennes, Bruxelles, 15 février 1996.
- Reconnaissance mutuelle des diplômes des nouveaux Etats membres dans le cadre des directives sectorielles, Commission européenne, DG Marché intérieur, libre circulation des marchandises, professions réglementées et services postaux, professions réglementées, Bruxelles, 09 janvier 2007, Markt/C/3/6925/2004-2.
- Plan 2006-2007 pour le développement de la médecine générale en Belgique, SPF Santé publique.
- Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg - Province de Luxembourg, Septembre 2004.
- Université Libre de Bruxelles, dispositions concernant les études de médecine, informations 2007-2008.
- La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni (étude monographique), Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS), Etudes et résultats, n°120, juin 2001.
- Les systèmes de santé à l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle.
- Les soins de santé en Belgique, Défis et opportunités, 24 décembre 1999.

- Systèmes de santé en transition, France, in European Observatory on Health Systems and Policies, vol. 6, N°2, 2004.
- Droit de la santé publique, 2<sup>ème</sup> partie – le système hospitalier, *Dalloz*, 2004.
- Pr. Yvon BERLAND, Mission « Démographie médicale hospitalière », septembre 2006.
- Haute Autorité de Santé, Accréditation des médecins, L'accréditation des médecins : mode d'emploi, Médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque en établissements de santé publics ou privés, mai 2007.
- L'accès des prestataires médicaux établis dans l'Union européenne aux patients français, Des difficultés d'adaptation du droit national à de nouvelles formes de concurrence, *In Dossier Services sociaux et concurrence, RDSS*, septembre-octobre 2006, N°5/2006.
- RA Dr. Alexandra JORZIG, La responsabilité médicale, Importantes directives dans le cadre d'une comparaison au niveau européen, *Mathys*, mai 2004.
- Consultation de la Commission concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé, Position du Grand-Duché de Luxembourg.
- Pr. M. Le GUEUT-DEVELAY, La responsabilité médicale, 15 septembre 1998.
- P. MUYLAERT, La responsabilité médicale, Evolution récente de la jurisprudence, *Acta Chir belg.*, 2003, 103.
- La responsabilité médicale sans faute : que comporte la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé ?, Vanbreda, Risk & Benefits, juin 2007.
- Les soins de santé en Belgique, Défis et opportunités, 24 décembre 1999.

## **2. Jurisprudence :**

- C.J.C.E., 30.04. 1986, affaire 96/85, Commission/France, n°15.
- C.J.C.E., 17/06/1997, affaire C-70/95, Sodemare, n°26.
- C.J.C.E., 30/11/1995, affaire C-55/94, Gebhard, n°23.
- C.J.C.E., 07/07/1988, affaire C-143/87, Stanton, n°12.
- C.J.C.E., 21/06/1974, affaire C-2/74, Reyners, n°24.
- C.J.C.E., 11 juillet 2002, *Gräbner*, C-294/00, Rec., p.I-6515.
- C.J.C.E., 7 mars 2002, *Commission c/Italie*, C-145/99, Rec., p.I-2235.
- C.J.C.E., 7 mai 1991, *Vlassopoulou*, C-340/89, Rec., p.I-2357- p.I-2379.
- C.J.C.E., 15 octobre 1986, *Heylens*, C-222/86, Rec., p.4097.
- C.J.C.E., 9 février 1994, *Tawil-Albertini*, C-154/93, Rec., p.I-451.
- C.J.C.E., 14 septembre 2000, *Hocsman*, C-239/98, Rec., p.I-6623.

### **3. Législation :**

#### **3.1. législation européenne :**

- L'article 2 de la directive 89/48/CEE.
- L'article 2 de la directive 92/51/CEE.
- Directive 75/362/CEE du conseil du 16 juin 1975.
- Directive 75/363/CEE du conseil du 16 juin 1975.
- Directive 86/457/CEE du conseil du 15 septembre 1986.
- L'article 5, 2, al.2 de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005.
- Directive 89/48/CEE, JO L 19 du 24 janvier 1989.
- Directive 92/51/CEE, JO L 209 du 24 juillet 1992.
- Directive 93/16/CEE, JO L 165 du 07 juillet 1993.
- Directive 2001/19/CE, JO L 206 du 31.07.2001.
- Annexes V et VI de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, *JOUE* L255/22, 30.09.2005.
- Art. 11 du règlement CEE n°1612/68 relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté, *J.O.* n°257 du 19 octobre 1968.

#### **3.2. législation belge :**

- A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *M.B.* 27 avril 1984.
- Code de déontologie médicale.
- Décret de la Communauté française du 01 juillet 2005 relatif aux études de médecine et de dentisterie, *M.B.* 31 août 2005.
- Décret de la Communauté française du 31 mars 2004 définissant l'enseignement supérieur, favorisant son intégration à l'espace européen de l'enseignement supérieur et refinançant les universités, *M.B.* 18 juin 2004.
- A.R. du 8 décembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale, *M.B.* 22 décembre 2006.
- A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 14 novembre 1967.
- A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.* 14 novembre 1967.
- Arrêté Ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, *M.B.* 27 février 2006.
- Loi du 19 février 1965 relative à l'exercice, par les étrangers, des activités professionnelles indépendantes, *M.B.* 26 février 1965, modifiée par la loi du 28 juin 1984 relative à certains aspects de la condition des étrangers et instituant le Code de la Nationalité belge, *M.B.* 12 juillet 1984.
- Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.* 06 juillet 2007.
- A.R. du 08 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes, *M.B.* 05 octobre 2002.

- A.R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés, *M.B.* 14 décembre 2002.
- A.R. du 15 septembre 2006 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement, *M.B.* 28 septembre 2006.
- A.R. du 04 juin 2003 déterminant les zones d'action positive des grandes villes, *M.B.* 20 juin 2003.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002.
- A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *M.B.* 27 avril 1984.

### 3.3. législation française :

- Loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.
- Code de la santé publique.
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, *J.O.*, 17 août 2004.
- Code de l'action sociale et des familles qui énumère les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Code de la sécurité sociale.
- Circulaire DSS/DACI/2005 du 27 mai 2005.
- Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Code de déontologie médicale.
- Décret n°99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie, *J.O.* du 11 novembre 1999.
- Arrêté interministériel du 18 juin 1981 sur la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin délivrés par les Etats membres de la CEE, *J.O.* du 28 juin 1981, modifié par arrêté interministériel du 06 août 1985, *J.O.* du 24 août 1985, par arrêté interministériel du 15 mai 1986, *J.O.* du 07 juin 1986, par arrêté interministériel du 15 mai 1986, *J.O.* du 23 mai 1986, par arrêté interministériel du 31 juillet 1990, *J.O.* du 06 septembre 1990, par arrêté interministériel du 03 juillet 1991, *J.O.* du 10 juillet 1991, par arrêté interministériel du 09 mai 1994, *J.O.* du 10 juin 1994 et par arrêté interministériel du 10 mai 1999, *J.O.* du 17 juin 1999.
- Loi n°2001-1117 du 28 novembre 2001, *J.O.* du 29 novembre 2001.
- Décret n°2005-481 du 17 mai 2005 modifiant le Code de déontologie médicale, *J.O.* du 18 mai 2005.
- Arrêté du 27 mai 1998 relatif à la mise en place d'un nouveau traitement automatisé de gestion des listes départementales des professions réglementées par le Code de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale, *J.O.* du 17 juillet 1998.
- Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *J.O.* du 05 mars 2002.
- Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé, *J.O.* du 23 juillet 2006.

- Loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, *J.O.* du 24 février 2005.
- Loi du 04 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, *J.O.* du 05 février 1995.
- Loi du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du Pacte de relance pour la ville, *J.O.* du 15 novembre 1996.
- Décret du 02 janvier 2006 pris en application de l'article L162-5-4 du Code de la sécurité sociale, *J.O.* du 03 janvier 2006.
- Décret n°2007-973 du 15 mai 2007, *J.O.* du 16 mai 2007.
- Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n°20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005, *J.O.* du 28 mars 2007.
- Décret 2006-1223 du 05 octobre 2006 fixant pour certains médecins le seuil des revenus prévus à l'article L643-6 du Code de sécurité sociale, *J.O.* du 06 octobre 2006.
- Décret n°2007-1438 du 04 octobre 2007 relatif aux prestations de services réalisées en France par des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ressortissants d'un autre Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique européen et modifiant le Code de la santé publique, *J.O.* du 06 octobre 2007.

#### 3.4. législation luxembourgeoise :

- Loi du 29 avril 1983, Texte coordonné du 10 octobre 1995 de la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire telle qu'elle a été modifiée, *Mémorial 084* du 10 octobre 1995.
- Loi du 24 février 1984 sur le régime des langues, *Mémorial* du 27 février 1984.
- Règlement grand-ducal du 13 février 2004 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 10 juin 1997 portant fixation de la liste des spécialités en médecine reconnues au Luxembourg ainsi que la détermination des conditions de formation à remplir en vue de la reconnaissance de ces titres, *Mémorial* du 27 février 2004.
- Règlement grand-ducal du 10 septembre 2004 fixant les critères d'homologation des titres et grades étrangers en droit, médecine, médecine dentaire, médecine vétérinaire et en pharmacie et, en vue de l'admission au stage pour le professorat de l'enseignement secondaire, en sciences humaines et en philosophie et lettres, ainsi qu'en sciences naturelles et en sciences physiques et mathématiques, *Mémorial* du 29 septembre 2004.
- Règlement grand-ducal du 20 novembre 1984 fixant la procédure à suivre pour obtenir l'autorisation d'exercer la profession de médecin et de médecin-dentiste, *Mémorial* du 22 novembre 1984, rectifié, *Mémorial* du 12 décembre 1984.
- Règlement grand-ducal du 12 mai 2000 fixant les modalités et les conditions en vue de l'obtention d'une aide financière pour les médecins en voie de spécialisation, *Mémorial* du 02 juin 2000, modifié par le règlement grand-ducal du 22 février 2002, *Mémorial* du 20 mars 2002.
- Règlement grand-ducal du 25 novembre 1983 fixant les conditions et les modalités de la prestation de services du médecin et du médecin dentiste, *Mémorial* du 02 décembre 1983.
- Loi du 08 juin 1999 relative au Collège médical, *Mémorial* 26 juin 1999.

#### 4. Sitographie :

[https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512705&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_menu=menu\\_3](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512705&_dad=portal&_schema=PORTAL&_menu=menu_3)  
[https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512728&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_menu=menu\\_3\\_1\\_5](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512728&_dad=portal&_schema=PORTAL&_menu=menu_3_1_5)  
[https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512757&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_menu=menu\\_3\\_2\\_5](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512757&_dad=portal&_schema=PORTAL&_menu=menu_3_2_5)  
<http://www.inami.fgov.be/care/fr/attestation/index.htm>  
<http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/general-information/agreements/2006-2007/index.htm>  
<http://www.inami.fgov.be/secure/fr/insurers/contacts/index.htm>  
<http://europa.eu/scadplus/leg/fr/lvb/123021.htm>  
[http://www.droitbelge.be/actualites\\_print.asp?id=416](http://www.droitbelge.be/actualites_print.asp?id=416)  
[http://www.acg-avocat.com/Commentaire\\_arret\\_hocsman.htm](http://www.acg-avocat.com/Commentaire_arret_hocsman.htm)  
<http://www.gip-cps.fr/>  
[https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/accueil\\_fichiers/pres\\_adeli.htm](https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/accueil_fichiers/pres_adeli.htm)  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/free\\_movement/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/free_movement/index_fr.htm)  
[http://ec.europa.eu/internal\\_market/services/principles\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/services/principles_fr.htm)  
[http://www.europe-international.equipement.gouv.fr/article.php3?id\\_article=17](http://www.europe-international.equipement.gouv.fr/article.php3?id_article=17)  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/free\\_movement/treatment\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/free_movement/treatment_fr.htm)  
<http://ec.europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c10525.htm>  
[http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3\\_2\\_3\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/3_2_3_fr.htm)  
<http://www.ciep.fr/enic-naricfr/rediplue.htm>  
[http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/general-system\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_fr.htm)  
[http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/specific-sector\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sector_fr.htm)  
[http://europa.eu/geninfo/legal\\_notices\\_en.htm](http://europa.eu/geninfo/legal_notices_en.htm)  
<http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11065.htm>  
[http://www.7sur7.be/hlms/cache/det/art\\_493165.html](http://www.7sur7.be/hlms/cache/det/art_493165.html)  
[http://www.pressreleases.be/script\\_FR/newsdetail.asp?ID=40775](http://www.pressreleases.be/script_FR/newsdetail.asp?ID=40775)  
[http://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56.512866&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56.512866&_dad=portal&_schema=PORTAL)  
<http://www.uclouvain.be/1536.html>  
<http://www.uclouvain.be/prog-2007-med2m.html>  
<http://www.gbs-vbs.org/gbs/index.asp>  
<http://www.mc.be/fr/100/selfservice/prestataires/index.jsp>  
<http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/accreditation/individual-accreditation/conditions-accreditation.htm>  
<http://www.inami.fgov.be/insurer/fr/rate/medecins>  
[www.web.ordre.medecin.fr/actualite/presentationcollaborateur.pdf](http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/presentationcollaborateur.pdf)  
[http://www.uni.lu/formations/fstc/bachelor\\_academique\\_en\\_sciences\\_de\\_la\\_vie\\_medecine](http://www.uni.lu/formations/fstc/bachelor_academique_en_sciences_de_la_vie_medecine)  
[https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/accueil\\_fichiers/pres\\_adeli.htm](https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/accueil_fichiers/pres_adeli.htm)  
<http://www.sante.gouv.fr/cerfa/adeli/80496094.pdf>  
[www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/formulaires/S3124.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3124.pdf)  
<http://www.sfm.org/>  
<http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/impulseo/index.htm>  
[http://www.ecosubsibru.be/index.cfm?fuseaction=aides.aides\\_one&aide\\_id=211&language=FR](http://www.ecosubsibru.be/index.cfm?fuseaction=aides.aides_one&aide_id=211&language=FR)  
<http://www.fonds.org/eCache/DEF/720.bGlkPUZS.html>  
<http://www.pays-loire.assurance-maladie.fr/>

<http://www.urcam.assurance-maladie.fr/10382.0.html>  
[http://195.234.184.64/web-Fr/fr/News/IX01-ann6\\_2007.htm](http://195.234.184.64/web-Fr/fr/News/IX01-ann6_2007.htm)  
[http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine\\_legale/responsabilite\\_medicale.htm](http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/medecine_legale/responsabilite_medicale.htm)  
<http://www.bancpublic.be/PAGES/101rm.htm>  
<http://sos-net.eu.org/medical/resp.htm>  
<http://www.incisif.org/Guidequotidien/criserespmedic.html>  
<http://www.meimon-nisenbaum.avocat.fr/publications/meimon/id-38>  
<http://www.jurisques.com/jfc21.htm>  
<http://www.ssmg.be/new/>  
[http://www.fmfpro.com/article.php3?id\\_article=2](http://www.fmfpro.com/article.php3?id_article=2)  
<http://www.gie-sml.fr/lesml/index.php?page=nosOrientations>  
[http://www.csmf.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=97&itemid=118](http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=97&itemid=118)  
<http://www.union-lorraine.org/default.php>  
<http://www.collegemedical.lu/Default.htm>  
<http://www.collegemedical.lu/Deontologie.htm>  
<http://www.collegemedical.lu/Scripts/sql.exe?SqlDB=CM&Sql=Default.phs>  
<http://www.alem.lu>  
<http://ammd.lu/presentation.html>



## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : LE DROIT COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>3</b>
<b>1. LES PRINCIPES DU TRAITE INSTITUANT LA COMMUNAUTE EUROPEENNE.....</b>	<b>3</b>
1.1. LES PRINCIPES .....	3
1.2. LA LIBRE CIRCULATION DES TRAVAILLEURS .....	4
1.3. LA LIBERTE D'ETABLISSEMENT .....	4
1.4. LA LIBRE PRESTATION DE SERVICES .....	5
1.5. L'EGALITE DE TRAITEMENT .....	5
1.6. L'ARTICLE 47 DU TRAITE CE .....	6
<b>2. LA RECONNAISSANCE MUTUELLE DES TITRES ET DIPLOMES .....</b>	<b>6</b>
2.1. LE SYSTEME GENERAL .....	7
2.2. LES SECTEURS SPECIFIQUES.....	11
2.2.1. <i>Directive 93/16/CEE</i> .....	12
2.2.2. <i>Directive 2001/19/CE</i> .....	13
2.3. LA DIRECTIVE 2005/36/CE.....	14
2.3.1. <i>Quant à la libre prestation de services</i> .....	14
2.3.2. <i>Quant à la liberté d'établissement</i> .....	15
2.3.2.1. Le régime général de reconnaissance des qualifications professionnelles.....	15
2.3.2.2. Le régime de reconnaissance automatique pour des professions spécifiques.....	16
2.3.2.3. Le régime de reconnaissance automatique par l'expérience professionnelle .....	17
<b>CHAPITRE II : LE STATUT DES MEDECINS.....</b>	<b>18</b>
<b>1. LE SYSTEME BELGE.....</b>	<b>18</b>
1.1. CONCEPTION DE LA MEDECINE .....	18
1.2. FORMATION.....	19
1.3. PROGRAMMATION .....	20
1.4. INTERVENTION DE L'ASSURANCE-MALADIE.....	21
<b>2. LE SYSTEME FRANCAIS.....</b>	<b>23</b>
2.1. CONCEPTION DE LA MEDECINE .....	23
2.1.1. <i>Les médecins hospitaliers</i> .....	24
2.1.1.1. Les praticiens hospitaliers à plein temps .....	24
2.1.1.2. Personnels enseignants et hospitaliers des CHU .....	25
2.1.1.3. Les praticiens à temps partiel .....	26
2.1.2. <i>Les médecins libéraux</i> .....	26
2.1.3. <i>Les médecins vacataires</i> .....	27
2.1.4. <i>Le parcours de soins coordonné</i> .....	27
2.2. FORMATION.....	28
2.3. PROGRAMMATION .....	29
2.4. INTERVENTION DE L'ASSURANCE-MALADIE.....	30

<b>3. LE SYSTEME LUXEMBOURGEOIS .....</b>	<b>31</b>
3.1. CONCEPTION DE LA MEDECINE .....	31
3.2. FORMATION.....	32
3.3. PROGRAMMATION .....	33
3.4. INTERVENTION DE L'ASSURANCE-MALADIE.....	34
<b>CHAPITRE III : LA PROCEDURE D'INSTALLATION .....</b>	<b>34</b>
<b>1. LE SYSTEME BELGE.....</b>	<b>34</b>
1.1. ETRE RESSORTISSANT D'UN ETAT MEMBRE .....	34
1.2. FAIRE RECONNAITRE SON DIPLOME .....	34
1.3. FAIRE VISER SON DIPLOME .....	39
1.4. S'INSCRIRE AUPRES DE L'ORDRE DES MEDECINS.....	39
1.5. ETRE AGREE PAR LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE .....	40
1.6. S'ENREGISTRER AUPRES DE L'INAMI.....	40
1.7. COMMANDER DES ATESTATIONS DE SOINS DONNES .....	40
1.8. DEMANDER DES CARNETS DE PRESCRIPTION .....	41
1.9. ADHERER OU NON A LA CONVENTION MEDICO-MUTUALISTE .....	41
1.10. REMPLIR DES FORMALITES COMMUNES AUX INDEPENDANTS ETABLIS EN BELGIQUE .....	41
1.11. SOUSCRIRE A UNE ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE .....	42
1.12. PARTICIPER A UN SERVICE DE GARDE ORGANISE .....	42
<b>2. LE SYSTEME FRANCAIS.....</b>	<b>43</b>
2.1. DIPLOMES OUVRANT DROIT A L'EXERCICE.....	44
2.2. NATIONALITES OUVRANT DROIT A L'EXERCICE.....	48
2.2.1. <i>Les engagements européens</i> .....	48
2.2.1.1. La Communauté européenne.....	48
2.2.1.2. L'accord sur l'Espace Economique Européen.....	48
2.2.1.3. Les associations entre les Communautés européennes, leurs Etats membres et certains pays..	48
2.2.2. <i>Les accords bilatéraux entre la France et certains Etats</i> .....	49
2.2.3. <i>Dispositions particulières</i> .....	49
2.3. REGIME DEROGATOIRE : AUTORISATION D'EXERCICE .....	49
2.4. INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE.....	50
2.4.1. <i>Procédure</i> .....	50
2.4.1.1. Constitution du dossier.....	50
2.4.1.2. Instruction de la demande .....	51
2.4.1.3. Décision .....	52
2.4.1.4. Appel de la décision d'inscription .....	52
2.4.1.5. Principe de l'unicité de l'inscription.....	53
2.4.2. <i>Conséquences de l'inscription</i> .....	55
2.4.2.1. Cotisation.....	55
2.4.2.2. Carte professionnelle du médecin .....	55
2.4.2.3. Carte de professionnel de santé.....	55
2.4.3. <i>Dérogations à l'obligation d'inscription</i> .....	55
2.5. ENREGISTREMENT DU DIPLOME .....	56
2.6. INSCRIPTION A LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE.....	57
2.7. INSCRIPTION A L'UNION DE RECouvreMENT DES COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES (URSSAF) .....	57
ADHESION A LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MEDECINS FRANÇAIS (CARMF) .....	57
2.9. AFFILIATION A LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES.....	57
2.10. ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE .....	58
2.11. FORMATION MEDICALE CONTINUE .....	58
2.12. ACCREDITATION.....	58

<b>3. LE SYSTEME LUXEMBOURGEOIS .....</b>	<b>59</b>
3.1. NATIONALITES OUVRANT DROIT A L'EXERCICE.....	59
3.2. DIPLOMES OUVRANT DROIT A L'EXERCICE.....	60
3.3. DEMANDE D'HOMOLOGATION.....	63
3.4. DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE.....	64
3.4.1. <i>Ressortissants luxembourgeois ou d'un autre Etat membre</i> .....	65
3.4.2. <i>Ressortissants d'un Etat non membre de la Communauté européenne</i> .....	66
3.5. REGIME DEROGATOIRE.....	67
3.6. INSCRIPTION AU REGISTRE PROFESSIONNEL.....	67
3.7. DEMARCHES AUPRES DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE (UCM).....	67
3.8. OBLIGATION DE PARTICIPER AU SERVICE MEDICAL D'URGENCE.....	67
3.9. POSSEDER LES CONNAISSANCES LINGUISTIQUES NECESSAIRES A L'EXERCICE DE LA PROFESSION.....	68
3.10. VEILLER A LA CONTINUTE DES SOINS.....	68
<b>CHAPITRE IV : LES AIDES A L'INSTALLATION.....</b>	<b>69</b>
<b>1. LE SYSTEME BELGE.....</b>	<b>69</b>
<b>2. LE SYSTEME FRANCAIS.....</b>	<b>72</b>
2.1. LES SERVICES ET OUTILS POUR LES PROFESSIONNELS.....	73
2.2. LES AIDES FINANCIERES DES COLLECTIVITES TERRITORIALES.....	73
2.3. LES CONTRATS DE BONNE PRATIQUE.....	74
2.4. LE FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITE ET LA COORDINATION DES SOINS (FIQCS).....	75
2.5. LE CUMUL EMPLOI/RETRAITE DES MEDECINS LIBERAUX.....	76
<b>3. LE SYSTEME LUXEMBOURGEOIS .....</b>	<b>76</b>
<b>CHAPITRE V : L'EXERCICE TEMPORAIRE OU OCCASIONNEL.....</b>	<b>78</b>
<b>1. LE SYSTEME BELGE.....</b>	<b>79</b>
<b>2. LE SYSTEME FRANCAIS.....</b>	<b>80</b>
<b>3. LE SYSTEME LUXEMBOURGEOIS .....</b>	<b>81</b>
<b>CHAPITRE VI : LA RESPONSABILITE MEDICALE.....</b>	<b>83</b>
<b>1. L'INFORMATION DU PATIENT.....</b>	<b>83</b>
1.1. ETENDUE DE L'INFORMATION.....	84
1.1.1. <i>En Belgique</i> .....	84
1.1.2. <i>En France</i> .....	84
1.2. FORME DE L'INFORMATION.....	84
1.2.1. <i>En Belgique</i> .....	84
1.2.2. <i>En France</i> .....	85
1.3. LA CHARGE DE LA PREUVE.....	85
1.3.1. <i>En Belgique</i> .....	85
1.3.2. <i>En France</i> .....	85
<b>2. L'ERREUR MEDICALE.....</b>	<b>85</b>
2.1. FONDEMENTS DES PRETENTIONS.....	85
2.1.1. <i>En Belgique</i> .....	85
2.1.2. <i>En France</i> .....	85
2.2. CAUSALITE ET CHARGE DE LA PREUVE.....	87
2.2.1. <i>En Belgique</i> .....	88
2.2.2. <i>En France</i> .....	88

2.3.	L'ESTIMATION DES INDEMNITES .....	89
2.3.1.	<i>En Belgique</i> .....	89
2.3.2.	<i>En France</i> .....	89
<b>CHAPITRE VII : LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES ET SCIENTIFIQUES AINSI QUE LES ORGANISMES COMPETENTS .....</b>		<b>90</b>
<b>1. EN BELGIQUE.....</b>		<b>90</b>
1.1.	INSTANCES CONSULTATIVES ET DECISIONNELLES .....	90
1.2.	ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES ET SCIENTIFIQUES .....	91
<b>2. EN FRANCE .....</b>		<b>91</b>
2.1.	INSTANCES CONSULTATIVES ET DECISIONNELLES .....	91
2.2.	ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES ET SCIENTIFIQUES .....	92
<b>3. AU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG.....</b>		<b>93</b>
3.1.	INSTANCES CONSULTATIVES ET DECISIONNELLES .....	93
3.2.	ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES ET SCIENTIFIQUES .....	94
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>96</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES INTERNET .....</b>		<b>98</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>		<b>105</b>