

# **Avis de la Commission nationale pour la protection des données concernant le projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur**

Délibération n° 28/2013 du 7 février 2013

Conformément à l'article 32 paragraphe (3) lettre (e) de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (ci-après désignée « la loi du 2 août 2002 »), la Commission nationale pour la protection des données a notamment pour mission d'« être demandée en son avis sur tous les projets ou propositions de loi portant création d'un traitement de même que sur toutes les mesures réglementaires ou administratives émises sur base de la présente loi ».

Faisant suite à la demande lui adressée par Monsieur le Ministre de la Santé en date du 5 juillet 2012, la Commission nationale entend présenter ci-après ses réflexions et commentaires au sujet du projet de règlement grand-ducal « relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur », et plus particulièrement sur son article 5 ayant trait aux données à caractère personnel.

Le projet de règlement grand-ducal sous examen entend préciser le statut, les modalités de désignation et les attributions du médecin-coordonateur, fonction créée par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant notamment l'article 29 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

La Commission nationale limite ses observations aux questions de protection des données, soulevées plus particulièrement par l'article 5 du projet de règlement grand-ducal sous examen. Celui-ci dispose en effet notamment que « pour les besoins de sa mission, le médecin-coordonateur a accès aux dossiers individuels visés à l'article 36 de la loi modifiée du 28 août 1998 des patients qui sont pris en charge par son service ou groupement de services ».

## **1) Le secret médical**

La disposition sous examen suscite la question de savoir si le médecin-coordonateur peut et doit effectivement avoir accès aux dossiers individuels de patients qui ne lui sont pas adressés et dont il n'est *a priori* pas en charge, ou si le principe du secret médical (auquel les médecins traitants sont tenus) s'y oppose.

Le secret médical peut être défini comme l'interdiction pour tout professionnel de la santé de divulguer les informations sur son patient dont il prend connaissance lors de l'exercice de sa profession, sous peine de sanctions prévues à l'article 458 du Code pénal.

Le secret médical est fondé, depuis son origine séculaire<sup>1</sup>, sur la relation de confiance qui doit exister entre le médecin et son patient. Cette relation, qui induit nécessairement de la part du médecin une connaissance aussi large que possible de tous renseignements sur la santé physique et psychique de son patient, est établie par le choix du médecin traitant par le patient, et donc sur son consentement. La Cour européenne des droits de l'homme a déjà eu l'occasion de préciser que le secret médical « *est capital non seulement pour protéger la vie privée des malades, mais également pour préserver leur confiance dans le corps médical et les services de santé en général* »<sup>2</sup>.

Il est communément accepté que cette relation, qui existait traditionnellement sous forme de binôme, englobe aujourd'hui l'équipe thérapeutique des autres praticiens concourant le cas échéant dans leurs spécialités respectives à l'action du praticien choisi par le médecin<sup>3</sup>.

Cette situation de besoin croissant de la prise en charge pluridisciplinaire du patient à l'hôpital a amené le législateur français à insérer dans sa législation la notion de « secret partagé »<sup>4</sup>, plus précisément à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique. Cette disposition permet le partage des données entre médecins et autres professionnels de la santé faisant partie d'une même équipe de soins avec le consentement implicite du patient.

Le projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé<sup>5</sup>, s'inspire largement de cet article<sup>6</sup> en entendant consacrer en droit luxembourgeois cette même notion de « secret partagé ».

L'article 20 paragraphe (3) dudit projet de loi prévoit en effet que « *deux ou plusieurs professionnels de la santé peuvent, sauf opposition du patient dûment averti, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier ou toute autre personne morale ou entité au sein duquel des soins de santé sont légalement prestés, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.*

*Le patient, dûment informé, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations le concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. Le professionnel*

---

<sup>1</sup> Le principe du secret médical trouve son fondement dans le serment d'Hippocrate, probablement rédigé au IV<sup>e</sup> siècle av. J.-C., qui comporte notamment la phrase suivante: « *Quoique je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* » (traduction attribuée à Emile Littré).

<sup>2</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Z. contre Finlande*, arrêt du 25 février 1997, Rec. 1997-I.

<sup>3</sup> Cette position a été pour la première fois en France consacrée par le Conseil d'Etat dans son arrêt n. 76799 du 11 février 1972.

<sup>4</sup> C. ZORN-MACREZ, *Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées*, Nancy, Presse Universitaires de Nancy, 2010, p. 125.

<sup>5</sup> Projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<sup>6</sup> Exposé des motifs du projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, article 20, p. 44.

de la santé qui est à l'origine de la prestation garde toutefois toujours un accès aux éléments du dossier en rapport avec sa prestation ».

L'exposé des motifs du projet de loi relève que l'article 20 paragraphe (3) vise à « faciliter, dans l'intérêt de la prise en charge, le flux de l'information au sein de l'équipe médicale ainsi qu'avec un autre intervenant dans la prise en charge lorsqu'il y a un lien thérapeutique ».<sup>7</sup>

## **2) Les missions du médecin-coordonateur**

L'article 29 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers précise que les médecins-coordonateurs « assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des services(s) et veillent :

- au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations ;
- à la standardisation de la prise en charge de patients ;
- à l'utilisation efficiente des ressources disponibles ».

Les missions du médecin-coordonateur sont davantage précisées par le projet de règlement grand-ducal sous examen. Celui-ci investit le médecin-coordonateur d'une mission de coordination au sein des hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés. Il contribue ainsi, « ensemble avec les médecins de son ou de ses services », à « garantir le bon fonctionnement de l'activité médicale au sein de son service ou groupement de services en promouvant la qualité et l'amélioration continue des prestations de soins ainsi que le respect de la réglementation applicable en milieu hospitalier ».<sup>8</sup>

La fonction de médecin-coordonateur en milieu hospitalier n'existe pas en tant que telle en Belgique ou en France. Cependant, les missions du médecin-coordonateur présentent certaines similarités avec celles attribuées au médecin-chef en Belgique, au médecin responsable de l'information médicale et au médecin coordonnateur des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (« EHPAD ») en France, même si on ne saurait assimiler les régimes belge et français à celui du médecin-coordonateur.

Bien que le médecin-coordonateur ne soit pas un chef du personnel médical de son service<sup>9</sup>, contrairement au médecin-chef en Belgique, il se voit attribuer un rôle similaire à ce dernier, respectivement la coordination du département médical et une responsabilité organisationnelle dans la continuité et la qualité des soins au sein de son service.<sup>10</sup> Le Conseil national de l'Ordre des médecins en Belgique a estimé que « l'exécution des dispositions [applicables au médecin-chef], et plus largement le fonctionnement harmonieux de l'institution hospitalière, justifient que le médecin-chef ait accès au dossier médical du patient dans les limites de l'exécution de ses missions »<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> *Idem.*

<sup>8</sup> Exposé des motifs du projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur, p. 1.

<sup>9</sup> *Idem.*

<sup>10</sup> Arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987, *M.B.*, 25 déc. 1987, art. 2 et s.

<sup>11</sup> Avis du Conseil de l'Ordre des médecins concernant la consultation du dossier-médical par le médecin-chef de l'hôpital.

En France, le médecin responsable de l'information médicale a notamment pour mission d' « organiser, traiter et analyser l'information médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (« PMSI ») en garantissant la confidentialité des informations médicales »<sup>12</sup>. Le médecin coordonnateur des EHPAD, quant à lui, « contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments »<sup>13</sup> et « assure l'encadrement médical de l'équipe soignante »<sup>14</sup>.

Au Luxembourg, le Collège médical estime, dans son avis du 25 juillet 2012, que « dans une organisation hospitalière dépourvue d'hierarchie verticale, le fonctionnement optimal d'un service ne peut se réaliser que par le biais d'un médecin-coordonateur ».

La Commission nationale estime également, en tenant compte tant de l'organisation hospitalière propre au Grand-duché de Luxembourg que de la situation dans nos pays voisins, que l'introduction du rôle de médecin coordonnateur dans notre législation est de nature à contribuer à améliorer la qualité de notre système de soins.

En particulier, la Commission nationale ne met pas en doute que, pour l'exercice et dans les limites de ses missions légales et réglementaires, le médecin-coordonateur devrait avoir accès aux dossiers individuels des patients pris en charge par son service ou groupement de services. Elle est cependant d'avis que cet accès devra être encadré par certaines garanties précisées ci-après.

### **3) L'absence de lien thérapeutique entre le médecin-coordonateur et le patient**

La Commission nationale souhaite attirer l'attention sur le fait que les missions du médecin-coordonateur, aussi légitimes et précieuses qu'elles soient, ne s'inscrivent pas dans un lien thérapeutique, mais bien dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, telle qu'expliquée plus en détail ci-dessus<sup>15</sup>.

En effet, les attributions du médecin-coordonateur mentionnées à l'article 29 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et précisées par le projet de règlement grand-ducal sous objet laissent apparaître qu'il n'existe pas *a priori* de lien thérapeutique entre le médecin-coordonateur et les patients pris en charge par son service ou groupement de services.

Par ailleurs, l'article 6 du projet de règlement grand-ducal sous examen précise qu' « hormis les cas d'urgence, son statut de médecin-coordonateur ne l'autorise cependant pas à intervenir ou à prendre une décision relative au traitement médical d'un patient pris en charge par un médecin de ce service ou groupement de services ».

L'article 20 paragraphe (3) du projet de loi n° 6469, que nous avons déjà évoqué<sup>16</sup>, permettrait le partage des données entre médecins et autres professionnels de la

<sup>12</sup> Cf. répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, « fiche métier » éditée par le Ministère de la santé et des sports – Direction générale de l'offre de soins, disponible à l'adresse suivante : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=125>.

<sup>13</sup> Article L. 313-12, paragraphe (V) du Code de l'action sociale et des familles.

<sup>14</sup> Article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles.

<sup>15</sup> Cf. *supra*, pp. 3-4.

<sup>16</sup> Cf. *supra*, p. 3.

santé faisant partie d'une même équipe de soins « *lorsqu'il existe un lien thérapeutique* », ce qui n'est toutefois pas le cas en l'espèce.

La Commission Nationale est dès lors d'avis que l'article 20 paragraphe (3) du projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient, si le texte était adopté en l'état, n'aurait pas vocation à s'appliquer dans le cas sous examen. Il s'ensuit que le principe du secret médical devra donc pleinement être respecté.

#### **4) L'accès du médecin-coordonateur aux données avec le consentement des patients**

La Commission nationale estime, comme G. VOGEL et E. RUDLOFF<sup>17</sup>, que « *l'obligation au secret médical découle avant tout de l'intérêt éminemment respectable de celui qui a placé, sous l'empire d'une absolue nécessité, sa confiance dans la discrétion d'une personne appelée par profession à recevoir les confidences d'autrui* ». Etant donné ce caractère prédominant de l'intérêt privé attaché à la répression de la violation du secret médical, la Commission nationale considère que le consentement du patient, à la base du secret médical, permet de délier le médecin de son obligation de ne pas divulguer à un tiers certaines informations dont il prend connaissance à l'exercice de sa profession.

Par le projet de règlement grand-ducal sous examen, le gouvernement se propose de réglementer spécifiquement l'accès du médecin-coordonateur aux dossiers individuels des patients qui sont pris en charge par son service ou groupement de services, ce qui revient à une communication de données à un tiers, alors qu'il n'existe pas de lien thérapeutique entre le médecin-coordonateur et les patients dont les données lui seraient communiquées.

L'article 7 paragraphe (4) de la loi du 2 août 2002 précise que « *sous réserve que leur traitement soit en lui-même licite au regard des articles 6 et 7, les données y visées peuvent être communiquées à des tiers ou utilisées à des fins de recherche, d'après les modalités et suivant les conditions à déterminer par règlement grand-ducal*».

Le cas de figure sous objet doit être analysé comme un traitement de données relatives à la santé nécessaire aux fins de l'administration de soins ou de traitements, et est donc licite au sens de l'article 7 paragraphe (1) de la loi du 2 août 2002. Dès lors, les données des patients peuvent être communiquées à des tiers d'après les modalités et suivant les conditions déterminées par règlement grand-ducal.

Dans le cas spécifique sous examen, la Commission nationale considère que l'accès du médecin-coordonateur aux données des patients individuels ne devrait être possible qu'avec le consentement du patient.

Ce consentement devrait par ailleurs être distinct des autres consentements nécessaires à la prise en charge du patient dans le cadre du traitement médical au sein de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé. Cela paraît en effet nécessaire afin que le patient puisse manifester de façon suffisamment spécifique sa

---

<sup>17</sup> G. VOGEL et E. RUDLOFF, *Lexique de droit médical et hospitalier*, Luxembourg, Editions Promoculture, 2009, pp. 214-215, n° 363.

volonté d'accepter ou de refuser que ses données à caractère personnel ne soient divulguées au médecin-coordonateur.

En dehors des cas d'urgence, le consentement devrait en outre être préalable à la prise en charge du patient au sein de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé, afin que cette manifestation de volonté du patient soit suffisamment informée. Lorsque le patient est admis aux services d'urgences, le consentement du patient devrait être recueilli *a posteriori*.

## **5) Le contrôle de l'accès aux dossiers individuels des patients**

Suivant le projet de règlement grand-ducal sous examen, le médecin-coordonateur dispose certes d'un « *droit de regard sur les activités médicales du service ou groupement de services dont il coordonne l'activité* »<sup>18</sup> et ne doit être exercé, selon les termes du projet, que « *pour les besoins de sa mission* »<sup>19</sup>.

Nous estimons que, de par les missions telles que définies, le rôle du médecin-coordonateur ne doit pas être compris comme celui d'un « *chef du personnel médical* »<sup>20</sup>, comme on l'a déjà évoqué<sup>21</sup>, impliquant une mission de contrôle ou de surveillance sur les médecins traitants.

Dans la plupart des cas, le suivi des bonnes pratiques élaborées au sein d'un service devrait pouvoir se faire sur base de chiffres agrégés ou de statistiques, ce qui n'exclut pas que dans certains cas le médecin-coordonateur puisse consulter certains dossiers individuels.

Dès lors, une certaine transparence à l'égard des médecins traitants s'impose. C'est pourquoi la Commission nationale suggère de prévoir la mise en place d'une journalisation des accès.

Ainsi, à des intervalles réguliers, les médecins traitants devraient se voir communiquer la liste des dossiers de leurs patients auxquels le médecin-coordonateur a accédé.

Ainsi décidé à Esch-sur-Alzette en date du 7 février 2013.

La Commission nationale pour la protection des données

Gérard Lommel  
Président

Pierre Weimerskirch  
Membre effectif

Thierry Lallemand  
Membre effectif

---

<sup>18</sup> Article 6 du projet de règlement grand-ducal sous examen.

<sup>19</sup> Article 5 alinéa 2 du projet de règlement grand-ducal sous examen.

<sup>20</sup> Exposé des motifs du projet de règlement grand-ducal sous examen, p. 1.

<sup>21</sup> Cf. *supra*, p. 3.