

# **Avis du Collège médical relatif à l'avant-projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**

**(Version de texte soumis 08/01/2016)**

## ***Remarque préliminaire :***

Dans le passé la planification hospitalière a toujours fait l'objet d'un règlement grand-ducal, établissant une sorte de plan quinquennal, le troisième de la sorte ayant été projeté pour entrer en vigueur le 01/01/2015.

Nous nous trouvons maintenant devant le fait que la planification hospitalière fait partie d'un projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et abrogeant la loi modifiée du 28/08/1998 sur les établissements hospitaliers.

L'initiative en revient au Conseil d'Etat, qui avait critiqué le projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national de fin de l'année 2014, en renvoyant à un arrêt de la Cour Constitutionnelle : « l'essentiel du cadrage normatif doit résulter de la loi... », le trouvant par ailleurs trop restrictif et se basant sur des données non actuelles.

Signalons que le Collège médical avait dans son avis du 5/11/2014 également critiqué le projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national dans de nombreux points.

Le Collège médical prend donc acte de l'ancrage de la planification hospitalière dans une loi, mais après analyse des dispositions y figurant, il se doit d'émettre sa déception, qu'il n'ait pas été tenu compte dans ce projet de loi d'une autre critique poignante du Conseil d'Etat à savoir que le but premier d'un plan hospitalier national semble être de disposer d'un instrument non pas pour assurer le développement d'un secteur d'activités économiques (non commercial), mais plutôt d'en limiter l'offre.

Le projet de loi sous avis n'ouvre pas de voie à une réelle planification puisqu'il ne fait qu'arrêter l'acquis actuel, il ancre le statu quo.

Le caractère restrictif du projet de plan hospitalier antérieur, critiqué tant par le Conseil d'Etat que par le Collège médical, se trouve maintenant figé dans une loi, permettant paradoxalement moins de flexibilité à pouvoir -et certainement devoir- le changer, eu égard aux défis résultant des progrès de la médecine et de la concurrence du secteur hospitalier outre frontières.

Le Collège médical constate qu'en un long travail sous la direction du Luxembourg Institute of Health (LIH), la carte sanitaire a été actualisée, de façon que la planification puisse se faire sur base de données et de chiffres non désuets.

Pourtant il ne peut s'empêcher de la remarque, figurant d'ailleurs également dans l'exposé des motifs du projet, à la page 62, point 2 : « le nombre de lits autorisable par service au niveau national », que la pertinence de l'analyse est limitée du fait qu'elle se base sur la classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10, ICD 10), qui n'est pas capable de donner une image juste de la situation actuelle, pour lui permettre de faire une planification en imposant à l'unité près un nombre maximum autorisable sur le plan national de lits, toutes catégories confondues (2667), de lits par hôpital ou centre hospitalier (600), de services dans les hôpitaux (entre 2 et 4), de nombre d'hôpitaux (4), d'équipements (annexe2).

Eu égard à l'imprécision des chiffres renseignés par la carte sanitaire, de l'accroissement et du vieillissement constant de la population du Grand-duché, des imprévus planant toujours sur l'évolution de l'état de santé de la population et la situation que nous vivons à l'heure actuelle (janvier-février) d'un dépassement de la capacité d'activité des hôpitaux, et considérant encore le

Page 1 sur 11

projet de construction de nouveaux centres hospitaliers (région du Sud et région du Centre), ne vaudrait-il pas mieux de proposer une fourchette autorisable de lits, d'établissements, de services, etc ...

Cette flexibilité évitera - comme l'avait déjà signalé le Collège médical à l'occasion de son avis antérieur - l'entrave au dynamisme individuel ainsi qu'au progrès de la médecine qui se caractérise par une évolution du savoir et des technologies qui ne sera jamais anticipée par un plan hospitalier, qui - comme celui soumis sous avis - s'efforce à imposer un carcan géré par des réflexions d'ordre prépondérant économique.

## **Commentaires**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le Collège médical apprécie que le terme « hôpital ou clinique » soit protégé dorénavant, et sera réservé aux établissements hospitaliers conformément à la loi.

En effet le Collège médical dispose maintenant d'une base légale pour s'opposer à l'utilisation de ce terme pour désigner des cabinets privés à des fins de valorisation de l'activité de leurs exploitants.

**Article 2** : Le Collège médical propose de rajouter à la fin du point 4. « lits d'hospitalisation de longue durée » ... des traitements d'entretiens *pour une durée indéterminée*, afin de bien souligner que la prise en charge dans ces lits n'est pas limitée dans le temps.

**Article 3** : La carte sanitaire

Il est renvoyé à la *remarque préliminaire*.

Il y a contradiction entre le cadre rigoureux d'une loi définissant irréfutablement la taille maximale des services (Annexe1) alors que les besoins sanitaires de la population sont à mettre à jour tous les deux ans par la carte sanitaire en tenant compte « d'une évaluation démographique de la population résidente, des données relatives à l'état de santé de la population résidente ainsi que des comparaisons internationales ».

Le caractère absolu du nombre des lits défini à l'Annexe 1 ne permettra pas une adaptation de ce nombre en temps utile si jamais l'analyse, suite aux résultats de la carte sanitaire, devait faire conclure à un changement des besoins, puisqu'il faudrait procéder à un amendement de la loi.

Les résultats recueillis par la carte sanitaire seront toujours biaisés du fait qu'ils se basent sur les prestations en fonction de l'offre des soins. Comme la carte sanitaire ne recensera pas ou seulement incomplètement des besoins pour lesquels l'offre est inexistante ou insuffisante elle ne pourra jamais donner une image réelle des vrais besoins d'une population.

Il est l'évidence même que l'excellence d'un service et son succès sont liés étroitement à l'engagement de ses protagonistes. Un carcan d'affectation de lits aussi rigide que celui préconisé par le présent projet de loi mettra une entrave sévère au développement de l'excellence. Si jamais le Luxembourg devait disposer d'un service de renommée internationale, attirant des bénéficiaires de soins de santé d'outre frontières, il ne pourra jamais se développer en fonction des besoins réels mais il sera tributaire des restrictions imposées par les besoins nationaux recensés par les auteurs de la carte sanitaire.

Le point 4 fixe la liste des équipements et appareils médicaux soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières. Tandis que tout ce matériel sera au Luxembourg exclusivement sous le contrôle des établissements hospitaliers (et de leurs financiers : l'Etat et la

Sécurité sociale), il n'en est rien outre frontières où de tels équipements sont à la portée d'initiatives privées au dynamisme tellement différent.

Le Collège médical en tant que représentant d'une profession libérale ne peut se rallier à un tel dirigisme (Planwirtschaft) qui n'a encore jamais apporté la preuve d'une efficacité surajoutée.

A ce propos il est surprenant de lire à l'annexe 2 : tableau des équipements et appareils soumis à planification, que seul le dernier point : « équipement d'assistance opératoire robotisée », le nombre d'équipement autorisable n'est pas précisé. Est-ce que ceci ne démontre pas le bienfondé de la remarque et l'embarras des auteurs du présent projet, qu'il est difficile de juger du progrès de la médecine et des besoins en découlant ? Une loi ne devrait pas faire d'obstacle en imposant trop de restrictions.

Le point 5 de l'article 3 inquiète :

« déterminer les pathologies ou groupes de pathologies devant être prises en charge des centres de compétence et le nombre maximal de ces derniers » signifierait qu'en considérant l'article 30, qui fixe les pathologies faisant l'objet des centres de compétence, p. ex. le diabète qui est pourtant une pathologie courante, ne pourrait plus être pris en charge dans un hôpital ne disposant pas de ce centre de compétence.

Le Collège médical estime que ce mot devant a été introduit par inadvertance, il suggère, pour éviter toute mésinterprétation de le remplacer par « pouvant relever de la prise en charge ».

**Article 4** : Cet article prévoit un maximum de 4 hôpitaux ou centres hospitaliers pouvant fonctionner sur des multisites, pourtant avec des lits aigus seulement sur 2 sites et un maximum de lits aigus de 600.

Il est à remarquer qu'actuellement les Hôpitaux HRS fonctionnent sur 4 sites, exploitent des lits aigus sur au moins 3 sites (Hôpital Kirchberg, Clinique Bohler, ZithaKlinik) et qu'ils disposent de plus de 600 lits.

Sur quels critères se base la limitation à 600 lits si on sait bien qu'à l'étranger fonctionnent des entités à dotation en lits bien supérieure ?

Dans la liste des services hospitaliers qu'un hôpital doit exploiter (15), le Collège médical s'étonne de voir repris les points 5 (Gériatrie aigue), 9 (Médecine interne générale) et 13 (Soins palliatifs) alors que le nombre maximal de services hospitaliers qui peuvent être autorisés prévoit - pour des services considérés comme des services de base - a) la chirurgie vasculaire seulement 2 services, d) le neuro-vasculaire seulement 3 services, h) la pneumologie seulement 3 services, j) l'urologie seulement 3 services.

Il est à constater que certains hôpitaux, disposant actuellement de ces services de base, devront donc en être amputé (chirurgie vasculaire, neuro-vasculaire, pneumologie, urologie, ...) alors que des services relevant moins d'une médecine d'urgence tels les soins palliatifs ou gériatrie aigue doivent être créés.

Le Collège médical propose de regrouper les services de gériatrie aigue et des soins palliatifs dans le service de médecine interne générale, qui redonnera une nouvelle signification à ce concept de médecine interne générale, qui en réalité n'existe plus puisque déjà à l'heure actuelle dans chaque hôpital les différentes pathologies sont prises en charge dans un service leur spécifique.

Par ailleurs le Collège médical remarque que le projet de planification hospitalière ne fait aucune allusion aux soins médico-dentaires et d'éventuels services y relatifs. La médecine dentaire est quand même une spécialité ne se pratiquant pas exclusivement en ambulatoire mais peut requérir un plateau technique hospitalier dont notamment l'anesthésie (générale).

Le Collège médical réitère sa conviction que tout hôpital, obligé de participer au service de garde, doit être doté de tout service de base et donc qu'il y a lieu de doter tout hôpital d'un service de chirurgie vasculaire, de neuro-vasculaire, de pneumologie et d'urologie.

Le Collège médical remarque que les auteurs du projet de loi se sont bien rendus compte du problème car ils précisent, dans l'exposé des motifs, qu'un hôpital peut bien agréer un médecin d'une spécialité, dont l'hôpital ne dispose pas du service.

A ce propos se pose la question du recrutement des médecins. Un jeune médecin formé dans toutes les techniques de sa spécialité, ne voudra certainement pas se faire agréer à un hôpital qui ne dispose pas des possibilités de diagnostics et de traitements nécessaires à sa spécialité : p.ex. un médecin-spécialiste en pneumologie agréé à un hôpital qui ne dispose pas de ce service se verra donc amputé de pouvoir réaliser des bronchoscopies, faute d'équipement réservé à un service de pneumologie.

Quant aux services hospitaliers qualifiés de « service national » et dont l'exploitation n'est autorisée que dans un seul hôpital, le Collège se permet les remarques suivantes :

- La chirurgie plastique est offerte actuellement dans au moins 4 hôpitaux différents ! Est-ce qu'il est vraiment intentionnée de la regrouper dans un seul hôpital ?
- Si en néphrologie il est bien justifié qu'il n'existe qu'un seul service de transplantation, il n'est pas logique que sur les autres sites on doive se limiter au seul service de la dialyse.
- La neurochirurgie est actuellement pratiquée dans 3 établissements différents.
- Il en est tout autant pour l'ophtalmologie, notamment la chirurgie ophtalmologique.

Est-ce que ces services mentionnés ne sont quand même pas à considérer comme des services de base pouvant, voire devant, continuer à fonctionner dans les 4 hôpitaux nationaux ?

**Article 5 :** On y lit l'intention des auteurs du projet d'intégrer les 2 services nationaux gérés actuellement par un consortium national dans les hôpitaux où ils ont actuellement leurs sites : à savoir la cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque au CHL et la radiothérapie au CHEM.

Il s'agit ici d'une intention qui risque naturellement de faire perdre le statut d'indépendance dont jouissent actuellement ces 2 centres nationaux spécialisés.

En renvoyant à sa *remarque préliminaire*, le Collège médical suggère de ne pas limiter le nombre de lits du Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation à 72.

Par ailleurs le Collège médical se demande de l'utilité de créer en plus un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique, et en l'élevant même au rang de Service national de réhabilitation physique et en le dotant de 60 ! lits.

Le Collège médical propose de supprimer le dernier alinéa de l'article 5 « *Le nombre exact de lits autorisés conformément au présent article pour les établissements hospitaliers spécialisés mentionnés est arrêté dans leur autorisation d'exploitation* » qui fait obstacle à toute adaptation de dotation devenue nécessaire par des besoins actualisés

**Article 6 :** Le Ministre peut autoriser au maximum un centre de diagnostic dans les domaines de l'anatomie pathologique et de la génétique.

S'il convient, dans un souci d'assurance qualité, de fixer, par règlement grand-ducal, le nombre minimal d'examen à réaliser par un médecin anatomopathologiste, il semble tout aussi opportun de fixer un nombre maximal. Se posera encore la question de la pertinence d'une telle réglementation pour un médecin ne travaillant qu'à temps partiel.

Le Collège médical suggère rajouter encore la médecine légale comme centre de diagnostic : En effet celle-ci est entretemps bien institutionnalisée au LNS, elle constitue un vrai centre de diagnostic, mais ses acteurs médecins jouissent actuellement encore d'un statut juridique non clairement défini.

L'intégration de son statut dans la présente loi pourra certainement remédier au flou de la situation juridique actuelle.

**Article 7** : Il est renvoyé à la remarque préliminaire et aux commentaires de l'article 3 : faut-il fixer dans la loi que la création éventuelle et la construction d'un 5<sup>ème</sup> hôpital soit empêchée ?

Encore un article de cette loi mettant une entrave à toute initiative privée d'une certaine envergure. Le secteur de la santé est de plus en plus monopolisé par l'état alors que dans presque tous les autres domaines la libéralisation et l'initiative privée sont encouragées du fait de leur plus grande flexibilité à s'adapter à des environnements changeants.

**Article 8** : Est-ce qu'une autorisation d'exploitation est assimilable à un vrai agrément ?

Même si le Collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier doivent être demandés en leur avis cet article confère au ministre une très grande autonomie quant à la délivrance d'une autorisation d'exploitation à un établissement hospitalier et sa dotation en services.

**Article 9** : Concernant l'antenne de service

Point c) est-ce qu'on ne pourrait pas imaginer des équipes de médecins spécialisés agréés -selon les besoins et avec des attributions bien précises - sur un seul site d'un hôpital ? Le recours au même professionnel sur 2 sites correspond en fait à des pertes de temps par nécessité de déplacements.

**Article 10** : Il est bien noté dans l'énoncé qui dit : Un règlement grand-ducal peut préciser d'autres normes relatives aux services hospitaliers mentionnées à l'article 4.

En considérant les points a) – f) il est noté que ces points se rapportent à effectivement tout ce qui peut être réglementé pour un service, à l'exception du nombre de services autorisable.

**Article 11** : Fixe que la première autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier est accordée pour une durée de cinq ans.

Si ceci est encore compréhensible pour un service, il est difficile d'imaginer que ce qu'il en adviendra d'un établissement hospitalier dont l'autorisation d'exploitation n'est plus prolongée. Quid du personnel, quid du plateau technique offerts aux médecins qui se voient privés d'un pilier plus ou moins important de leur exercice.

**Article 12** : Pas de commentaires

**Article 13** : Pas de commentaires

**Article 14** : Se rapportant aux équipements et appareils coûteux nécessitant une planification nationale annexe 2.

Il est renvoyé à la remarque concernant la chirurgie robotique (sous Article 3)

**Article 15** : Pas de commentaires

**Article 16** : Pas de commentaires

**Article 17** : Pas de commentaires

**Article 18** : Pas de commentaires

**Article 19** : Pas de commentaires

**Article 20** : La perte des avantages consentis en cas d'aliénations des subventions prévues paraît une mesure conséquente.

**Article 21** : Le Collège médical ne trouve que logique l'institution d'un commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, alors que l'Etat, qui finance les hôpitaux doit avoir un regard sur l'emploi des financements accordés.

Il s'étonne quand même que ce Commissaire puisse assister avec voix consultative aux délibérations de toute commission ou tout organe consultatif sous tutelle du ministre, donc théoriquement ce commissaire pourrait également assister aux délibérations du Collège médical qui constitue un organe consultatif sous tutelle du ministre. Le Collège médical en prend acte.

**Article 22** : Il institue une Commission permanente pour le secteur hospitalier.

Pour la composition, le Collège médical note deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le Conseil supérieur des professions de santé.

**Article 23** : Les organismes gestionnaires.

Le Collège médical regrette qu'il y ait trop de statuts juridiques pour ces organismes (Fondations, S.A...), pouvant avoir d'autres intérêts que de promouvoir des conditions optimales dans l'intérêt de la santé publique.

**Article 24** : Pas de commentaires

**Article 25** et **Article 26** : Paraissent redondants, se rapportant à la gestion des risques de qualité, des infections nosocomiales et instituant un Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières dont les missions seront précisées par un règlement grand-ducal.

**Article 27** : Se rapportant à l'institution de Comités d'éthique, pas de commentaires

**Article 28** : Se rapportant aux essais cliniques qui dorénavant doivent disposer d'une autorisation ministérielle et - comme déjà à l'heure actuelle - d'un Comité d'éthique de recherche.

Ne devrait-t-on pas spécifier de quelle sorte d'essais cliniques il s'agit ? (« essais cliniques de médicaments à large spectre... ? »)

Il est à noter que l'organisation et le fonctionnement du Comité d'éthique de recherche peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal, le Collège médical est d'avis qu'ils doivent être l'objet d'un règlement grand-ducal.

A ce propos le Collège médical s'étonne que le ministre puisse passer outre l'avis du Comité d'éthique de recherche et que donc sa décision soit contraignante.

Il est bien évident que dans ce cas la responsabilité de l'essai clinique réalisé revient donc essentiellement au ministre à plus forte raison que le ministre demande une taxe d'un montant de 1.000€ pour toute demande d'autorisation.

**Article 29** : Pas de commentaires

### **Article 30 : Centres de compétences**

A ce propos le Collège médical note qu'il y a quelques changements vis-à-vis du projet de plan hospitalier de fin 2014 :

En effet il a été rajouté un centre de compétences i) douleur chronique

La demande d'autorisation de création d'un centre de compétences est introduite soit par plusieurs hôpitaux soit au moins par un hôpital ensemble avec au moins un établissement hospitalier spécialisé sous forme d'un projet d'un centre de compétences.

Cette approche, malgré certaines réserves initiales, trouve l'approbation du Collège médical vu qu'elle entre dans la logique, telle que déjà préconisée dans son avis précédent, d'une création de centre de compétences de par la base et non imposée d'en haut. Cette action conjointe entre deux hôpitaux ne peut que renforcer les synergies ambitionnées et évite jusqu'à un certain niveau le pénible choix de décision sur quel site hospitalier l'autoriser.

Au vu de la limitation stricte du nombre maximal de lits au plan national, il restera encore à définir les critères selon lesquels des services existants se verront amputés de lits au profit d'un nouveau centre de compétence à créer.

Pour le reste le Collège médical se doit de répéter les critiques déjà exprimées lors de son avis précédent :

- Accorder la dénomination Centre de Compétences à une entité organisationnelle assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie est certainement valorisante, pourtant cette prise en charge interdisciplinaire est déjà pratique courante dans les services de tout établissement hospitalier.
- Le choix des pathologies ou groupes de pathologies pouvant donner lieu à la création d'un centre de compétences est discutable.
- S'il est certainement raisonnable de créer une seule unité de soins neuro-vasculaires de 2<sup>ème</sup> degré, « stroke-unit », dotée de toutes les techniques actuelles d'intervention rapide, notamment avec les nouveaux développements de neuroradiologie interventionnelle, et qui aura vocation nationale et devrait être accessible 24/24h et 7/7], à disposition des services neuro-vasculaires des hôpitaux de garde, tous les hôpitaux participant au service de garde devraient disposer d'une unité de soins neuro-vasculaires pour une prise en charge primaire rapide.
- La dénomination « cancer du sein et certains autres cancers » est malencontreuse et dévalorisante pour les autres formes de cancers différents de celui du sein. Le Collège médical s'attendait à une dénomination scientifique, correcte et plus respectueuse. D'autre part le traitement chirurgical du cancer du sein est de nos jours de la compétence de tout gynécologue correctement formé. Son traitement adjuvant peut être réalisé dans tout service d'oncologie disposant d'oncologues tout aussi correctement formés.  
Le Collège médical ne voit donc aucune utilité de créer un centre de compétence pour le cancer du sein en particulier, et ceci encore en double (2 de ces centres de compétences sont prévus).

Le Collège médical constate que le 25 juin 2015 a été créé l'Institut National Cancer (INC) dans le cadre du Plan National Cancer ; ses statuts ainsi que la convention 2016 lui donnent de larges compétences dans l'organisation des soins des pathologies cancéreuses.

Ne faudrait-il pas laisser à cet institut l'initiative de préciser les critères d'organisation d'un Centre de compétence en cancérologie au sens large, au lieu d'inscrire dans le projet de loi sous avis 2 centres de compétences se rapportant essentiellement au cancer du sein

- La pathologie des affections rachidiennes étant relativement fréquente et commune n'a selon le Collège médical pas besoin de figurer dans un centre de compétences.
- Le diabète de l'adulte est une pathologie commune, ne devant pas nécessiter d'un centre de compétences spécial, tandis que la création d'un tel centre pour le diabète de l'enfant peut paraître raisonnable.
- Si un centre de compétences pour la douleur chronique a été rajouté, il faudra veiller à ce qu'il ne soit pas en opposition avec les modalités prévues à ce propos au plan national cancer en cours d'élaboration.
- Enfin, si un centre de compétences unique pour la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle paraît tout à fait raisonnable, il est à remarquer qu'à l'annexe 2, le nombre pour l'équipement de coronographie et cathétérisme est chiffré à 2.

**Article 31** : se rapportant à la direction générale d'un hôpital

Le Directeur général doit donc être un universitaire et doit pouvoir se prévaloir d'une expérience d'une année au moins dans le domaine hospitalier. Pour le Collège médical ceci est trop vague, et il verrait bien que le texte précise que le directeur général devrait avoir une formation médicale.

**Article 32** : pas de commentaires

**Article 33** : En ce qui concerne les médecins coordinateurs, ils sont nommés par l'organisme gestionnaire.

Le Collège médical verrait bien que le texte mentionne : « les médecins coordinateurs sont *élus* par les médecins du département respectif et *nommés* par l'organisme gestionnaire.

Ils assurent une fonction de coordination et de planification d'activité médicale y compris la standardisation de la prise en charge des patients. Ils disposent d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal devrait préciser toutes ces attributions alors même que ces attributions, absolument nécessaires à l'avis du Collège médical, risquent de se heurter au principe de la liberté d'exercice, tel qu'il existe encore actuellement, et qu'il faudrait repenser.

**Article 34** : Le Conseil médical

Un règlement grand-ducal à prendre précise l'attribution et les prérogatives du conseil médical. Le Collège médical insiste que ce règlement grand-ducal arrête qu'un membre du Conseil médical siège d'office au Conseil d'administration de l'hôpital.

Un représentant du département des soins devrait tout autant siéger au Conseil d'administration de tout établissement hospitalier.

Il est pour ceci également renvoyé à l'article 51 relatif au Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation : un membre du conseil médical ainsi qu'un membre de la délégation du personnel sont prévus de siéger au Conseil d'administration.

**Article 35** : définit 2 sortes de médecins hospitaliers :

1. avec contrat de travail
2. avec contrat de collaboration.

Il est bien précisé que le médecin hospitalier exerce sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.



Si en principe le Collège médical salue cette stipulation il se rend bien compte des difficultés d'organiser un service sur le plan médical, eu égard également aux attributions du médecin coordonnateur qui a le devoir de veiller à la standardisation de la prise en charge des patients (voir à ce propos les remarques sous l'Art.33)

Quant à la responsabilité de l'établissement hospitalier, du gestionnaire voire de la direction générale, le texte du présent projet n'en dit pas un mot !

Le Collège médical salue l'élaboration d'un contrat type pour les prestataires de soins et groupements des hôpitaux.

**Article 36** : pas de commentaires

**Article 37** : la pharmacie hospitalière

Elle est donc un service intégré à un établissement hospitalier mais peut être associée à une structure en dehors de l'établissement hospitalier, elle peut être une structure à part, commune à plusieurs établissements hospitaliers.

Un règlement grand-ducal devra être pris pour déterminer les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre en ce qui concerne :

- La mise en place du suivi pharmaceutique en faveur du bénéficiaire de soins.

Cette formulation ne semble pas assez précise tout en étant incomplète, alors que l'exposé des motifs mentionne de façon explicite le pharmacien clinicien et l'activité de pharmacie clinique que les directions des établissements demandent de mettre en place.

L'activité de pharmacie clinique, avec une présence du pharmacien clinicien dans l'unité de soins, est une activité complémentaire à l'activité des médecins et des soignants. Elle comprend l'anamnèse médicamenteuse structurée avec le patient, la réconciliation médicamenteuse entre le traitement hospitalier et du domicile adaptée à la situation clinique du patient, le suivi durant l'hospitalisation (participation au tour de salle et suggestions/interventions « evidence-based medicine » d'adaptation du traitement), rédaction d'un courrier de sortie pour le patient et explications des changements/précautions de traitement au patient.

Voici quelques types d'intervention que le pharmacien clinicien peut proposer : réconciliation médicamenteuse, modification du dosage, adaptation posologique, interaction médicamenteuse cliniquement significative, indication non traitée, traitement sans indication, présence d'un effet indésirable potentiel, switch IV (intraveineux) => per os (p.o.)

Afin de garantir une meilleure cohérence entre la formulation de l'article et de son exposé des motifs, le CM propose de remplacer « La mise en place *du suivi pharmaceutique* en faveur du bénéficiaire de soins. » par « La mise en place *de l'activité de pharmacie clinique* en faveur du bénéficiaire de soins. »

**Article 38** : le laboratoire d'analyses médicales

Cet article prévoit en fait les mêmes modalités que pour les pharmacies développées sous l'article 37

Le Collège médical apprécie qu'un laboratoire d'un établissement hospitalier ne puisse pas procéder sous son nom à la réalisation d'analyses de biologie médicale par d'autres laboratoires.

Le dernier alinéa de cet article ouvre donc la voie à l'association d'un laboratoire hospitalier avec un laboratoire privé.

**Article 39** : définit le dossier patient individuel du patient hospitalier et doit encore être défini par un règlement grand-ducal.

Le Collège médical apprécie que la codification d'éléments du dossier-patient aux fins de l'utilisation secondaire ultérieure légitime soit déléguée à un tiers encodeur disposant des qualifications nécessaires.

Ce service d'encodage est d'ailleurs défini dans l'article 40 suivant.

**Article 40** : Un service de l'information médicale sous la responsabilité d'un médecin est donc institué pour un établissement hospitalier. Tous les médecins hospitaliers exerçants sont obligés à collaborer à ce service.

Le Collège médical constate que le texte actuel prévoit que les diagnostics soient codés selon la plus récente mise à jour de la 10<sup>ième</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM 10)

Il tient à préciser que cette classification, également utilisée pour établir la carte sanitaire, n'est nullement apte à évaluer l'activité médicale au sein d'un hôpital contrairement à la ICD-10 PCS américaine ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) française.

**Article 41** : l'information par écrit sur les droits et devoirs qu'à chaque patient admis dans un établissement hospitalier.

Cette information porte en outre sur les mécanismes d'une éventuelle plainte et les possibilités de résolution de celle-ci par la voie de la médiation.

S'il est bien normal que tout patient devrait disposer de toute information, le Collège médical se demande si cette information précise n'ouvre pas la voie à une incitation à la plainte.

Il s'agit certainement de formuler avec tact cette information et de mettre l'accent sur la médiation.

**Article 42** : Mécanismes de traitement et de ventilation des suggestions des plaintes.

Le Collège médical approuve que le droit du gestionnaire de requérir des éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier soit soumis à un mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente.

**Articles 43 à 55** : pas de commentaires

**Article 56** : il paraît au Collège médical que cet article ait été rajouté pour donner au ministre la possibilité de fermer définitivement la Clinique Ste Marie à ESCH/ALZETTE

## Conclusion

Vis-à-vis du projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier de fin 2014, le Collège médical constate peu de changements respectivement d'améliorations pour la planification hospitalière dans le projet de loi sous avis.

Se pose la question, comme déjà énoncé dans la remarque préliminaire, s'il est, dans les conditions actuelles, opportun de fixer pour une planification à long terme, par une loi, le nombre maximum autorisable d'établissements hospitaliers, de lits, de services, de centres de compétences etc.

Le Collège médical reste par ailleurs d'avis qu'il est indispensable que chaque centre hospitalier (4) dispose de tous les services de base de la médecine et de la chirurgie et il est donc en conséquence illogique de vouloir limiter les services de chirurgie vasculaire à 2, de neurovasculaire à 3, de pneumologie à 3 et d'urologie à 3. Ceci nécessitera d'amputer l'un ou l'autre établissement hospitalier d'un, voire de deux services dont il dispose déjà actuellement.

Le maintien de ces services de base correspond à une réelle nécessité pour pouvoir exercer et pour faire bénéficier le patient d'une médecine de qualité et ne constitue pas une entrave au principe du « pas tout partout »

Le Collège médical éprouve toujours des difficultés avec la définition des centres de compétences et des pathologies ou groupes des pathologies s'y rapportant.

De nombreuses dispositions sont encore à préciser par la prise de règlements grand-ducaux (cf. articles 6, 10, 17, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 53) risquant - comme on le sait bien - de tarder, alors que leur exécution semble particulièrement importante en ce qui concerne les médecins coordinateurs, les conseils médicaux, les pharmacies, les laboratoires, ...

Ceci dit, le Collège médical est d'avis que le projet de loi sous avis soumet le secteur de la santé et spécialement l'hospitalier à un contrôle et dirigisme restrictif excessif.

Le projet ne crée pas le cadre nécessaire à un juste équilibre entre la nécessité de planification et de prédictibilité recherchées par les autorités compétentes pour les besoins sanitaires à long terme et une autonomie accrue pour les unités hospitalières individuelles, leur permettant de s'adapter rapidement à des changements de besoins survenus à court terme, telle qu'elle existe, rappelons-le, dans des structures privées.

Le projet ampute le secteur hospitalier des possibilités de pouvoir tenir le pas avec la concurrence du secteur hospitalier outre frontières et dans la grande région.

Le but ambitionné d'une planification hospitalière dans une logique économique tout en garantissant une optimisation de la qualité des soins semble difficilement à portée moyennant les mesures projetées.

Luxembourg, le 29 mars 2016

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,  
Dr Roger HEFTRICH

Le Président,  
Dr Pit BUCHLER