



Collège médical
Grand-Duché de
Luxembourg

Avis du Collège médical relatif au projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national

Remarque préliminaire:

Il s'agit du 3^{ème} plan hospitalier rédigé par le Ministère de la Santé en 12 ans témoignant du caractère éphémère de certaines dispositions prises et d'un certain manque de vision à moyen terme en matière de programmation hospitalière.

Ceci ne favorise certainement pas un développement serein des institutions hospitalières amenées à revoir leurs programmes tous les 3-4 ans en moyenne (définition de leurs services, recrutement de médecins, création de services de compétences etc., etc....).

Force est de constater que jusqu'à cette date, les hôpitaux « allaient de l'avant » sans trop se soucier des plans hospitaliers, très largement inappliqués et inapplicables, témoignant encore une fois de leur caractère inadapté et irréalisable.

Ainsi les mises en place des premières structures de "centres de compétences", les acquisitions de matériel lourd et de robotique parmi autres, se sont faites sans autorisation du Ministère de la Santé, témoignant de la volonté des hôpitaux à faire progresser le niveau des soins.

Si un plan hospitalier trouve sa raison d'être dans la nécessaire budgétisation des dépenses pour la santé, il faut se demander si le plan hospitalier tel que projeté ne constitue pas un essai de sur réglementation mettant une entrave au dynamisme individuel et au progrès de la médecine qui se caractérise par des sauts quantiques de savoir et de technologies qui ne sauront jamais être anticipés par un plan hospitalier.

Commentaires

Article 1^{er}. « Définitions et typologie des lits »

Dans la définition des emplacements, on retrouve la notion d'une durée de séjour généralement inférieur à 12 heures. Au niveau international, lorsqu'on parle de chirurgie ambulatoire, la durée de séjour est inférieure à 24 heures, sans notion de « présence à minuit »

Concernant les emplacements en hospitalisation provisoire, leur durée d'occupation peut excéder 12 heures avec « présence minuit ».

Le Collège médical déplore que le plan hospitalier n'apporte aucune incitation positive aux hôpitaux pour favoriser le « virage ambulatoire », comme par exemple une gratification financière pour les séjours ambulatoires et les interventions chirurgicales effectuées de façon ambulantes

Art. 2-8: Au sujet des hôpitaux

2. « Catégorie des hôpitaux »
3. « Centre hospitalier »
4. « Catégorie d'établissements hospitaliers spécialisés »
5. « Etablissement hospitalier spécialisé de soins aigus »
6. « Etablissement hospitalier spécialisé de réhabilitation »
7. « Autres établissements hospitaliers »
8. « Centre de diagnostic »

Le Collège médical note la disparition de la notion « service national » au profit « d'établissements hospitaliers spécialisés ». Ces structures, anciennement dénommées «service national», uniques au pays dans leurs spécialités respectives, sont gérées de façon commune par les différents hôpitaux, de sorte à garantir une indépendance par rapport aux différentes structures hospitalières et de garantir un accès à tout patient de façon égale.

L'abandon de cette dénomination constitue un premier pas à l'intégration de ces structures au sein de l'une ou de l'autre institution hospitalière et risquera de faire perdre le statut d'indépendance à ces services. Comme les deux structures (INCCI et Centre François Baclesse) sont actuellement soudées à deux institutions hospitalières, le Collège médical craint une phagocytose progressive de celle-ci par les deux centres hospitaliers en question, défavorisant clairement les deux autres centres hospitaliers lors de l'attribution de certains centres de compétences.

Article 9. Centres de compétences

En ce qui concerne les centres de compétences, leur énumération diffère grandement des plans hospitaliers précédents et le Collège médical n'a trouvé aucune trace des critères de base nécessaires aux centres hospitaliers pour obtenir de tels centres de compétences.

Le Collège médical comprend que le législateur a voulu limiter la prise en charge de certaines pathologies à certains centres spécialisés, toutefois il ne peut pas retracer la logique appliquée pour le choix des pathologies ni pour le mode d'attribution du label « centre de compétences». Se référant à la littérature médicale ainsi qu'aux organismes existants dans les pays limitrophes, le Collège médical aurait souhaité trouver dans ce plan hospitalier une méthodologie s'inspirant, par exemple de la Belgique (KCE), contrôlant régulièrement les résultats des différents services existants et attribuant des dénominations « d'excellence » en fonction de ses résultats.

La dénomination « cancer du sein et certains autres cancers...» est malencontreuse et dévalorisante pour les autres formes de cancer différant 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 et son traitement adjuvant peut être réalisé dans tout service d'oncologie disposant d'oncologues tout aussi correctement formés.

Quant aux discussions interdisciplinaires, elles ont lieu entre temps dans toutes les institutions hospitalières du Luxembourg. Les résultats de ces traitements Luxembourg sont largement comparables à ceux de nos pays voisins.

Le Collège médical ne voit donc aucune utilité de créer un centre de compétences pour le cancer du sein en particulier.

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.

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux nécessite effectivement une structure adaptée et spécialisée (stroke unit). Le Collège médical a noté certaines divergences dans les différents textes concernant la neurologie et la prise en charge des accidents vasculaires

cérébraux, notamment l'attribution de trois services « neuro-vasculaires », de trois services de neurologie et d'un service national pour les accidents vasculaires cérébraux.

Vu ce qui est énoncé plus haut, le Collège médical propose que la Direction de la Santé élabore, ou supervise, l'élaboration par une institution tierce et indépendante, des critères de qualité et des moyens de contrôle permettant aux hôpitaux et aux médecins de s'orienter et de choisir la voie de la compétence qu'ils souhaitent prendre. S'inspirant de ces critères et de la littérature internationale, certains centres de compétences verront le jour de façon naturelle et incontestée.

Une définition de « Centre de compétence » ne repose certainement pas uniquement sur une prise en charge interdisciplinaire des patients atteints d'une certaine pathologie !

Il s'agit là du « basic élémentaire » se pratiquant dans tous les services du pays !

Les critères de base de ces centres faisant défaut et la responsabilité de la demande de création/reconnaissance étant transférée à la FHL, est à craindre un blocage sérieux aux initiatives des différents hôpitaux !

Comment se développer avec une phrase : « des centres de compétences « pourront » être créés ? Sur quels critères, dans quel hôpital, etc, etc

Si on peut comprendre le législateur dans son souci d'offrir à la population des soins de qualité correcte (optimale est impossible, on trouve toujours mieux ailleurs) en matière de pathologies difficiles, il faut établir sur base d'éléments scientifiques des critères permettant aux hôpitaux de s'orienter !

Si ainsi les

- accidents vasculaires cérébraux
- « certains cancers....encore faudrait-il savoir lesquels »
- les pathologies relevant de l'INCCI

peuvent faire l'objet d'une discussion sur l'utilité de centres de compétences, autant les autres pathologies énumérées sont-elles discutables.

Les autres pathologies énumérées seront à la base de problèmes inextricables pour les raisons suivantes :

- le libre choix du patient constituant la base de notre système de santé, comment empêcher des praticiens bien formés de s'occuper de diabète, d'affections rachidiennes, d'obésité, de maladies psychosomatiques, d'immuno-rhumatologie ?
- aucune jurisprudence ne peut empêcher un médecin (toujours bien formé) à exercer son métier dans des conditions correctes !

Suggestion et proposition :

Tous les hôpitaux ne veulent et ne peuvent pas tout faire !

Au Ministère de définir les critères de qualité et les moyens de contrôle.

Tant que ces critères n'existent pas, on ne peut empêcher les praticiens de faire ce qu'ils ont appris à faire !

Les hôpitaux et leurs praticiens proposent la création de leurs centres de compétences devant répondre à certains critères établis.

Article 10 : création, extension ou modernisation.....

Pas de commentaires.

Article 11. Prévisions du besoin....

Pas de commentaires

Article 12. La conversion de lits en emplacements.

Il est à considérer que la reconversion de lits aigus en emplacements affectés à une prise en charge ambulatoire nécessitera une augmentation des effectifs en personnel soignant et médical. L'implantation d'une chirurgie ambulatoire demande que les budgets pour réaliser les flux nécessaires à une telle chirurgie soient également mis à disposition

Les hôpitaux ne seront pas demandeurs de transformer des chambres de 2 lits en chambre à lit unique si les honoraires médicaux ne peuvent pas suivre la même demande, sauf en cas « d'indication médicale ».

Le Collège médical s'étonne et s'interroge sur la légalité, qu'un plan hospitalier s'immisce dans les négociations tarifaires entre la CNS et l'AMMD.

Article 13 et 14. Le projet de service médical et la planification des besoins nationaux en services médicaux hospitaliers

Cet article décrit en fait la bonne façon de créer un service et constitue un progrès vis-à-vis du temps où un service était défini par le nombre de lits et le nombre de médecins y exerçant.

Pourtant l'annexe 3 empêche les hôpitaux de garder ou de créer leurs services pour lesquelles ils remplissent déjà actuellement toutes les conditions requises dans cet article.

Qui et par quels critères trancher d'amputer un centre hospitalier d'un service dont il dispose actuellement?

Le paysage hospitalier du Luxembourg a subi de profonds remaniements au cours des 2 dernières décennies avec les fusions et fermetures de nombreuses structures, aboutissant à ce jour à 4 centres hospitaliers répartis sur l'ensemble du territoire.

Ces 4 centres hospitaliers couvrent parfaitement les besoins du pays, à condition

- de leur attribuer les moyens de remplir leurs missions
- de ne pas les brider dans leur développement (coordonné)
- de ne pas créer des situations inextricables en amputant l'hôpital de services de base tout à fait indispensables pour leur fonctionnement

Ces 4 centres hospitaliers devraient disposer au minimum de tous les services « classiques » de chirurgie et de médecine au sens large.

Le dénombrement des différents services semble contradictoire et dénué de logique. Certains services de base doivent figurer dans chaque structure hospitalière, comme par exemple: les services de médecine interne, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, etc.

La notion « antenne » prête à confusion et risque de dégrader l'image de cette « antenne » par rapport au service « mère ».

Le Collège médical décèle dans ce plan hospitalier une attention particulière, très dirigiste et bureaucratique, de la part du Ministère de la Santé, à tel point que les directions des institutions hospitalières risquent de devenir obsolètes.

Le Collège médical propose de laisser les centres hospitaliers s'organiser par eux-mêmes.

Tout comme pour les centres de compétences, les autorités scientifiques devront définir des indicateurs et des normes en s'inspirant des données internationales. Les centres hospitaliers compareront leurs résultats avec les normes fixées. Ces résultats sont publiés de façon transparente pour chaque institution.

Le financement des infrastructures est discuté à la CPH, la dotation en personnel est négociée avec la CNS et les centres hospitaliers se chargeront eux-mêmes de l'attribution en interne des ressources humaines qui leur seront accordées.

Dans l'annexe 6, le plan hospitalier prévoit la dotation en personnel qualifié et en médecins. Le Collège médical souhaite attirer l'attention du Ministère de la Santé sur le fait que la majorité des médecins hospitaliers travaille en mode libéral. Requérir la présence sur place de certaines spécialités en particulier équivaut donc à prévoir une indemnité financière.

Au point 6, il paraît peu probable qu'un hôpital demande une extension d'un de ses services (forcément au détriment d'autres services vu que le nombre de lits reste fixe) s'il n'a pas de volume d'activités le justifiant !

Le choix des établissements dans lesquels peuvent être implantés les services se faisant sur des critères aussi flous que ceux énumérés, laisse évidemment ouverte la porte à toutes sortes de favoritisme et de lobbying politique ! Or c'est précisément cela qui a contribué depuis des années à créer un climat délétère entre hôpitaux ! Le législateur se doit de traiter les centres hospitaliers de façon équitable !

La restriction aléatoire de certains services n'augmente ni la qualité de soins, ni ne fait réaliser des économies !

La liste **annexe 3** ne précise pas si les « antennes » s'entendent sur le plan national ou par site hospitalier concerné. (donc 1 pour le pays ou 1 pour chaque centre hospitalier ??)

Cette liste est totalement arbitraire avec comme exemples (non exhaustifs) :

- 1 chirurgie plastique (4 existantes, nécessité d'en fermer 3 !)
- 2 chirurgies vasculaires (4-5 existantes)
- 1 néphrologie mais 4 centres d'hémodialyse (+1 antenne), logique ?? La dialyse n'est-elle pas de la néphrologie ??
- 3 neurologies (mais obligation d'assumer la garde--- sans neurologues ??)
- 1 ophtalmologie pour 50 ophtalmologues au pays ? les patients d'Esch vont à Ettelbrück ou l'inverse pour se faire opérer de leur cataracte, opération de routine pour un ophtalmologue bien formé ??
- 2 pneumologies, spécialité médicale de base, indispensable dans chaque centre hospitalier

Cette liste est d'autant plus incohérente que dans **l'annexe 6** les centres hospitaliers doivent disposer de « l'équipement et l'appareillage permettant d'assurer les urgences en ORL, ophtalmologie et en neurologie » (ceci donc sans service d'hospitalisation spécialisé) Un beau ballet de transferts est à prévoir, obligeant dès lors les autres hôpitaux disposant de ces services de rester disponibles.

Quels médecins-spécialistes iront travailler dans un hôpital ne disposant pas de ce service ? Qui fera dès lors la garde dans cette spécialité ? Un médecin d'un autre hôpital ?? Ou faudra-t-il transférer au coup par coup ??

Il est bien pris note que la disponibilité des spécialités - anciennement appelées filles de la médecine interne ou mono-spécialités- n'est donc plus nécessaire pour assurer un service d'urgence, ces spécialités se regroupent de nouveau en la médecine interne « **générale** », d'ailleurs un nouveau concept..!

Finalement c'est un changement de paradigmes vis-à-vis du temps où l'on obligeait les hôpitaux de disposer de tous les services pour pouvoir participer au service de garde.

L'annexe 6 décrit en détail la description des locaux des urgences, disposition et matériel qu'il est à supposer que les 4 centres hospitaliers ont depuis des années.

Par contre, sous le chapitre « 3. personnel médical et professions de santé » le point 3.1.1 décrit la nécessité « présence effective d'au moins un médecin »....dont un médecin spécialiste en anesthésie ou réanimation !!!

Les « urgentistes » sont complètement passés sous silence, or la tendance va de plus en plus dans la direction d'assurer les gardes par ces médecins spécialement formés qui gèrent l'urgence et passent ensuite la main au spécialiste de la pathologie concernée.

En matière de personnel médical indispensable pour faire face aux urgences « vitales » se situe le chirurgien vasculaire, probablement le plus sollicité dans ce domaine ! De nouveau, avec 2 services de chirurgie vasculaire, comment assurer ces urgences ?

Article 15. Equipement et appareils coûteux soumis à planification

L'autorisation pour le financement de ces appareils est du ressort de la CPH. Celle-ci doit s'orienter aux critères de « best practice » ainsi qu'aux besoins réels.

L'article, logique dans son ensemble, manque de clarté, à savoir : quid de l'acquisition de matériel non autorisé au préalable (p.ex. robotique).

Le Collège médical ne voit pas d'inconvénient à ce que certains appareils puissent être acquis par les différentes institutions hospitalières (fonds propres, dons...) .

Articles 16. Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.

Le Collège médical note qu'une grande partie du plan hospitalier est consacrée à la qualité et son évaluation. Il s'interroge sur la nécessité de créer un appareil administratif aussi complexe, tant dans l'organisation que dans le traitement des données recueillies. C'est un des principaux soucis du Ministère de la Santé est, outre la qualité des soins, une réduction des coûts de la santé, la création d'un tel appareil administratif risque d'être fort coûteux de par la complexité de son fonctionnement, mais c'est un choix à faire, de nouveau en concertation avec les hôpitaux et non forcément « imposé d'en haut ».

Il sera difficile de comparer les résultats, d'identifier « des structures similaires » à l'étranger et de les évaluer sur les meilleures pratiques reconnues, sur base concertée et en partie sur base volontaire, ce serait nettement plus logique.

Article 17. Signalement des événements indésirables.

En ce qui concerne la survenue d'événements indésirables, le Collège médical regrette de ne pas avoir trouvé dans ce plan hospitalier de signes annonciateurs en faveur de la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de tels événements indésirables ou d'aléas thérapeutiques.

Article 18. Coordination nationale

Des problèmes difficilement surmontables sont en vue, les réunions feront de beaux rapports, occuperont plein de gens, qui seraient éventuellement plus nécessaires au service des patients.

D'ailleurs dans un plan hospitalier de 10 pages, plus de la moitié (!) des pages est consacrée aux « Contrôle, commissions, planifications etc... » traduisant une envie irrésistible « de tout contrôler »

Article 9. Disposition modificative

L'annexe 6 a été commentée sous **Article 14**

Article 20. Mesure abrogatoire

Exit plan hospitalier de 2009, qui avait déjà fait couler beaucoup d'encre.
Durée de vie5 ans, autrement dit un plan quinquennal...
Réalisation du plan 2009, près de 0% !

Articles 21 et 22

Pas de commentaires

Encore quelques réflexions et commentaires sur les annexes, non commentées ci-dessus.

Annexe 5

Chirurgie plastique

Ici le projet de règlement grand-ducal arrêtant un plan hospitalier intervient curieusement dans « les devis et informations à fournir aux patients » en ce qui concerne la chirurgie esthétique. Or il n'intervient dans aucun autre service chirurgical au sens large. Les conditions imposées d'information et de devis ne sont-elles pas plutôt réglées par la convention, la loi sur les droits et obligations des patients et le code de déontologie médicale? Le moment serait peut-être bien choisi d'élaborer et de fournir aux praticiens au Luxembourg des formulaires « nationaux et unitaires » sur les « consentements éclairés à signer »

Chirurgie vasculaire

Le fait de vouloir imposer aux chirurgiens vasculaires habitués et formés pour opérer les pathologies carotidiennes, la présence d'un « service de neuro-vasculaire » ne repose sur aucun critère objectif et est fortement discriminatoire. Cet argument ne résistera pas à une plainte de la part de ces praticiens !

Dialyse

Contradiction majeure entre le nombre de service de dialyse (4+1 antenne) , le nombre de services de néphrologie et la responsabilité du service d'hémodialyse placée sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en néphrologie !

Gastroentérologie

Les gastroentérologues ne s'occupent pas de la pathologie des vaisseaux des organes digestifs. La nécessité d'un recours à un médecin spécialiste en UROLOGIE !! disposant d'un agrément pour la lithotritie est inutile, aucune pathologie lithiasique biliaire n'étant plus traitée pas cette technique au monde.

Immuno-allergologie

Tout médecin-spécialiste en rhumatologie ne peut-il pas dispenser ces traitements ??

Néphrologie

Est-ce nouveau qu'un service doit signer une convention avec un service d'anatomo-pathologie pour ses biopsies ?
Le LNS est-il au courant ?

Neurologie et Neuro-vasculaire (stroke)

Un service neuro-vasculaire défini comme "service stroke de 1^{er} niveau (prise en charge primaire)" fait nécessairement partie d'un service de neurologie aussi longtemps que la sensibilisation du grand public, des services de sauvetage et de la profession médicale toute entière n'a pas eu lieu aux fins de la prise de conscience du concept de "time is brain".

Ce n'est qu'au moment où, sur le plan national, tout est organisé autour de ce concept qu'un service **unique** défini comme "service stroke de 2^{ème} niveau (prise en charge secondaire)", fera sens, service qui deviendra alors nécessairement un service de prise en charge primaire, disposant de toutes les techniques neuroradiologiques interventionnelles et neurochirurgicales.

Obstétrique

Un service d'obstétrique assure un minimum de 300 accouchements/an...

Et puis > 2000 ?

Et puis < de 1500 ?

Et puis >1500 ?

Comment s'y retrouver !

Oncologie

Ici aussi nécessité de signer une convention avec UN laboratoire d'anatomo-pathologie ! et un service de radiothérapie !!

Le seuil d'activité minimale....comment et par qui est-il défini ??

De même « certaines » interventions chirurgicales... qui les définit?

En se basant sur le nombre de patients traités sur les 3 années écoulés....qui définit ces critères ??

Orthopédie

Comment réaliser pratiquement un lien entre le service de neurochirurgie (1) et les services d'orthopédie (4) pour le traitement du squelette axial du moment qu'un centre de compétence sera créé pour les "affections rachidiennes à traitement chirurgical".

Soins intensifs

Il y aurait peut-être lieu d'introduire la notion de « middle care » très populaire en Amérique du Nord, unité de transit pour les post-op lourds ne nécessitant pas de « réanimation ».

Cette structure assure sécurité à des frais moindres que les soins intensifs

Traumatologie

Encore une discordance flagrante avec le plan hospitalier qui prévoit UNE chirurgie plastique et les 4 services de traumatologie « pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives » !!

Et encore une convention à signer pour les critères et modalités de transfert des patients vers LA neurochirurgie !

Radiothérapie

Encore une convention à signer avec les services d'oncologie pour préciser les critères et modalités des patients et « un lien fonctionnel étroit (??) avec les soins de santé primaires (nouvelle notion ??) et spécialisés ».

CONCLUSION

Le Collège médical n'arrive pas à suivre toute la logique des auteurs de ce projet de règlement grand-ducal établissant un plan hospitalier.

Est-ce une logique économique ?

Est-ce une logique de tentative d'optimiser la qualité?

Ou les deux? Ce qui devrait être l'ambition!

Le Collège médical espère par les développements et commentaires figurant ci-dessus, faire comprendre aux auteurs que ce projet, dans la forme présentée, est inapplicable et n'atteindra certainement pas le but ambitionné.

De façon paradoxale, il ne figure dans ce projet rien de concret à part la réduction du nombre des lits touchant tous les centres hospitaliers et le changement de l'affectation des lits de la Clinique Ste Marie/Esch .

La création des centres de compétence n'est pas dûment motivée, le choix des pathologies paraît aléatoire tout comme le nombre (8 dont 2 en double, cancer du sein et diabète)

Enfin leur compétence même n'est pas définie!

Et la question du choix du lieu d'implantation à un centre donnera encore beaucoup de fil à retordre aux responsables politiques et assure des conflits au sein de la FHL.

Il en est de même - et même plus grave - pour la répartition des services médicaux hospitaliers et de leurs antennes, dont certains centres hospitaliers ne disposeront plus, ni de l'un, ni de l'autre.

Et dans tout cela, où reste le patient, celui qui doit être traité à l'hôpital, et qu'on aime généralement, de façon éthique, à mettre en avant dans toute planification dans le secteur santé ("bei uns steht der Patient im Vordergrund")

Qu'est-ce que le Collège médical aurait donc à proposer comme alternatives?

De son avis, chaque centre hospitalier(4) devrait disposer de tous les services de base de la médecine et chirurgie avec une éventuelle « antenne » sur son deuxième site et il devrait être laissé au centre hospitalier lui-même le choix du lieu d'implantation du service ou de son « antenne ».

Rappelons que chaque centre hospitalier participe 24/24h au service d'urgence et doit être capable d'accueillir et de gérer les pathologies les plus diverses.

Il est évident que chaque centre hospitalier devra être doté de l'équipement technique de base et des ressources humaines pour pouvoir assumer pleinement.

Par contre la planification de l'équipement coûteux existe déjà (annexe 4), néanmoins cette planification ne devra pas poser une entrave au progrès et à l'initiative individuelle.

Si au sein d'un centre hospitalier un service se spécialise et pourra atteindre la compétence et le nombre de cas nécessaire, comme il est exigé par les normes internationales, on pourra lui accorder le statut de centre de compétence ou peut-être mieux dénommé "centre de référence" (p.ex. un service d'ophtalmologie se spécialise dans la chirurgie rétinienne).

On pourrait même imaginer que pour certaines pathologies, si le nombre de cas est assez élevé, il y ait 2 centres de référence (p.ex. chirurgie de l'obésité).

Une éventuelle concurrence saine ne peut qu'améliorer la qualité.

De l'avis du Collège médical la création de centres de compétence-référence devra se réaliser de par la base et non être imposée d'en haut.

Reste alors seulement le problème à concentrer sur un site et "dans une main" (c. à d. une équipe) les pathologies et interventions plutôt rares respectivement d'assez petit nombre.

Une concertation raisonnable entre centres hospitaliers résoudra ce problème , ou, il se résoudra à la longue de lui-même, une fois les services spécialisés , de références, nés!

Luxembourg, le 05 novembre 2014

Pour le Collège médical,

**Le Secrétaire,
Dr Roger HEFTRICH**

**Le Président,
Dr Pit BUCHLER**