

Avis du Collège médical relatif au projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

(Version de texte soumis 09/09/2016)

Remarque préliminaire :

Le Collège médical avait avisé le 29.03.2016 l'avant-projet de loi et émis de nombreuses suggestions voire critiques, il constate que le texte du projet de loi sous avis en tient compte en quelques points (p.ex. la nécessité de doter les 4 hôpitaux de tous les services de base), pourtant la conception générale et l'esprit du projet de loi ne diffèrent guère de ceux de l'avant-projet.

C'est pourquoi le Collège médical se permet de se référer à son texte d'avis relatif à l'avant-projet en reprenant textuellement (copie-collée) de nombreux passages, marqués – pour des facilités de lecture – en italique.

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, notamment pour affronter les défis résultant des progrès de la médecine et de la concurrence du secteur hospitalier outre frontières.

Le Collège médical constate qu'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^e 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 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.

Le projet de loi sous avis a donc été présenté à la presse le 13 09. par Mme la Ministre de la Santé, il a entretemps été commenté dans la presse (Land, Wort, ...), le 28 septembre l'Association des Médecins et Médecins Dentistes (AMMD) a présenté à la presse son avis qui est un avis commun avec les représentants des médecins hospitaliers de tous les établissements. Une table ronde sur RTL-radio a eu lieu le 1^{er} octobre, réunissant en un débat contradictoire la Ministre de la santé, un représentant de la FHL, du Collège médical, de la Chambre des salariés.

Le Collège médical avait entretemps déjà diffusé par l'intermédiaire de son bulletin biannuel Info-Point une première analyse sommaire du projet, qu'il voudrait également reproduire à cet endroit :

« ... la finalisation législative du projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (anciennement plan hospitalier). Suite aux nombreuses critiques de toutes parts au texte de l'avant-projet de loi, celui-ci a donc été modifié en quelques points pour le texte définitif du projet, tel que déjà approuvé par le conseil de gouvernement.

Ainsi, malgré que le nombre de lits d'hôpital autorisé reste fixé à l'unité près, il a été révisé vers le haut et une certaine flexibilité a été accordée aux hôpitaux de se doter de lits avec leur autorisation ministérielle d'exploitation.

Tous les services de base, considérés comme nécessaires au bon fonctionnement d'un hôpital, peuvent maintenant être autorisés, tandis que différents services (chirurgie vasculaire, chirurgie plastique et esthétique, neurochirurgie, ophtalmologie) ne sont prévus être autorisés que dans l'un ou l'autre hôpital !!

Les centres de compétences sont renommés en réseaux de compétences, mais gardent pour autant dans leur projet de finalisation leur flou artistique. Le nombre à créer ainsi que les pathologies dont ils relèvent restent toujours aléatoires.

Malgré un travail impressionnant réalisé pour disposer de chiffres (carte sanitaire) le projet actuel garde son caractère conservateur d'entériner pour les 10 prochaines années l'existant et ne laisse guère de possibilité d'innovation (ni en infrastructures, ni en techniques tenant compte du progrès de la médecine et de concurrence des hôpitaux outre frontières).

Quant à la gouvernance des hôpitaux, on cherche vainement dans ce projet la participation des médecins qui sont quand même les premiers acteurs d'un hôpital. Il en est de même pour le Comité de gestion inter hospitalière à créer et qui a pour mission de soutenir les établissements dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences. La Ministre l'a bien dit en commentant la conférence de presse présentant le projet de loi en date du 13.9. « Mir hun e Spidolsgesetz gemaach fir d'Patienten.... » -(question : pour qui d'autres que pour les patients on aurait besoin d'un hôpital ?)-. Il semble en effet bien que dans ce projet on ait quelque peu oublié les médecins (!), alors que paradoxalement le projet de loi ouvre la voie à faire participer les médecins au financement des hôpitaux (article 35 : « le règlement général de l'établissement peut prévoir une participation financière des médecins hospitaliers aux charges de l'établissement »)

Si selon le propos de Madame la Ministre de la santé, le projet de loi vise l'innovation, il y manque, à l'avis du Collège médical, un certain esprit d'équipe contributif à la réalisation de cet objectif.

En établissement hospitalier, toutes les équipes médicales sont représentées par le Conseil médical porteur d'une expérience de terrain.

Cette expérience prédispose le Conseil médical à se prononcer quant au choix des coéquipiers pressentis pour compléter les compétences médicales de l'établissement.

La Direction d'un établissement hospitalier travaille dans une dimension administrative qui la rend certes compétente pour la gestion quotidienne, mais dispose moins de repères pour le choix des compétences médicales dans lesquelles elle doit au moins être guidée.

En conséquence il paraît inadmissible que la Direction procède à la nomination, à l'engagement, à l'admission ou à la promotion d'un médecin sans au moins requérir l'avis du Conseil médical.

La solution de compromis consisterait à soumettre toute nomination de médecin à l'avis majoritaire du Conseil médical, dans la mesure où il serait tout aussi difficile d'imposer à une équipe un médecin refusé par la majorité.

Dans une vision de compromis, le Conseil médical et la Direction doivent se mettre d'accord sur la nomination par une concertation et une persuasion dans l'esprit d'équipe.

Ce point sera développé sous les articles 31 à 32.

L'implication des médecins dans le financement des frais des établissements hospitaliers fait son apparition dans le projet et sera plus amplement discutée sous l'article 35.

A ce sujet, il convient de rappeler que la consommation des soins et des biens médicaux est en relation directe avec le système de financement de la solidarité nationale (impôts et prélèvements obligatoires).

Sur ce fondement, la notion de coût de santé ne doit pas être perçue comme une contrainte mais comme un sentiment partagé.

Ce sentiment est partagé par tous : le patient, les gestionnaires, les prestataires etc.

La santé n'a effectivement pas de prix mais un coût comprenant les **soins hospitaliers**, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optiques, prothèses, petit matériel et pansements).

Partager ce sentiment revient déjà à s'accorder sur les dépenses qui concourent au traitement d'une perturbation de l'état de santé, des traitements de confort qui sans être nécessaires concourent au bien-être et des actes diagnostics pertinents.

Dans cette relation de partage, si par son obligation de moyens, le médecin met tout en œuvre pour guérir le patient, il revient à ce dernier de comprendre que ces moyens ne requièrent pas forcément de recourir à l'inventaire de l'appareillage médical existant, là où des moyens de moindre importance peuvent aboutir au même résultat.

En conséquence, une démarche préventive doit être mise en avant à travers une logique contractuelle développée entre le patient et l'assurance maladie ou les organismes payeurs.

Cette logique de responsabilisation existe déjà par les sanctions à la consommation abusive des soins qui d'après le Code de sécurité sociale et les conventions d'application peuvent frapper à la fois l'assuré et le prestataire.

A l'aune du présent projet, il est question de donner un caractère effectif à l'obligation de non consommation abusive de soins, par la responsabilisation du patient qui doit avoir conscience de sa capacité à se maintenir lui-même en bonne santé tout au long de sa vie.

Cette responsabilisation de premier plan du patient se fait en partenariat avec le médecin traitant dans sa compétence à proposer des soins de qualité au coût le plus raisonnable qui soit.

Ainsi au-delà des contestations qui seront développées plus bas, la participation inhérente aux frais hospitaliers de la part du médecin doit être présentée dans une vision globale incluant tous les acteurs de l'économie de santé.

Commentaires des articles

(Intégration des commentaires – en italique - issus de l'avis relatif à l'avant-projet)

Article 1^{er} : Le Collège prend note qu'il pourrait donc exister un l'hôpital (militaire ? géré par le ministre ayant la Défense dans ses attributions !) pour lequel la loi sous avis n'est pas applicable.

Il apprécie le rajout du paragraphe ayant trait à l'obligation de tout établissement hospitalier à veiller au respect des dispositions des lois du 16 mars 2009 sur l'euthanasie... et relative aux soins palliatifs. En effet eu égard aux prérogatives de l'organisme gestionnaire et des directeurs généraux dans le domaine de la politique, de la stratégie de l'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale, du pouvoir de nomination des médecins liés à l'établissement (voir articles 23, 31 et 32), on aurait pu craindre que l'application de ces dispositions légales ne devrait pas avoir lieu, violant ainsi un droit élémentaire du patient. Le Collège médical dispose malheureusement d'exemples du passé à ce sujet.

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

Le nombre maximal de lits hospitaliers autorisés a donc été revu à la hausse, mais il reste malheureusement fixé à l'unité près. Il y a eu certains réarrangements utiles entre le nombre de lits des différentes catégories

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 détermine la liste des équipements et appareils médicaux soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières. Il est intéressant de lire que cette liste et le nombre de ces équipements et appareils font maintenant l'objet d'un règlement grand-ducal à prendre, ce qui au contraire de l'avant –projet de loi laisse une meilleure flexibilité à l'adaptation rapide aux exigences du progrès de la médecine et aux besoins des malades.

Le point 5 de l'article 3 a donc été corrigé sur suggestion du Collège médical en remplaçant le mot devant par le mot pouvant ce qui ne donne plus ce caractère dangereusement contraignant au texte.

Article 4 : Cet article prévoit un maximum de 4 hôpitaux ou centres hospitaliers pouvant fonctionner sur des multi-sites, pourtant avec des lits aigus seulement sur 2 sites et un maximum de lits aigus de 700 (avant-projet 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 maintenant 700 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 neurovasculaire seulement 3 services, h) la pneumologie seulement 3 services, j) l'urologie seulement 3 services.

Il est heureux de lire que d'après le projet de loi les services de base pneumologie et urologie peuvent maintenant être autorisés dans les 4 hôpitaux !

Il est à constater que certains hôpitaux, disposant actuellement de ces services de base, devront donc en être amputés (chirurgie vasculaire, neurovasculaire, chirurgie esthétique, ...) 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 neurovasculaire.

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.

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 ?

Qu'est-ce qui veut dire qu'un service national, unique pour le pays, garantit la continuité des soins sur le plan national ?

Article 5 : *On n'y lit plus 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, ce que le Collège médical salue. Le statut d'indépendance dont jouissent actuellement ces 2 centres nationaux spécialisés est sauvegardé.*

Le nombre de lits autorisés au Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation a donc été augmenté de 72 à 100, ce qui constitue un progrès, mais le Collège médical aurait préféré de ne pas fixer un nombre fixe ne sachant pas les besoins réels pour un proche ou moyen avenir.

Par ailleurs le Collège médical se demande de l'utilité de créer en plus un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique 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 autorisé 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'exams 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 de 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.

A signaler que le statut juridique flou sous lequel exerçaient jusqu'à présent ses acteurs médecins a entretemps pu être régularisé

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^{ème} 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.

Il est pourtant à apprécier que le projet d'établissement requière l'avis du Conseil médical (point j)

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 des normes relatives aux services hospitaliers mentionnées à l'article 4.*

En considérant les points a) – f) il est noté que ces points se rapportent effectivement à 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 offert 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 (voir également sous point 4 de l'article 3) Ils ne sont donc plus listés dans la loi, mais font l'objet d'un règlement grand-ducal effectivement plus flexible en planification*

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 parait 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 apprécie qu'il ait entretemps été précisé que le Commissaire ait bien le droit d'assister avec voix consultative aux assemblées générales et aux réunions des organismes gestionnaires (et non plus aux délibérations de toute commission ou tout organe consultatif sous tutelle du ministre, comme figurant dans le texte de l'avant-projet).

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.... « il se prononce sur la stratégie générale de l'établissement hospitalier !! »

Article 24 : *L'organisme gestionnaire adopte le règlement général de l'hôpital.*

Ce règlement touche à tout et est l'élément clé d'un hôpital notamment pour l'organisation médicale qui est la base du fonctionnement d'un hôpital. La logique impose que dans l'organisme qui adopte ce règlement figure un représentant du corps médical, au mieux le président du conseil médical. Il en est de la même logique pour la représentation au niveau de l'organisme gestionnaire d'un représentant des autres professions de santé et du personnel non médical d'un hôpital.

Remarque quant au point 3.) : Le mot « rationalisation » a une connotation négative ; le Collège médical propose de le remplacer dans le texte par « la prescription et l'utilisation des médicaments tenant compte des recommandations scientifiques publiées. »

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. Le Collège médical propose de fusionner ces 2 articles.*

Article 27 : *Comité d'éthique hospitalier commun.*

Au contraire des dispositions de l'avant-projet de loi, le projet ne prévoit donc plus la création d'un comité d'éthique propre à chaque hôpital, mais d'un Comité d'éthique commun.

Le Collège médical regrette ne pouvoir comprendre cette disposition. En effet un comité d'éthique doit être proche des problèmes journaliers qui se posent dans une institution, parfois il est saisi en urgence pour une question d'éthique. Il doit pouvoir réagir rapidement avec son « aide à la décision » (exemple : question d'arrêt d'un traitement). Il est impensable qu'un Comité d'éthique commun hospitalier, d'une lourdeur administrative certaine, puisse suffire à ces besoins. Pourtant il est bien utile pour mener une réflexion éthique générale, loin du terrain, arrêtant des principes éthiques en évolution, faire de la formation et conseillant les comités d'éthique hospitaliers.

En outre, le Collège médical se demande comment on veut « *assurer une diversité des compétences, tant dans le domaine médical qu'à l'égard des questions éthiques, sociales et juridiques* » alors que la composition telle que prévue dans le projet de loi pourrait voir la mise en place d'un comité d'éthique sans le moindre membre médecin.

Plus grave, alors que le texte actuellement en vigueur, prévoit que le comité d'éthique émet ses avis en toute indépendance de l'organisme gestionnaire et de la direction de l'hôpital, le projet de loi prévoit explicitement qu'un membre des organismes gestionnaires des établissements hospitaliers soit membre du comité d'éthique. Ainsi, la précision que le comité émet ses avis en toute indépendance laisse le Collège médical quelque peu perplexe. Comment émettre un avis indépendant de l'organisme gestionnaire alors qu'un représentant de cet organisme a contribué à la rédaction de l'avis en question?

Le Collège médical, qui d'après le projet de loi est censé nommer un membre pour le nouveau Comité d'éthique, estime que l'indemnisation des membres du nouveau comité d'éthique *doit* faire l'objet d'un règlement grand-ducal, contrairement à ce que prévoit le projet de loi où ceci n'est qu'une possibilité.

Finalement, pour toutes ces raisons, le Collège suggère de réinstaurer, comme le prévoyait le texte de l'avant-projet, la création d'un comité d'éthique propre à chaque établissement hospitalier.

Article 28 : Se rapportant aux essais cliniques qui dorénavant doivent disposer d'une autorisation ministérielle, les avis de la Direction de la Santé et du Comité d'éthique national de recherche ayant été demandés au préalable.

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.

Le Collège note que ce qui l'avait étonné dans l'ancien texte - que le ministre puisse passer outre l'avis du Comité d'éthique de recherche et que donc sa décision soit contraignante - a été camouflé un peu autrement et ne concerne donc plus que le promoteur de la recherche et l'investigateur, ce qui dégage donc le ministre quelque peu de sa responsabilité.

Le Collège note que la taxe pour la demande d'autorisation d'un essai clinique est donc montée de 1000 à max.2000 €

Article 29 : *Pas de commentaires*

Article 30 : « Réseau de compétences »

Le socle de l'activité médicale, outre l'éthique, est la compétence, professionnelle et humaine ! Développer cette compétence et la rendre transparente est un effort permanent auquel tous les acteurs s'adonnent.

La compétence médicale en extra- et intra-hospitalier existe dans notre pays à haut niveau - en tout cas non inférieur à celui de nos pays avoisinants -, également grâce à un système de sécurité sociale performant.

Un de ses problèmes est sa visibilité. Pour le secteur hospitalier le plus grand problème est celui de l'actuel manque de collaboration entre hôpitaux et particulier leur incapacité à faire ressortir clairement leurs propres pôles de compétence ainsi que ceux des autres. Au lieu d'interagir en

partenariat dans le but de mettre en évidence les compétences respectives, on a plutôt l'impression que les établissements se font une concurrence malsaine.

Le projet de loi sous avis tend à trouver une solution au problème situé en favorisant, voire – pour reprendre l'esprit qui traverse tout ce projet – en autorisant la création de réseaux de compétences, initiée par au moins 2 hôpitaux ou établissements.

Telle que la finalité est définie à l'article 30 (prise en charge intégrée de patients...) et compte tenu du choix des pathologies entrant en ligne (10 et dont 2 en double !?!) le Collège médical ne voit pas de réelle plus-value !

La fragilité du concept tel que présenté dans ce projet se traduit déjà par le fait qu'à chaque fois que le texte est révisé (une première fois le règlement grand-ducal de fin 2014, une deuxième fois l'avant-projet de loi début 2016) il y a une pathologie qui est ajoutée : la douleur, les maladies neurodégénératives. Si on continue dans cette lancée et eu égard aux 8 pathologies prévues initialement, dont certaines sont des pathologies courantes à la portée de tout médecin bien formé et assurant le traitement courant sur le terrain, on finira par avoir toutes les pathologies intégrées dans un réseau de compétence. On ne demande pas mieux... !

La plus-value consiste peut-être dans la création et l'accompagnement des réseaux par un hydrocéphale administratif (conseil scientifique pour chaque réseau alors qu'il existe déjà un conseil scientifique national très compétent, un comité de gestion inter hospitalière, composé de 11 membres et 11 suppléants, dont aucun représentant de la profession médicale active, mais auquel un équilibre entre les 2 sexes est imposé ! alors qu'il existe déjà une FHL, une CPH), hydrocéphale monopolisant des ressources humaines en travail administratif et en argent !

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 ses 2 avis précédents :

- *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 pratiquée 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^{ème} 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 7/7j, 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 intégrant le service de radiothérapie » 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.*
- Pour les maladies neurodégénératives il est à saluer qu'actuellement ce domaine de compétence incluant la recherche, est déjà bien développé au pays.

Eu égard à toutes ces considérations le Collège médical suggère de retirer pur et simplement l'article 30 de ce projet et de le reformuler dans un règlement grand-ducal après concertation avec les acteurs du terrain dans le sens esquissé en haut (constat des compétences spéciales déjà actuellement existantes, pour chaque hôpital, favoriser la collaboration des hôpitaux et leurs échanges pour rendre visibles et accessibles ces compétences spéciales au sein de tout hôpital...)

Ce règlement grand-ducal devra dans ses stipulations de mise sur pied d'un concept de centre/réseau de compétences, tenir compte des considérations fondamentales à une saine coopération entre les acteurs du système de soins.

En premier, il s'agit d'avoir égard à la diversité des spécialités médicales qui soutient la complémentarité des compétences, sachant que ces dernières se déploient dans le respect du serment d'Hippocrate.

Ceci postule qu'au départ et au-delà de l'éthique, le serment d'Hippocrate annonce un art médical hautement humanitaire, qui représente l'engagement sans intermédiaire liant le « je » du médecin au « tu » du patient, à savoir la relation entre deux personnes dans l'unicité de leur être.

Le réseau de compétence qui interfère dans cette relation, doit préserver cet engagement initial, sinon en être le prolongement, en ce qu'il doit rendre au médecin traitant initial du patient, hors réseau de compétence, toutes ses lettres de noblesse, car la médecine reste un savoir centré sur l'être humain.

L'existence d'un réseau de compétence ne doit ni amoindrir l'essence de l'acte médical, ni la dégénérer en favorisant la perte d'actes médicaux essentiels ou basiques comme la simple auscultation ou palpation.

Voilà pourquoi les patients ne devraient prendre contact avec les réseaux pour une consultation ou une prise en charge que sur ordonnance d'un médecin traitant à même de juger de l'intérêt d'une prise en charge spéciale.

Cette formalité s'avérerait indispensable pour un parcours de soins optimal et cohérent dans une optique interdisciplinaire réunissant les expertises médicales respectives pour préserver la confiance du patient grâce à un partage de connaissances.

Si des centres/réseaux viennent à être créés, il serait à leur honneur de lever toute démarche d'adversité en menant des communications en synergies dirigées vers la visibilité des expertises médicales disponibles tant par l'établissement qui offre une spécialité spécifique que par celui qui peut en être le demandeur pour ses propres patients et inversement.

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

Le Collège médical déplore que le projet de loi ne prévoie que des compétences/qualifications minimales pour le directeur général d'une institution hospitalière, à savoir uniquement un diplôme universitaire sanctionnant un cycle complet de quatre années au moins, ainsi qu'une seule année d'expérience dans le domaine hospitalier.

Le Collège médical est d'avis qu'une institution hospitalière nécessite, à l'instar des grandes entreprises bancaires ou industrielles, à sa tête un directeur général connaissant toutes les facettes du « core business » de son institution. C'est-à-dire une personne ayant une bonne expérience de la médecine et pouvant se prévaloir d'une expérience de plusieurs années dans le domaine hospitalier. Il lui semble évident que le directeur général doit obligatoirement être un médecin.

Comme les directeurs généraux des hôpitaux, regroupés au sein de la fédération des hôpitaux luxembourgeois, ont entre autres pour mission d'orienter la politique de santé du pays et de travailler de concert, il nous paraît impératif que ces derniers doivent avoir une bonne connaissance de la médecine, des développements futurs de celle-ci ainsi que des avantages, risques et aléas que les avancées en médecine peuvent représenter.

Le Collège médical recommande donc d'ajouter aux compétences requises pour accéder au poste de directeur général, la qualité de médecin, une expérience au sein d'une institution hospitalière d'au moins cinq années, une bonne connaissance du paysage hospitalier luxembourgeois, ainsi qu'une formation complémentaire en gestion hospitalière ou équivalente.

Afin de garantir un esprit d'innovation dans le respect du progrès médical, de la demande en soins ainsi qu'une remise en question constante des pratiques dans le domaine médical, le Collège médical propose de limiter le mandat du directeur général (ainsi que des autres directeurs administratifs, médicaux et des soins) dans le temps. Un mandat de cinq ans éventuellement renouvelable une fois devrait permettre aux institutions hospitalières ainsi qu'aux paysages hospitaliers luxembourgeois d'ouvrir la porte aux idées nouvelles et aux demandes des générations futures.

Les Conseils d'administration des différents hôpitaux ont quant à eux la mission de contrôle sur les directions.

Article 32 : Missions et autorité du Directeur général

Quant aux attributions du directeur général, le Collège médical s'étonne des pleins pouvoirs qui sont confiés au directeur général par le projet de loi.

Si le règlement général d'une institution hospitalière tombe sous le ressort du Conseil d'administration et de la direction, de préférence en concertation avec les organismes représentant les différents groupements professionnels de cette dernière, le Collège médical trouve malsain que ses pouvoirs englobent la nomination « ex cathedra » des médecins, les Conseils médicaux n'ayant que droit d'avis.

De l'avis du Collège médical le recrutement de nouveaux médecins doit se faire par la base, par les médecins de l'unité de service, qui connaissent le mieux les éventuels déficits à combler dans leur service et les éventuelles nouvelles compétences à pourvoir et qui peuvent le mieux évaluer les compétences tant professionnelles que humaines d'un nouveau collaborateur.

Il serait donc plus judicieux de confier la sélection de nouveaux médecins aux instances professionnelles de ces derniers, c'est-à-dire au Conseil médical épaulé d'un « Conseil scientifique » spécifique à la spécialité en question. Ceci afin de garantir les qualifications professionnelles (médicales) ainsi que les compétences sociales des nouveaux médecins. En effet, un organe d'experts indépendants est plus capable de juger de façon critique les diplômes, formations et expériences des candidats se présentant à un poste.

Cette démarche exige toutefois pour cet organe de recrutement la pleine confiance de la part du Conseil d'Administration de l'institution.

De ce fait, l'avis du Conseil médical et de ce Conseil scientifique devrait être contraignant.

Article 33 :

Le Collège médical constate que l'article 33, sur les directeurs médical, administratif et des soins, s'étend de façon exhaustive sur la fonction du directeur médical. Si effectivement le directeur médical a pour attribution de gérer le « core business » de l'institution hospitalière, une description un peu plus détaillée des obligations et pouvoirs du directeur des soins ainsi que du directeur administratif aurait été la bienvenue.

En ce qui concerne le directeur médical, le Collège médical verrait d'un bon œil que ce dernier se fasse seconder par le Conseil médical de l'institution.

En effet, le Conseil médical, organe représentatif des médecins et autres professions médicales, pourra plus facilement fédérer les médecins pour l'acceptation des différentes décisions prises en comité de direction s'il est impliqué activement dans le processus décisionnel de l'entreprise.

Si l'agrégation de nouveaux médecins est décrite dans les commentaires du Collège médical de l'article 32, la proposition de révocation de médecins par le directeur médical devrait se faire en concertation et en accord avec le Conseil médical.

Quant aux besoins en compétences et moyens dans le domaine médical, ceux-ci devraient être définis en concertation entre le directeur général, le directeur médical et le Conseil médical.

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

Le Collège médical s'est prononcé dans les articles 31 à 33 sur certaines fonctions du Conseil médical et souhaite que ses propositions fassent partie intégrante des attributions de ce dernier. C'est-à-dire :

- a) un avis contraignant quant à l'agrégation et la révocation de médecins
- b) participation active à la stratégie de l'institution dans le domaine médical
- c) avis renforcé dans les discussions d'acquisition de nouveau matériel médical
- d) participation active dans l'établissement d'un formulaire thérapeutique comprenant les médicaments et le matériel disponibles au sein de l'établissement
- e) la participation active dans l'élaboration du règlement général

Il serait ainsi hautement recommandable que le président du Conseil médical (ou un représentant du corps médical) siège au Conseil d'administration de l'institution, avec droit de vote.

Il en va de même pour un représentant de la délégation du personnel.

A ce propos il est renvoyé à la Loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public «Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation» *article 4* : ... un membre du conseil médical ainsi qu'un membre de la délégation du personnel sont prévus de siéger au Conseil d'administration » et à la Loi modifiée du 10 décembre 1975 relative au Centre hospitalier de Luxembourg *article 4* « L'établissement est administré par une commission administrative composée de treize membres effectifs, à savoir six délégués de l'Etat, dont deux médecins et un délégué du ministre ayant le Budget dans ses attributions, trois délégués de la Ville de Luxembourg, deux délégués de la Fondation Norbert-Metz et deux délégués du personnel du Centre hospitalier, dont un médecin et un membre du personnel de soins, administratif, technique ou ouvrier ».

Remarque quant à l'alinéa 2 de cet article : Il n'y pas que des chefs de laboratoire électeurs !

Le Collège médical propose de reformuler cet alinéa dans sa dernière partie : « ... ainsi que par les pharmaciens et médecins exerçant dans les services de pharmacie et de laboratoire. »

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 coordinateur 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)

Il est hors de doute qu'il y a interdépendance entre l'obligation d'observation stricte du règlement général de l'hôpital et l'activité médicale qui n'est donc de fait plus libre, alors que le médecin doit quand même en assumer la responsabilité envers son patient et qu'il a l'obligation des moyens, ces moyens ne lui étant pas nécessairement mis à disposition.

Il ne voit pas d'inconvénient au point 5) concernant les obligations du médecin hospitalier si ses remarques et propositions sur l'article 34 sont respectées, notamment les points c) et d).

Il en va de même pour l'alinéa concernant le règlement général, si le point e) des commentaires de l'article 34 est respecté.

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.

« Le règlement général de l'établissement peut prévoir une participation financière du médecin hospitalier aux charges de l'établissement » : disposition nouvellement introduite dans ce projet.

Question : à quoi est destiné cet argent ? Actuellement les hôpitaux sont financés à 80% par le budget de l'Etat et à 20% par la CNS, donc en fait par tous les citoyens du pays (impôts pour l'Etat, cotisations pour la CNS) Est-il éventuellement prévu qu'un de ces financiers, voire les deux, vont diminuer leur contribution et que les médecins, citoyens comme tous les autres, soient unilatéralement chargés une deuxième fois à participer au financement des hôpitaux ? Ceci est tout simplement inacceptable pour la profession médicale !

La dernière phrase de l'article 35 semble superflue et témoigne d'une volonté d'ingérence du Ministre dans l'organisation interne d'une institution hospitalière clairement définie. Il appartient aux pouvoirs juridiques de trancher en cas de non-respect d'une obligation légale, et non au ministre.

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.

Remarque : Il est constaté que ce qui précède (issu de l'avant-projet) ne figure plus tel quel dans le texte du projet et il a donc été tenu compte des suggestions du Collège médical, notamment en précisant que les pharmaciens organisent une activité hospitalière de pharmacie clinique.

Il paraît important au Collège médical de préciser plus en détail une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers. Il faut que - comme il est suggéré d'y intégrer la pharmacie hospitalière ou certaines de ses activités - que cette structure à part soit placée sous la responsabilité d'un pharmacien-gérant.

Sont dans la suite encore rappelées les autres suggestions du Collège ayant trait au règlement grand-ducal à prendre.

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

medecine » 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.)

Article 38 : le laboratoire d'analyses médicales

Il est constaté qu'à l'opposé des dispositions de l'avant-projet, il n'est plus prévu qu'un laboratoire hospitalier, dont chaque hôpital doit disposer pour ses analyses internes, puisse s'associer à un laboratoire privé, tandis que la possibilité d'une mutualité de laboratoires reste vaguement ouverte.

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

Il n'est pas mentionné dans ce texte comment ce dossier patient individuel puisse être intégré dans le dossier soins partagés(DSP), dossier électronique de chaque patient dont le projet est en train de se développer.

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.*

Il s'agit d'un outil absolument nécessaire permettant d'avoir tous les renseignements pour donner à la carte sanitaire, révisée donc tous les 2 ans, une base objective fiable afin de pouvoir l'adapter aux besoins réels. Malheureusement cette adaptation nécessaire se heurtera toujours au caractère restrictif de ce projet de loi.

Le Collège médical constate que le texte actuel prévoit que les diagnostics soient codés selon la plus récente mise à jour de la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (ICD-10-CIM)

Quant à la codification de l'activité (interventions et examens médicaux) il est constaté qu'il a été arrêté qu'elle se fera suivant la classification ICD-10-PCS.

Encore une nouvelle Commission consultative de la documentation hospitalière composée de 6 membres et 6 suppléants est donc créée !!

Article 41 : *l'information par écrit sur les droits et devoirs qu'a 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, doléances et 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 50 : *pas de commentaires*

Article 51 : Comme déjà énoncé au commentaire de l'article 34, le Collège médical apprécie que parmi les 11 membres du conseil d'administration du CNRFR figure obligatoirement un membre représentant les médecins et un membre représentant le personnel non-médecin. Ceci devrait être un modèle contraignant pour tous les conseils d'administration (gestionnaire) de tout hôpital.

Articles 52 à 58 : *pas de commentaires*

ANNEXES

Le Collège Médical constate que le projet de loi comprend dans les annexes certaines nouvelles stipulations qui ne ressortent pas du texte de base.

Le Collège médical marque son désaccord vis-à-vis de l'intention de changements substantiels par rapport à la situation actuelle.

A titre d'exemple :

Annexe 2 page 44

L'annexe 2, page 44, exige dans la définition des services que dorénavant un gynécologue, un anesthésiste et un pédiatre doivent obligatoirement être sur place, 24/24h, 365 jours par an dans un service de maternité.

Ceci dépasse, à la connaissance du Collège médical, de loin les textes légaux actuellement en vigueur, sans que la question du financement ou de l'assurance pour un tel "service public" soit abordée.

Annexe 2 page 47

Le nombre minimal de lits par service de psychiatrie aigu est fixé à 35 alors qu'il est actuellement de 45. Théoriquement ceci pourrait mener à une diminution de 40 lits de psychiatrie aigue au niveau national, ce qui semble tout à fait irréaliste si on tient compte du fait que le nombre de 45 lits par service, fixé il y a des années, se basait sur une population de 100.000 d'habitants inférieure à la population actuelle.

Les places d'hôpital de jour, actuellement fixées à 15 par service aigu, ne sont plus mentionnées.

Conclusion

Vis-à-vis de l'avant-projet de loi de janvier 2016, avisé par lui le 29 mars, le Collège médical constate quelques changements respectivement améliorations pour la planification hospitalière dans le projet de loi sous avis.

Mais se pose toujours 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., même si le nombre autorisable a entretemps été révisé vers le haut, ce qui montre bien l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons dans la planification même à court et moyen terme : en dedans de quelques mois il a été jugé nécessaire de réviser le nombre de lits vers le haut, de rajouter encore une pathologie susceptible de bénéficier du statut de réseau de compétences, de ne plus fixer dans la loi le nombre d'équipement lourd et coûteux, mais de le soumettre à un règlement grand-ducal, plus flexible etc.

Le Collège médical apprécie que l'auteur du projet ait suivi l'avis unanime de tous les concernés - qui aurait dû être la logique même dès le projet de règlement grand-ducal initial voire de l'avant-projet - que tout hôpital doive disposer de tous les services de base de la médecine et de la chirurgie, et qui peuvent maintenant être autorisés.

Malheureusement il en reste toujours dans ce projet qui se voient limités sur un, deux ou trois sites seulement (chirurgie plastique, ophtalmologie, chirurgie du rachis, chirurgie vasculaire, neurovasculaire...)

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 renommés maintenant en réseaux de compétences et des pathologies ou groupes de pathologies s'y rapportant. Comme suggéré dans le commentaire de l'article 30 y relatif, il propose de retirer cet article du projet et de le remplacer par des dispositions fixées par règlement grand-ducal.

Le Collège médical prône la présence de la profession médicale dans les organismes de gouvernance des hôpitaux et il insiste d'y remédier comme il est stipulé dans les commentaires aux articles y relatifs (31, 34, 51).

Enfin l'ouverture de la voie, prévue dans ce projet, de faire participer financièrement les médecins hospitaliers aux charges des établissements, constitue un vrai no-go, pour les raisons évoquées dans le commentaire de l'article 35 y relatif : le financement des hôpitaux (infrastructure et frais de personnel) et de la médecine (séjours hospitaliers, « passages » en unité technique, frais variables, honoraires médicaux...) au Luxembourg est imputable intégralement à l'État et à l'organisme de sécurité sociale (CNS).

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 se développer au même rythme que 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 13 octobre 2016

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,

Dr Roger HEFTRICH

Le Président,

Dr Pit BUCHLER