

N° 7056³**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2016-2017

PROJET DE LOI**relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**

* * *

**AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR
DE CERTAINES PROFESSIONS DE SANTE****DEPECHE DU PRESIDENT DU CONSEIL SUPERIEUR DE
CERTAINES PROFESSIONS DE SANTE A LA MINISTRE DE LA SANTE**

(7.12.2016)

Madame la Ministre,

J'ai le plaisir de vous communiquer, ci-après, l'avis des membres du Conseil Supérieur de Certaines Professions de Santé, ci-après dénommé CSCPS, relatif au Projet de loi sous rubrique.

Les domaines des professions médicales et de santé¹ constituent sans aucun doute les bases d'un établissement hospitalier. Les soins¹ apportés aux patients ainsi que la sécurité et la prévention sont donc étroitement liés aussi bien au secteur médical qu'à celui des soins¹. L'importance accordée à l'ensemble des professions de santé¹ telles que définies par la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé d'une part et à celui des professions médicales d'autre part à l'intérieur de cette symbiose varie selon les différents domaines de l'établissement hospitalier. Dans les secteurs médicotéchniques et d'aides et de soins, que ce soit l'hospitalisation aiguë, le moyen ou le long séjour, les soins palliatifs et la gériatrie, le cumul des compétences des professions médicales et des professions de santé¹ a fait ses preuves depuis de longues années.

C'est la raison pour laquelle il nous est impossible d'accepter que les professions de santé¹ soient marginalisées d'une part dans les commissions nationales et ne soient décrites, d'autre part, que d'une manière très vague dans l'organigramme des directions des établissements hospitaliers. Les soins¹ passent au second plan et ne sont censés détenir qu'un rôle consultatif, mais non pas décisif. Cette approche ne correspond nullement à la réalité. Les professions de santé¹ telles que définies par la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ont atteint, de par leur formation, un rôle qui leur est propre ainsi qu'un niveau de compétences leur permettant de prendre les décisions nécessaires dans leurs domaines respectifs. Dans l'ensemble des secteurs hospitaliers, une collaboration entre le domaine médical et celui des soins¹ est indispensable.

L'évaluation des besoins sanitaires nationaux prévue à l'article 3 devrait comporter un point supplémentaire, à savoir la définition des dotations minimales en personnel médical et en professionnels de santé¹ avec spécification des qualifications minimales requises pour ces différents services, et ceci selon des critères précis. Les membres du CSCPS sont d'avis que c'est le seul moyen pour garantir une qualité égale des soins¹ au niveau national.

En ce qui concerne l'article 2, alinéas 4 et 5 relatifs aux „lits d'hospitalisation de longue durée“ et les „lits d'hospitalisation de jour“, le CSCPS constate que le projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière manque de précision sur le virage ambulatoire et son organisation interne, ainsi que sur tout ce qui relève des relations avec les structures de soins¹ externes.

¹ „soins“, „domaine de soins“, „professions de santé“ et „professionnels de santé“ désignent les professions de santé telles que définies à l'article 1 de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, ainsi que leur champ d'activité

L'article 4, alinéa 4 prévoit un nombre limitatif de lits de moyen séjour et de séjour de longue durée.

Le CSCPS est d'avis que ces propositions ne correspondent nullement, ni à la réalité, ni aux besoins de la population. Le CSCPS propose la création de structures de moyen et long séjour à proximité de l'hôpital aigu, ainsi que du domicile du patient et de ses proches. L'organisation de ces structures nécessite un règlement grand-ducal en concordance avec l'ensemble des prérequis de leur fonctionnement, telles que par exemple l'ensemble des pathologies traitées, les interventions avec hospitalisation de jour, le nombre des interventions du corps médical, ainsi que celui des professionnels de santé¹.

Le CSCPS approuve la création d'un Comité d'Ethique Hospitalier Commun à l'article 27, mais déplore qu'aucun représentant des professionnels de santé¹, désigné par le CSCPS, n'y soit prévu.

Le CSCPS propose de garder les structures locales des Comités d'Ethiques dans les différents centres hospitaliers et suggère que le Ministère de la Santé élabore une directive réglementant la composition de ces dits comités afin de garantir une composition équitable et homogène de ceux-ci.

Il en est de même pour le Comité de Gestion Interhospitalier créé par l'article 30, pour la Commission Consultative de la Documentation Hospitalière, introduite à l'article 40, ainsi que pour le Comité National de Coordination de l'Assurance Qualité des Prestations Hospitalières (article 25).

Dans le contexte de la documentation hospitalière, le CSCPS rappelle que le dossier du patient est composé en majeure partie par la documentation des soins¹ prestés par les professionnels de santé¹. Il nous est donc absolument incompréhensible qu'aucun représentant des professions de santé¹ n'y soit prévu.

Pour ce qui en est du Comité National de Coordination de l'Assurance Qualité des Prestations Hospitalières (article 25).

Ce Comité, déjà prévu à l'article 23 du Règlement Grand-Ducal du 13 mars 2009 établissant le Plan Hospitalier et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, devrait être adapté dans une optique de gestion des risques, associée à une expertise médico-soignante. Dans ce contexte, le périmètre des risques doit être élargi aux vigilances autres que la prévention de l'hygiène. Il faut identifier les vigilances légales telles que l'hémovigilance, la matériovigilance, l'identitovigilance.

Dans les articles 33 à 35, les compétences, les devoirs ainsi que les diplômes requis pour être membre de la Direction Médicale sont clairement définis et explicitement décrits, tandis que les profils pour faire partie de la Direction des Soins et de la Direction Administrative et Technique n'y sont même pas mentionnés.

Le CSCPS revendique une qualification minimale de Master en Santé Publique ou équivalente pour la Direction des Soins.

En ce qui concerne l'article 35, à notre avis, une réorganisation uniforme et nationale du corps médical s'avère imminente. Tous les médecins „hospitaliers“ bénéficiant d'une structure de haute technologie extrêmement coûteuse devraient travailler, en tant que salariés et sous la responsabilité du médecin coordinateur ainsi que du directeur médical. A notre avis, il est absolument indispensable de réfléchir, à court terme, au passage à la médecine salariée pour tout médecin exerçant majoritairement dans un établissement hospitalier.

Les membres du CSCPS souhaitent des précisions concernant le „droit de regard“ dont dispose le directeur médical „sur les indicateurs de résultats et de performance des processus-clé, ainsi que sur l'activité des intervenants“ du domaine médical et de soins¹.

Un binôme à la hauteur des yeux „cadre médical/cadre soignant“ devrait être à la base d'une nouvelle organisation intra-hospitalière. Le seul droit de regard réciproque n'est en aucun cas suffisant pour garantir une organisation plus judicieuse des départements à l'enceinte de l'entreprise hospitalière sans que la liberté thérapeutique des médecins ne soit atteinte.

A ce sujet, les membres du CSCPS tiennent également à préciser qu'il est évident que l'ensemble des professionnels de santé¹ tels qu'énumérés et définis à l'article 1 de la loi du 26 mars 1992 sur

¹ „soins“, „domaine de soins“, „professions de santé“ et „professionnels de santé“ désignent les professions de santé telles que définies à l'article 1 de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, ainsi que leur champ d'activité

l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé doivent être placés sous l'autorité de la Direction des Soins.

Le CSCPS constate que les articles 13, 14 et 15 ne prévoient, ni une planification innovante, ni des nouvelles règles de financement pour les équipements coûteux, tels que:

- Les équipements relatifs aux plans cancer;
- Les équipements relatifs aux projets de mise en sécurité (qu'ils soient techniques, médicaux-techniques ou fonctionnels);
- Les équipements relatifs aux plans de prévention;
- Les équipements de nouvelles technologies innovantes en pleine évolution;
- Le remplacement des équipements initialement financés par la CPH et dont la CTI prendrait le relais en supplément budgétaire;
- Les modes de financement alternatifs comme le leasing, la location, le paiement à l'acte ou autre.

Le CSCPS constate qu'il manque le lien important entre les investissements énumérés ci-dessus et leur impact avec les réseaux de compétences mentionnés dans le Plan Hospitalier. A l'avenir, la Direction de la Santé en collaboration avec la CPH, devra assumer son rôle de planificateur pour l'ensemble des investissements coûteux énumérés ci-dessous.

- Les équipements „rares“, „exceptionnels“, avec des conditions d'emploi particuliers et/ou une valeur ajoutée d'innovation;
- Les équipements coûteux (> à 300.000 €) pour lesquels la planification nationale doit être définie (salles hybrides, scanner, IRM, chirurgie et diagnostique soutenu par la robotique, médecine nucléaire radiothérapie etc.);
- Les équipements faisant partie des Plans Cancer ou des risques sanitaires (pandémies);
- Les équipements faisant partie des constructions hospitalières;
- Les équipements rentrant dans les mises en sécurité imposées par l'ITM et autres organismes agréés.

Le CSCPS propose donc la création par règlement grand-ducal d'un Comité consultatif, rapportant directement au Directeur de la Santé ou à la CPH. Ce comité serait composé par des experts médicaux, médicotecniques, d'ingénierie biomédicale, financiers et autres.

Ses missions seraient les suivantes:

- Valider les plans d'investissements annuels, biannuels, quinquennaux et les demandes coûteuses au-dessus du seuil défini par règlement grand-ducal;
- Evaluer et proposer des recommandations d'emploi particulières d'un appareil ou matériel;
- Evaluer le potentiel d'innovation du regard de l'évolution du marché;
- Evaluer les coûts globaux d'acquisition et d'exploitation;
- Analyser le potentiel de mutualisation;
- Analyser l'adéquation de la demande en vue des besoins exprimés.

Les recommandations de ce comité seront primordiales pour permettre un dialogue au niveau de la Direction de la Santé et de la CPH et pourraient garantir une homogénéité dans le traitement des demandes et de la répartition des moyens. D'autre part, la maîtrise des nouvelles technologies en cohérence avec les objectifs de santé publique restera un challenge pour une stabilité budgétaire et une pérennité d'investissement.

Les règles financières, telles que présentées à l'article 15, ne sont que partielles et inapplicables. Ces règles telles que proposées actuellement dans le Plan Hospitalier restent limitées. On n'évoque nulle part les possibilités de leasing, de location, de pay-per-use, etc.

De plus, une nouvelle répartition du taux de prise en charge entre le Ministère de la Santé et la CNS s'impose. Le financement doit être lié avec l'autorisation délivrée, même si la prise en charge du Ministère et de la CNS peut varier selon le type de matériel (80/20 ou 50/50 ou autre). Si pour les premiers investissements, la prise en charge financière est acquise il faudra garantir le financement des renouvellements et des upgrades accordés.

En ce qui concerne la participation financière,

- L'Etat doit participer au financement de tous les équipements précités dans la planification hospitalière nationale et définir des seuils d'éligibilité;

- Il faut garantir la prise de relais financière par la CTI et les leviers d'indexation du budget courant si le Ministère de la Santé veut rester sur la participation financière du 1^{er} investissement (pour notamment les équipements faisant partie des constructions). Actuellement, ce n'est pas toujours le cas.
- Les réflexions sur les modes de financement alternatifs devront être engagées rapidement pour apporter notamment un dynamisme à la réactivité parfois nécessaire mais toujours dans un contexte maîtrisé.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

*Conseil Supérieur de Certaines
Professions de Santé*

Le Président

Romain POOS