



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

MB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 28 octobre 2010 (à 8.30 heures)

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
- Rapportrice: Mme Lydia Mutsch
 - Continuation de l'examen du projet de loi

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombero, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner
M. Gast Gibéryen, observateur

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Frank Gansen et M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

En début de réunion, M. le Ministre de la Santé et de la Sécurité Mars di Bartolomeo fait distribuer aux membres de la commission, deux avant-projets de règlements grand-ducaux, à savoir:

- l'avant-projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin coordinateur;

- l'avant-projet de règlement grand-ducal portant exécution de l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. (voir annexes 1 et 2)

Dans un souci de bonne transparence, le ministre a pris l'option de communiquer les deux textes à la commission parlementaire au moment où ils n'ont pas encore été avisés ni par le Conseil de Gouvernement, ni par les acteurs concernés du secteur de la santé. Ces textes sont censés fournir à la commission des informations utiles sur l'orientation des mesures d'exécution de la loi-cadre. Compte tenu que la phase d'élaboration de ces textes est toujours celle de l'avant-projet, il n'y a pas lieu de s'attarder sur tout détail, mais de se limiter aux lignes directrices.

En ce qui concerne plus particulièrement la nouvelle fonction de médecin coordinateur, le projet de loi propose d'ancrer cette nouvelle fonction à l'article 29 de la loi hospitalière. Le médecin coordinateur prend le rôle d'interlocuteur du directeur médical et des autres organes de l'établissement hospitalier qui assurent le développement et la coordination de l'activité médicale d'un ou de plusieurs services hospitaliers. Le médecin coordinateur veillera notamment à la bonne planification de l'activité médicale, au bon fonctionnement des services, à la qualité des prestations, à la standardisation des traitements et de la prise en charge des patients ainsi qu'à l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Le médecin coordinateur n'est pas le chef du personnel, mais la création de sa fonction est innovatrice dans le secteur hospitalier dans la mesure où elle mettra fin à l'absence actuelle de relais de coordination entre la direction médicale, l'hôpital et les services médicaux.

Le médecin coordinateur favorisera ainsi la cohésion de l'activité médicale qui actuellement peut être mise en péril par une trop grande empreinte d'individualisme. Par cette innovation, la structure des établissements hospitaliers luxembourgeois s'alignera sur ce qui depuis longtemps est monnaie courante à l'étranger, notamment en Allemagne et en France.

Dans la mesure où le texte légal prévoit que les médecins coordinateurs sont nommés par l'organisme gestionnaire et placés sous l'autorité du directeur médical, cette disposition peut être ressentie par les médecins hospitaliers en exercice libéral comme entorse aux principes de leur statut. Toutefois, la médecine libérale exercée dans un établissement hospitalier, financée exclusivement par des deniers publics, ne peut pas seulement se prévaloir de droits, mais également s'inscrire dans une démarche solidaire dans l'intérêt de la cohésion et de la qualité des soins médicaux dispensés aux patients.

*

La commission poursuit la présentation et l'examen des points saillants de la réforme.

1. Les centres de compétences et les filières de soins

D'emblée M. le Ministre tient à souligner que les critiques publiques ont imputé à ces notions des motifs et intentions qui manifestement ne sont pas fondés. Par ailleurs, l'idée de la création de centres de compétences a en quelque sorte déjà fait son chemin avant la création légale proprement dite. Ainsi l'Institut national de chirurgie cardiaque interventionnel (INCCI) est à considérer comme un tel centre d'excellence au sens de la notion de centre de compétences prévue par le projet de loi. Actuellement peuvent encore prétendre de correspondre à ce concept, le Centre de Radiothérapie François Baclesse et le Centre de réadaptation fonctionnelle (REHAZENTER).

La nécessité de la création de centres de compétences se dégage du fait qu'il est établi que l'excellence des soins d'un prestataire ou d'un service ne permet d'obtenir un résultat optimal pour le patient que si les soins prodigués s'inscrivent dans une séquence coordonnée d'actes et d'interventions thérapeutiques par les différents services médicaux.

L'expérience faite au cours des dernières années, notamment au sein des institut et centres prénommés, a incontestablement démontré la plus-value pour les patients d'une concentration des ressources et des cas à traiter.

Dans la discussion autour de la création de centres de compétences, il faut aussi se défaire de l'idée que ce genre de centre "appartient" à un établissement hospitalier déterminé. Le centre de compétences, dans la plupart des cas, sera certes rattaché géographiquement à un établissement précis, mais tous les autres établissements hospitaliers coopérant dans le cadre de la mise en place du centre y auront accès par le biais des médecins spécialistes agréés. Actuellement la nécessité de la mise en place d'un centre de compétences se fait surtout sentir au niveau de la prise en charge des accidents vasculaires-cérébraux (AVC-stroke unit). Certains hôpitaux ont développé des initiatives plus ou moins avancées en ce sens, sans que toutefois pour l'instant la prise en charge des patients victimes d'un AVC n'ait atteint un niveau d'excellence comparable, par exemple, à celui de l'INCCI.

Or, le patient a le droit d'être pris en charge par une unité spécialisée et hautement compétente, capable de lui assurer les meilleurs soins possibles, sur base de lignes directrices internationales, dans une situation où la qualité de sa survie est en jeu.

Inversement, le patient ne doit surtout pas devenir victime de soins non optimaux en raison du fait que certains services se croiraient erronément en mesure d'assurer cette prise en charge. A partir du moment où un ou plusieurs centres de compétences pour la prise en charge de l'AVC auront été déterminés, il est évident que les secours préhospitaliers aiguilleront d'office les patients en urgence vers un tel centre. Cette façon de procéder améliorera significativement les chances de survie du patient.

Quant à la procédure à suivre pour se faire reconnaître la qualité de centre de compétences, il est prévu qu'en dialogue avec la Direction de la Santé, la Caisse nationale de Santé et, dans la mesure du possible, avec la représentation des patients active dans le domaine concerné, les milieux professionnels intéressés élaborent un projet commun formalisé sous forme d'un cahier de charges.

Sur base de la fréquence des pathologies, du nombre de patients et des lignes directrices internationales seront déterminés les besoins en centres de spécialisation pointue dans notre pays. Sur base du cahier des charges porté à l'attention des milieux professionnels concernés, les établissements et services intéressés pourront ainsi se fédérer autour d'un projet commun.

D'autres domaines se prêtant à la mise en place de centres de compétences et de filières de soins sont celui de l'oncologie pour ce qui concerne certaines interventions hautement spécialisées, la médecine de l'environnement et la prise en charge des problèmes pointus en gériatrie. M. le Ministre relève encore qu'un domaine dans lequel le besoin d'un centre de compétences se fait particulièrement sentir est celui de la transplantation d'organes. Tous les spécialistes devront avoir accès à un tel centre, aussi bien pour les activités de prélèvement que de transplantation d'organes.

Les idées directrices devant guider la mise en place des centres de compétences sont d'abord l'identification d'un besoin, le développement d'un concept stratégique et la volonté des acteurs intéressés de se fédérer autour d'un tel projet commun. L'adhésion des acteurs est d'une importance primordiale. Pour promouvoir cette adhésion, il faut également se défaire de l'idée qu'un centre de compétences "appartient" à un établissement déterminé. Voilà pourquoi, il faudra veiller à ce qu'un centre de compétences soit accessible à tous les spécialistes concernés. A noter encore que les centres de compétences ou filières de soins une fois définis seront ensuite formellement inscrits dans le plan hospitalier.

Il est évident que la recherche clinique constitue un volet important dans les activités d'un centre de compétence. A ce niveau encore, il est indispensable que les activités de recherche ne soient pas dispersées, mais qu'elles soient exercées en commun, le cas échéant, avec la finalité d'obtenir le label universitaire.

M. le Ministre constate actuellement auprès des acteurs sur le terrain une plus large disponibilité de mettre fin au morcellement des compétences, souvent préjudiciable à l'intérêt du patient, et d'œuvrer dans le sens d'une concentration des compétences, fût-ce dans certains cas de façon virtuelle sans rattachement précis à un hôpital déterminé. On peut en effet envisager que, plutôt que de coexister en tant que filières de soins isolées séparément dans plusieurs établissements, ces derniers décident d'associer ces filières dans l'intérêt de la qualité des soins. Une telle association de filières pourrait se voir reconnaître la dénomination de centre de compétence virtuelle.

Tous les acteurs doivent se remettre à l'évidence qu'il existe certains critères minima à respecter pour pouvoir exercer certaines activités médicales hautement spécialisées et exigeantes au niveau de qualité requis au plan international. L'intérêt général de la santé publique exige que le patient bénéficie en tout état de cause d'une prise en charge optimale. Ceci se trouve encore corroboré, par la négative, par des statistiques concernant par exemple dans le chef de certains prestataires, des interventions chirurgicales d'une fréquence dérisoire (p.ex. une opération du sein tous les quatre ans) ou des interventions à répétition devenues nécessaires en raison du manque d'expérience du prestataire.

Pour le patient, il sera d'un intérêt primordial de se voir informer sur la localisation géographique des compétences spécialisées. En général, la visibilité des compétences des différents centres et services devra être améliorée; il fait partie des droits élémentaires du patient d'être informé sur la fréquence de la pratique d'une intervention déterminée à laquelle il s'apprête à se soumettre dans les différents services afin de pouvoir orienter son choix en fonction de ce critère.

Pour conclure sur ce point, M. le Ministre relève que la coopération hospitalière transfrontalière, hautement souhaitable, ne pose pas problème dans tous les domaines où dans notre pays le morcellement des compétences a été dépassé au profit d'une mise en commun cohérente des ressources et compétences.

Aussi, la liberté de choix du patient n'est-elle nullement remise en cause par la notion de centre de compétences. Quel serait, en effet, l'intérêt du patient de demeurer "libre" de se

soumettre à une opération de chirurgie cardiaque dans un établissement hospitalier local, non ou insuffisamment équipé, alors que seul l'INCCI peut lui offrir une prise en charge optimale?

2. La budgétisation commune des établissements hospitaliers

Dans le souci d'une meilleure coordination et d'un gain d'efficacité, le projet de réforme propose de subordonner les budgets des établissements hospitaliers à une enveloppe budgétaire globale. Cette mesure doit apporter un soutien à l'idée d'une gouvernance commune du secteur hospitalier avec l'objectif prioritaire d'éviter des doubles emplois et la concurrence malsaine. En revanche, sont à privilégier la recherche de synergies et la collaboration.

La croissance du budget du secteur hospitalier sera proche de celle de l'économie en général, sous le bénéfice d'une application généreuse de ce parallélisme au profit du secteur hospitalier.

Les négociations avec le secteur dans son ensemble amèneront l'un ou l'autre établissement à opérer des choix consistant le cas échéant à abandonner certaines activités ne remplissant pas le critère de la masse critique exigée, au profit d'autres activités répondant mieux à sa vocation.

L'enveloppe budgétaire globale est censée remplir le rôle de catalyseur pour une approche raisonnable en matière de croissance budgétaire dans le secteur hospitalier. Le nouveau système continuera à garder une certaine flexibilité, ceci notamment pour faire face à des imprévus ou à des situations exceptionnelles.

3. Le statut du médecin hospitalier

A l'avenir, le contrat d'agrément entre le médecin hospitalier et l'hôpital devra davantage régler les droits, mais aussi les devoirs des deux parties. Ainsi l'article 31 de la loi hospitalière prévoira dorénavant que le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier, soit par un contrat d'agrément, soit par un contrat de travail (p.ex. médecins salariés au CHL).

Le texte dispose que le médecin hospitalier agréé exercera son activité, à titre principal ou accessoire, dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical, mais en respectant le cadre défini par l'organisme gestionnaire dans le règlement interne, notamment en ce qui concerne la démarche qualité, la prévention des risques et la continuité des soins et des gardes.

Le médecin hospitalier garde donc la liberté thérapeutique au lit du malade, mais son activité, exercée sous statut libéral, sera dorénavant cadrée et doit s'inscrire dans la cohérence et les objectifs définis par le gestionnaire. Selon M. le Ministre, cette mesure découle de l'évidence même. Dans le secteur hospitalier financé intégralement par des deniers publics, le gestionnaire doit pouvoir poser des standards et règles internes à respecter par tous les intervenants.

Par ailleurs, dans le domaine de la documentation des soins de santé, il devra être assuré que l'organisme gestionnaire obtienne communication par les médecins hospitaliers des données administratives de leur facturation des soins de santé dispensés aux patients.

4. Le dossier de soins partagé – Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé

En fin de réunion, l'expert gouvernemental présente des explications succinctes concernant le dossier de soins partagé et l'Agence E-Health, faisant l'objet des articles nouveaux 60bis, 60ter et 60quater du CSS.

Pour le détail, il est renvoyé au point 3) du procès-verbal n° 3 de la réunion du 26 octobre 2010 ainsi qu'aux explications circonstanciées figurant à l'exposé des motifs et au commentaire des articles en question.

Luxembourg, le 4 novembre 2010

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

- Annexes: 1) Avant-projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin coordinateur;
- 2) Avant-projet de règlement grand-ducal portant exécution de l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Avant-projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, et notamment son article 29;

Vu l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier;

Vu l'avis du Collège médical;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en conseil;

Arrêtons :

Art. 1^{er}. Tout organisme gestionnaire d'un hôpital ou d'un établissement hospitalier spécialisé de plus de 175 lits peut nommer sur proposition du directeur général un ou plusieurs médecins-coordonateurs qui assureront les fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale d'un service ou d'un groupement de services, en collaboration étroite avec le responsable soignant du ou des services, respectivement les structures dirigeantes compétentes de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier.

Avant de procéder à la nomination d'un médecin-coordonateur, l'organisme gestionnaire demande les avis du chef du département médical, du conseil médical, des médecins du ou des services visés et, le cas échéant, du chef du ou des services visés.

Le mandat d'un médecin-coordonateur est d'une durée de 5 ans. Ce mandat est renouvelable.

Dans les hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés de moins de 175 lits, la fonction et les missions du médecin-coordonateur seront exercées par le directeur médical.

Art. 2. Tout médecin salarié ou agréé au sein de l'hôpital ou de l'établissement visé à l'article 1^{er} peut être nommé médecin-coordonateur à condition qu'il ait une expérience professionnelle hospitalière de 3 années à temps plein dans la spécialité médicale du service hospitalier dont il souhaite coordonner ou planifier l'activité médicale ou, en cas de groupement de services, dans une des spécialités médicales de ce groupement.

Avant d'être nommé médecin coordonnateur, le médecin visé à l'alinéa 1^{er} doit avoir suivi une formation en gestion hospitalière comportant les aspects suivants:

- a) le rôle et la position du médecin-coordonateur,
- b) le cadre légal et les modalités de financement du secteur hospitalier luxembourgeois,
- c) la gestion de la qualité et des risques,

d) les compétences sociales et humaines

ou une formation reconnue comme équivalente par le ministre ayant la Santé dans ses attributions.

Art. 3. Le médecin-coordonateur peut exercer sa fonction à temps plein ou à temps partiel avec d'autres fonctions dans le même hôpital ou établissement hospitalier.

Il souscrita avec l'hôpital ou l'établissement hospitalier visé un contrat de prestations de services qui précisera les services hospitaliers qu'il sera amené à coordonner, la durée hebdomadaire ou mensuelle qu'il devra dédier aux activités de coordination et de planification, les modalités de calcul et le montant de sa rémunération ainsi que les conditions de sa mission de coordination.

La fonction de médecin coordonnateur est incompatible avec la fonction de chef du département médical ou président du Conseil médical.

Art. 4. Le médecin-coordonateur veille à la continuité des soins médicaux. Il établit le tableau de garde et le plan de service des médecins du ou des services dont il assure la coordination.

Il élabore une procédure d'admission et de renvoi des patients de son service ou groupement de services.

Avec les services compétents de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier, il optimise la gestion des lits de son service ou groupement de services, détermine les modalités d'accès et d'utilisation des plateaux et équipements techniques et coordonne les activités ambulatoires du ou des services.

Art. 5. Le médecin-coordonateur veille à la consignation et à la traçabilité de l'activité médicale du ou des services.

Il a accès au dossier individuel visé à l'article 36 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers de tout patient de son service ou groupement de services. Il veille à ce qu'un tel dossier médical soit ouvert pour chaque patient, à la bonne tenue de ces dossiers et à leur conservation à l'hôpital ou dans l'établissement hospitalier.

Art. 6. Le médecin-coordonateur dispose d'un droit de regard sur toutes les activités médicales du service ou du groupement de services dont il coordonne l'activité. Hormis les cas d'urgence, il n'est cependant pas autorisé à intervenir ou à prendre une décision relative au traitement médical d'un patient pris en charge par un médecin de ce service ou groupement de services.

Art. 7. Le médecin-coordonateur promeut la qualité et l'amélioration continue des prestations médicales et de soins de son service ou groupement de services, en collaboration avec le responsable soignant du ou des services.

Dans un but d'optimiser les procédures de traitement, d'utilisation des médicaments, de matériels médicaux et dispositifs médicaux, le médecin-coordonateur prévoit en concertation avec les médecins de son service ou groupement de services des conduites thérapeutiques correspondant à des itinéraires cliniques établis en commun. Le médecin-coordonateur assure ensemble avec ces médecins, le responsable soignant du service et le pharmacien la promotion d'une politique de standardisation des médicaments, matériels et procédures utilisés. En concertation avec le responsable soignant du ou des services, il transpose la politique de qualité définie au niveau institutionnel, qu'il se charge de faire respecter et appliquer.

Le médecin-coordonateur collabore avec le chef du département médical et les structures compétentes de l'établissement hospitalier ou de l'hôpital à l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité ainsi que de critères d'évaluation des pratiques médicales.

Art. 8. Le médecin-coordonateur a accès à toutes les données statistiques relatives à l'activité médicale du ou des services qu'il coordonne. Il collabore avec le chef du département médical à l'évaluation des prestations médicales ainsi qu'à l'élaboration du budget de son service ou groupement de services.

A chaque fois qu'il l'estimera nécessaire, le médecin coordonnateur transmettra au chef du département médical un avis relatif :

- a) aux questions de dépenses budgétaires et d'investissement;
- b) aux questions de ressources humaines, en particulier sur la nomination, l'agrégation, le statut ou la révocation des médecins;
- c) aux besoins en et à la planification de la formation continue des médecins

de son service ou de son groupement de services.

Sur demande du Conseil médical, le médecin-coordonateur peut être appelé à donner un avis relatif à l'activité du service ou de services qu'il coordonne. Il peut solliciter l'avis du Conseil médical s'il l'estime nécessaire à une gestion ou une planification appropriée des services dont question.

Art. 9. Le médecin-coordonateur favorise la communication entre les médecins de son service ou groupement de services. Il est l'interlocuteur du chef du département médical, des autres services de son établissement ainsi que des autres prestataires de soins impliqués dans une filière de soins intégrée ou un centre de compétences dont feraient partie son service ou son groupement de services.

Il favorise l'intégration du service ou groupement de services qu'il coordonne au sein de filières de soins intégrée ou de centres de compétences.

Art. 10. Le médecin-coordonateur informe régulièrement les médecins et le personnel soignant de ses services de l'offre de cours de formation continue.

Art. 11. Le médecin-coordonateur veille dans son service au respect:

- a) de la législation et de la réglementation médicale et hospitalière,
- b) du Code de déontologie médicale sans préjudice des compétences du Collège médical en la matière,
- c) des droits des patients,
- c) du règlement général de l'établissement hospitalier dont il dépend,
- d) des projets de services du service ou des groupements de services qu'il coordonne,
- e) des contrats et conventions conclus avec d'autres prestataires dans le cadre de coopérations, de filières de soins intégrées et de centres de compétences.

Il se tient à la disposition des médecins et du personnel soignant afin de leur fournir toutes les informations relatives aux prédites réglementations.

Lorsque le médecin-coordonateur constate dans ses services le non respect par un médecin des points a) à e), il en avise la personne en question. Si le médecin-coordonateur estime qu'il s'agit d'un manquement grave ou répété à une des prédites règles, il en informe le chef du département médical.

Art. 12. Le médecin-coordonateur est informé par le chef du département médical de toute réclamation ou procédure disciplinaire engagée contre un médecin ou tout autre membre du personnel du service ou groupement de services dont il assure la coordination.

Art. 13. Lorsque le médecin-coordonateur constate qu'un médecin n'est plus apte à exercer son métier en raison de problème physique ou psychique, il en informe le chef du département médical.

• • **Art. 14.** Le médecin-coordonateur collabore avec le chef du département médical et les structures compétentes de l'hôpital ou l'établissement hospitalier aux dossiers concernant les procédures d'autorisation des établissements et services hospitaliers.

Art. 15. Notre Ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

- *Commentaire des articles* -

Art. 1^{er}.

L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier spécialisé ou d'un hôpital peut nommer un ou plusieurs médecins-coordonateur. L'utilisation du terme «peut» se justifie par le fait qu'il s'agit bien d'une faculté dont dispose chaque organisme gestionnaire et non d'une obligation de doter chaque service hospitalier d'un médecin-coordonateur.

Avant de procéder à une telle nomination un certain nombre d'avis doivent être demandés.

Cette disposition détermine encore la durée du mandat du médecin coordonateur.

Art. 2.

Cet article a trait aux conditions que doit remplir un médecin qui souhaite exercer la fonction de médecin-coordonateur. Cette disposition prévoit notamment une obligation de suivre une formation en gestion hospitalière.

Art. 3.

Le médecin agréé ou salarié d'un hôpital qui sera nommé médecin-coordonateur exercera cette fonction à temps partiel ou éventuellement à temps complet.

Il sera lié l'établissement hospitalier par un contrat spécifique de prestations de services relatif à cette fonction de médecin-coordonateur.

Art. 4.

Cet article à trait à la continuité des soins médicaux et à la planification de la gestion des lits dans le ou les services du médecin-coordonateur.

Art. 5.

Le médecin-coordonateur est responsable de la bonne tenue du dossier médical des patients de son service ou groupement de services.

Art. 6.

Cette disposition précise que sauf des cas d'urgence, le médecin-coordonateur n'est pas autorisé à intervenir dans le traitement médical d'un patient pris en charge par un autre médecin de son service ou groupement de services.

Art. 7.

Cet article a trait à la mise en place par le médecin-coordonateur et ce en concertation avec les médecins de son service ou groupement de services de procédures standardisées de prise en charge de patients, d'utilisation de matériel et de médicaments en vue de la promotion de la qualité et de l'amélioration continue des prestations médicales.

Art. 8.

Le médecin coordinateur peut être appelé à émettre un certain nombre avis.

Art. 9.

Le médecin-coordonateur favorise la communication entre les médecins de son service ou groupement de services ainsi que le dialogue entre ces derniers et le chef du département médical, les médecins des autres services ainsi que d'autres prestataires de soins éventuellement impliqués dans une même filière de soins intégrée ou un même centre de compétences.

Art. 10.

Le médecin-coordonateur informe les médecins de ses services de l'offre de cours de formation continue.

Art. 11.

Le médecin-coordonateur veille au respect d'un certain nombre de réglementations.

Art. 12.

Le médecin-coordonateur doit être informé de toute réclamation ou procédure disciplinaire engagée contre un médecin ou tout autre membre du personnel du service ou groupement de services dont il assure la coordination afin d'en tenir compte dans sa mission d'organisation et de planification de son ou ses services.

Art. 13.

Le médecin-coordonateur ne pouvant pas procéder lui-même à la révocation d'un médecin de son ou ses service et qui serait inapte à exercer son métier en raison de problème physique ou psychique, il en informe le chef du département médical.

Art. 14.

Le médecin-coordonateur collabore aux dossiers concernant les procédures d'autorisation des établissements et services hospitaliers.

Avant-projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur

- Exposé des motifs -

La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit que chaque hôpital et établissement hospitalier spécialisé de 175 lits est structuré en trois départements à savoir un département médical, un département des soins et un département administratif et technique.

La direction d'un établissement hospitalier est confiée à un directeur général nommé par l'organisme gestionnaire. Le directeur général est assisté dans sa mission par des chefs de département pour le département des soins, le département médical et le département administratif et technique dont la mission n'est pas précisément définie dans la prédite loi du 28 août 1998 ou dans ses règlements grand-ducaux d'exécution mais plutôt dans les règlements généraux des établissements hospitaliers en question.

A côté de ces organes de direction, le projet de loi portant réforme du système des soins de santé et modifiant: 1) le Code de la sécurité sociale et 2) la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers vise à introduire dans le milieu hospitalier la fonction de médecin-coordonateur qui tout en étant l'interlocuteur du chef du département médical ou des autres organes de l'établissement hospitalier assurera des fonctions de coordination ainsi que de planification d'un service ou d'un groupement de services et ce dans le respect des projets de services afférents et du projet d'établissement de l'établissement hospitalier.

Le médecin-coordonateur, ensemble avec les médecins de son ou de ses services, contribue à garantir le bon fonctionnement de l'activité médicale au son service ou groupement de services en s'assurant de la qualité et de l'amélioration continue des prestations de soins.

Le médecin-coordonateur sera amené à exercer son activité de coordination non seulement en concertation avec le chef du département médical mais aussi avec le chef de service ainsi que les médecins du service ou groupements de services dont il planifie les activités. Il sera l'interlocuteur de la direction médicale mais également le facilitateur de communication entre les médecins de son service et de dialogue avec la direction médicale ou des prestataires de soins d'autres services.

L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier spécialisé ou d'un hôpital peut nommer un ou plusieurs médecins-coordonateur. Il s'agit bien d'une faculté dont dispose chaque organisme gestionnaire et non d'une obligation de doter chaque service hospitalier d'un médecin-coordonateur.

Une telle nomination devra toujours se faire en concertation avec les médecins des services visés.

Le candidat au poste de médecin-coordonateur devra être un médecin salarié ou agréé de l'hôpital ou de l'établissement visé, jouir d'une certaine expérience professionnelle dans la spécialité médicale du ou des services hospitaliers qu'il entend coordonner et avoir suivi une formation en gestion hospitalière.

Une fois nommé, le médecin coordonateur sera lié par un contrat de prestation de services et il exercera sa mission de coordination à temps partiel ou à temps complet.

Le médecin coordinateur aura, sauf le cas d'urgence, un droit de regard sur les activités médicales du service ou groupement de services qu'il coordonne.

Les missions et les attributions de coordination ainsi que de planification du médecin-coordinateur sont des plus variées. Il collaborera avec toutes les structures de l'hôpital à l'élaboration de procédures standardisées de prise en charge de patients et d'utilisation d'infrastructures ou de matériels hospitaliers afin d'améliorer la qualité et la sécurité des prestations médicales de son service ou groupement de service.

Il interviendra encore dans la gestion des ressources humaines, dans l'organisation de formations continues, dans la planification de projets de services, dans la gestion budgétaire et dans la politique d'investissement de son service ou groupement de services. Le médecin coordinateur favorisera également l'intégration du service ou groupement de services qu'il coordonne dans des filières de soins intégrées ou dans des centres de compétence.

Le médecin-coordinateur sera appelé à contribuer au respect des droits des patients, de la réglementation applicable en milieu hospitalière ainsi que du règlement général et des projets de services des hôpitaux.

(27 octobre 2010)

AVANT-PROJET DE RÈGLEMENT GRAND-DUCAL

portant exécution de l'article 26bis de la modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau ;

Vu la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, et notamment son article 26bis ;

Vu les avis du Collège médical et du Conseil Supérieur de certaines professions de santé ;

Vu l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil ;

Arrêtons

Art. 1er.

(1) Lorsqu'il appert qu'une intégration des prestataires impliqués dans la prise en charge des patients présentant une affection ou un groupe d'affections offre un potentiel d'amélioration de la qualité ou de la sécurité de ce type de prise en charge, le ministre peut favoriser une telle intégration par la conclusion d'une convention d'objectifs et de moyens avec ces prestataires, aux fins d'une prise en charge coordonnée.

(2) L'utilisation des dénominations de « filière de soins intégrée » et de « centre de compétences » est réservée aux prestataires de soins de santé dont les prestations délivrées dans le cadre de la prise en charge d'une affection ou d'un groupe d'affections sont coordonnées au sein d'une filière de soins intégrée ou d'un centre de compétence, reconnu par le ministre conformément à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et aux dispositions du présent règlement.

Art. 2

(1) Préalablement à la conclusion d'une convention d'objectifs et de moyens, un cahier des charges préalable est dressé par la direction de la Santé et soumis pour avis préliminaire à la Caisse nationale de Santé, au Collège médical, au Conseil supérieur de certaines professions de santé et, le cas échéant, à la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Dans la mesure du possible, le cahier des charges préalable est soumis pour avis à une association de patients active dans le domaine concerné.

(2) Le cahier des charges préalable, par lequel le ministre fait appel à l'intégration des prestataires potentiellement impliqués, comporte au moins une description sommaire :

1. de l'affection ou groupe d'affections pour lequel l'intégration des prestataires autour d'un projet commun axé sur le devenir du patient est recherchée ;
2. des objectifs de santé publique recherchés ;
3. des disciplines et compétences auxquelles le cahier des charges préalable s'adresse prioritairement ;
4. des types d'indicateurs et de critères d'évaluation proposés ;
5. des modalités possibles de soutien à l'organisation structurelle de la filière de soins intégrée ou du centre de compétences intégré.

(3) Le cahier des charges préalable finalisé est publié par la voie électronique et porté à l'attention des milieux professionnels intéressés par les moyens les plus appropriés.

Art. 3

(1) En dialogue avec la direction de la Santé, la Caisse nationale de Santé et, dans la mesure du possible, avec une association de patients active dans le domaine concerné, les milieux professionnels intéressés élaborent un projet commun formalisé sous forme d'une proposition de cahier des charges définitif.

La proposition de cahier des charges doit notamment comporter :

1. un projet commun à la filière de soins ou au centre de compétences, axé sur le devenir des patients, comportant :
 - a. l'adoption de standards et de critères communs pour la prise en charge des patients ;
 - b. la documentation de ces standards et critères au sein du dossier de chaque patient, favorisant leur échange lors des transitions du patient d'une structure à l'autre ;
 - c. une vision du patient, à tous les stades de sa prise en charge, orientée vers son devenir à long terme ;
 - d. la collecte et l'évaluation d'indicateurs de résultats permettant aux prestataires de situer leur performance, au sein de la filière intégrée et par rapport à d'autres prestataires locaux ou étrangers ;
 - e. les modalités de réévaluation et d'adaptation régulières à l'évolution des connaissances.
2. un relevé des prestataires associés au projet, de leurs compétences et qualifications, de leur rôle au sein de la filière de soins intégrée, ainsi que des modalités d'association de nouveaux prestataires à la filière de soins intégrée.

3. les modalités d'organisation structurelle de la filière de soins intégrée ou du centre de compétences, dont :
 - a. une plate-forme de dialogue composée de représentants des prestataires, de représentants de la tutelle, et, si possible, de représentants de patients ;
 - b. une cellule managériale, dont la mission est de soutenir l'exécution de la stratégie auprès de chaque prestataire et de soutenir la réalisation des objectifs fixés par la plate-forme ;
 - c. une cellule d'expertise scientifique ;
 - d. un centre de traitement des données.

Les points b. à d. ci-avant sont facultatifs, en fonction des nécessités du projet.

4. un état prévisionnel des moyens humains, financiers et autres.

(2) En fonction des prestataires intéressés, le cahier des charges définitif peut ne couvrir qu'une partie de la séquence de prise en charge des patients présentant l'affection ou le groupe d'affections concernés. Dans ce cas, les prestataires impliqués élaborent un cahier de charges pour une filière de soins intégrée.

Lorsqu'un ensemble de prestataires couvrant la prise en charge d'une affection ou d'un groupe d'affections dans sa globalité élaborent un projet commun, ils constituent un centre de compétences.

Art. 4

(1) Sur base du cahier des charges définitif, une convention d'objectifs et de moyens fixe les moyens accordés par l'Etat et la Caisse nationale de Santé à la réalisation du projet, en fixant des objectifs précis à atteindre, ainsi que les critères et indicateurs d'évaluation appliqués.

(2) La convention d'objectifs et de moyens est conclue pour un période de cinq ans, avec une première évaluation de son fonctionnement au terme de deux ans.

(3) La convention d'objectifs et de moyens fixe les modalités suivant lesquelles elle peut être révisée ou résiliée avant terme, notamment comme suite à l'évaluation intermédiaire de son fonctionnement.

Art. 5 - Notre Ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

(27 octobre 2010)

AVANT-PROJET DE RÈGLEMENT GRAND-DUCAL

portant exécution de l'article 26bis de la modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau ;

Vu la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, et notamment son article 26bis ;

Vu les avis du Collège médical et du Conseil Supérieur de certaines professions de santé ;

Vu l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil ;

- Exposé des motifs -

Pour certaines maladies ou groupes de maladies, il est établi que l'excellence des soins d'un prestataire ou d'un service ne permet d'obtenir un résultat optimal pour le patient que si les soins prodigués s'inscrivent dans une séquence coordonnée de prestations délivrées par des prestataires ou services différents.

La coordination de la prise en charge est idéalement assurée par l'intégration des prestataires concernés autour d'un projet commun axé sur le devenir des patients.

L'intégration horizontale assure la coordination des actions des prestataires vers un objectif commun centré sur le patient, tandis que l'intégration verticale assure la co-responsabilisation des prestataires par rapport aux résultats globaux de la prise en charge.

L'expérience faite ces dernières années, notamment dans le cadre de certains services nationaux comme l'INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle), le Centre de radiothérapie François Baclesse ou le Centre de réadaptation fonctionnelle Rehazenter a démontré la plus-value d'une concentration des ressources et des cas à traiter (masse critique). L'amélioration continue de la qualité des résultats obtenus par de tels prestataires reste cependant dépendante de la coordination de leurs efforts avec les prestataires impliqués dans la prise en charge des patients en amont et en aval de ces structures.

Le développement de filières intégrées, réunissant à l'instar des services nationaux davantage de ressources et une masse critique des cas à traiter autour d'un projet commun aux prestataires participant à la filière de soins, constitue ainsi un défi important à relever dans un souci d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de notre système de soins de santé. Un outil précieux permettant de favoriser cette intégration des prestataires sont les conventions d'objectifs et de moyens relatives à la constitution d'une filière intégrée.

Le ministre détermine initialement, à travers le cahier des charges préalable, le domaine dans lequel il estime que l'intégration des prestataires présente un potentiel d'amélioration de la qualité ou de la sécurité des patients. Les filières de soins intégrées constituent cependant un regroupement volontaire des prestataires impliqués dans la prise en charge des patients concernés, qui souhaitent porter ensemble un projet cohérent.

Ce regroupement peut, le cas échéant, débiter avec un groupe embryonnaire de prestataires (au moins deux) au sein d'une filière de soins intégrée limitée quant à son ampleur. Celle-ci pourra ultérieurement se développer en filière intégrée de plus en plus « longue » (et complète) par association progressive d'autres prestataires et acteurs. Une filière intégrée réunissant l'ensemble des prestataires et acteurs assurant la prise en charge globale d'une affection ou d'un groupe d'affections devient un centre de compétences. La différence fondamentale entre filières de soins intégrées et centre de compétence est que, dans la première, l'association des prestataires peut éventuellement ne couvrir qu'une partie du parcours nécessité, et que, dans le deuxième, les prestataires associés s'engagent à prendre l'intégralité du parcours du patient en charge pour l'affection ou le groupe d'affections.

- Commentaire des articles -

Art. 1^{er}

Tel que précisé au niveau de l'exposé des motifs, la reconnaissance du statut de « filière intégrée » ou de « centre de compétences » constitue un moyen de favoriser l'intégration des prestataires au tour d'un projet commun axé sur le devenir de patients présentant une affection ou un groupe d'affections. Ceci, d'une part à travers le surplus en visibilité du fait de pouvoir utiliser les « labels » afférents, et, d'autre part, à travers les moyens financiers et autres soutiens accordés dans le cadre des conventions d'objectifs et de moyens afférents.

L'emploi du terme « peut » est en l'espèce justifié, alors que le recours à un appel en vue de la constitution d'un centre de compétences ou d'une filière de soins intégrée ne constitue pas le seul moyen à travers lequel le ministre de la Santé pourrait faire naître la nécessaire intégration des prestataires.

Art. 2

Cet article précise la procédure d'élaboration et le contenu minimal des cahiers des charges préalables, à travers lesquels le ministre dresse une description sommaire du domaine (affection ou groupe d'affection) dans lequel il souhaite voir naître un regroupement de prestataires en vue d'une intégration.

Art. 3

Comme suite à l'appel aux prestataires à travers le cahier des charges préalable, les prestataires désireux de participer à un projet commun, élaborent en dialogue avec la direction de la Santé et la Caisse nationale de Santé, un projet commun formalisé sous forme d'une proposition de cahier des charges définitif.

Cette proposition doit contenir un minimum d'éléments fixés au présent article, ayant trait à la description du projet et des prestataires impliqués, de même que du cadre structurel et des moyens humains, financiers et autres sollicités.

Art. 4

Sur base du cahier des charges dont question à l'article qui précède, une convention d'objectifs et de moyens est conclue entre l'Etat, la Caisse nationale de Santé et les prestataires regroupés à travers la filière de soins intégrée ou le centre de compétences. Celle-ci fixe d'une part les moyens accordés et, d'autre part, les objectifs précis à atteindre, ainsi que les critères et indicateurs d'évaluation appliqués au projet.