

N° 61967

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

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**

* * *

AVIS DU COLLEGE MEDICAL

(1.12.2010)

Monsieur le Ministre,

Avant de se prononcer sur le projet de loi le Collège médical se permet de formuler les remarques préliminaires suivantes:

Fin juillet 2010 le projet a été soumis pour avis à l'AMMD qui a fait parvenir ses premiers commentaires au Ministère fin août 2010.

Le projet a été déposé à la Chambre des Députés le 6 octobre 2010.

En date du 16 novembre 2010, le Collège médical reçoit le texte des amendements du projet initial, le projet proprement dit ne lui ayant été transmis que le 17 novembre 2010 (sur sa demande!).

Suivant les termes de la lettre de couverture, le retard qu'accuse la demande d'avis serait imputable à une „inadvertance“, pour laquelle le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale s'est par la suite personnellement excusé auprès du président du Collège médical.

Naturellement le Collège médical aurait pu se saisir lui-même, en se fondant sur le rôle lui dévolu à l'article 2 de la loi du 8 juin 1999 portant ses attributions.

Cependant une saisine d'office s'avérait peu indiquée en considération des défis du projet loi dont les termes présageaient déjà des pourparlers complémentaires.

Un avis prématuré dans ce contexte, aurait vite été dépassé. „L'inadvertance ministérielle“ n'a donc pas trop porté à conséquence.

Les avis du Conseil d'Etat et de la Commission Nationale pour la Protection des Données ont été déposés le 24 novembre 2010, respectivement le 25 novembre 2010, le vote de loi étant prévu pour le 16 décembre 2010.

Compte tenu des développements qui précèdent, le Collège médical espère que son avis ne sera pas considéré comme, suivant une expression courante, „moutarde après dîner“.

*

AVIS PROPREMENT DIT

Par sa composition, constituée de médecins, médecins-dentistes et pharmaciens confrontés dans leurs spécialités respectives à une pratique professionnelle, le Collège médical dispose des repères à partir desquels il fournit son appréciation quant à l'efficacité des dispositions du projet de loi.

Sans revenir en détail sur chaque article pris isolément, voici les considérations et réflexions générales sur ce que devrait être un projet de **vraie** réforme du système de soins de santé, dont l'objectif serait de réussir la quadrature du cercle, à savoir:

garantir une qualité optimale du système avec des moyens financiers raisonnables.

La Santé n'est-elle pas notre plus grand bien?

Dans la logique de cette maxime une société solidaire ne devrait-elle pas tout investir pour garder ce bien? Ne devrait-elle pas non plus oeuvrer à **responsabiliser tous ses acteurs** à protéger et à pérenniser ce bien?

Il s'agit donc d'un véritable débat de société!

Le Collège médical fait siennes les conclusions des observateurs avertis selon lesquelles le coût du financement du système de santé explose à cause du vieillissement de la population et du progrès de la médecine dans le domaine des techniques de diagnostic et de traitement.

Un facteur tout aussi important, guère pris en considération par les „*réformateurs*“, réside dans la **facilité actuelle d'accès aux soins** pouvant produire l'effet pervers d'une consommation excessive des biens médicaux.

Récemment encore, pendant l'action syndicale des médecins, les salles de consultation et polycliniques plutôt vides ont montré une adaptation de la consommation de soins proportionnellement à l'offre de prestations, ce qui confirme l'idée qu'une commodité et une facilité d'accès aux soins peut inciter à la surconsommation.

Dans une société moderne comme la nôtre, les consommateurs potentiels de biens médicaux sont de mieux en mieux informés et deviennent, à juste titre, plus critiques, et par conséquent plus exigeants envers les moyens de diagnostic et de traitement disponibles.

Ces moyens étant à quelques rares exceptions près dispensés „*aux frais de la princesse*“ ni le prestataire ni le bénéficiaire de soins ne sont associés à une démarche de responsabilisation permettant de déterminer la nécessité de la consommation et de la réguler.

Le médecin étant tenu d'une obligation des moyens avec la grande responsabilité qu'elle entraîne pour lui d'effectuer des prestations conformes aux données actuelles de la science, pourquoi mettrait-il en jeu cette obligation en faisant le choix le moins coûteux, là où les moyens dispensés „*aux frais de la princesse*“ garantissent une alternative éventuellement plus efficace mais également plus coûteuse?

Si la santé n'a pas de prix, elle a tout de même un coût, pouvant être pris en charge par la communauté dans la mesure où la quasi-gratuité actuelle des soins reste un facteur important à l'origine d'une surconsommation.

Par conséquent, l'introduction d'un ticket modérateur sur les consultations et actes dépassant le montant symbolique actuel, pourrait contribuer à une modération dans les habitudes de consommation.

Bien sûr une telle mesure devrait être adaptée en fonction des conditions sociales de l'assuré.

Le projet de loi actuel présente des lacunes en ce qu'il n'aborde nullement ces aspects et ne prévoit guère de mesures de responsabilisation de tous les acteurs, dont particulièrement les bénéficiaires de soins!

En ce qui concerne les incapacités de travail, l'introduction d'une journée dite „*de carence*“ dans le système de prise en charge dite „*en espèces*“ constituerait une mesure adaptée dans la lutte contre les cas abusifs.

Quant à l'**organisation du système de soins** qui maintient l'affiliation obligatoire du citoyen à un organisme de sécurité sociale et le conventionnement total obligatoire des prestataires de soins, que le projet ne tend pas à modifier, le Collège médical fait observer:

Tout médecin exerçant sur le territoire luxembourgeois est soumis au conventionnement obligatoire, automatique, régime n'existant tel quel dans aucun autre pays.

La convention à laquelle doit obligatoirement se soumettre le médecin est conclue en application des articles 61 et suivants du Code de la Sécurité Sociale pour régir les rapports entre l'assurance maladie et les différents prestataires de soins.

Dès lors, il paraît évident que, si la convention est imposée, toute mesure visant à réglementer l'exercice (surveillance, nomenclature des actes, tarification, prescriptions ...) devrait être réglée à l'intérieur de la convention, et non par un instrument juridique distinct.

Pourtant, le projet de loi prévoit la possibilité de régler certains aspects par des règlements grand-ducaux à prendre par le gouvernement, ce qui donnerait lieu à l'ingérence d'une autorité dans une convention entre parties!

Sans vouloir aborder l'épineux sujet de la légalité voire de la constitutionnalité d'un tel régime ou de sa conformité au droit communautaire (cf. les commentaires du Conseil d'Etat, pages 16 et 18), le Collège médical pense qu'un dé-conventionnement du moins partiel, éventualité que le syndicat des médecins laisse délibérément toujours planer comme épée de Damoclès, aurait au moins 3 avantages:

- il diminuerait les frais de la médecine à charge de la CNS (cf. le chapitre considérations générales de l'avis du Conseil d'Etat, page 3: „(... le système actuel implique le financement global des coûts inhérents aux soins de santé par l'Etat et les institutions de sécurité sociale et ne permet pas une réduction progressive de leurs engagements dans ce domaine)“;
- il permettrait de réguler l'accès des médecins au régime de la CNS;
- il découragerait respectivement mettrait une barrière à de nombreux médecins qui envahissent notre territoire par nos 3 frontières, en vue de profiter de notre régime et de racoler les „clients“ pour les envoyer se faire opérer et traiter dans des hôpitaux de leur pays d'origine, contribuant par là à financer le système de soins de ce pays.

Le projet de réforme n'aborde pas ce sujet.

Une révision fondamentale de **la nomenclature des actes et tarifs** devrait restructurer la hiérarchie des actes, en valorisant l'acte intellectuel et le facteur temps, en tenant compte des particularités inhérentes aux différentes spécialités et disciplines médicales. En fonction des spécialités/disciplines, on peut affirmer que 80% des diagnostics sont établis par la seule écoute (anamnèse) combiné à l'examen clinique!

Pour bien le faire il faut du temps!

Heureusement beaucoup de pathologies auxquelles se voit confronté un médecin sont anodines et ne constituent souvent qu'une altération bénigne du bien-être (distinguer entre mal-être et maladie).

La pratique montre que 95% des personnes sont considérées comme étant en bonne santé si on les soumet qu'à 5 examens (techniques), 36% seulement le restent si on les soumet à 20 examens! (Référence Prof. Gross Uniklinikum Köln).

C'est au regard de ces réalités liées à la pratique qu'on devra définir les véritables rôles du „**médecin référent**“ renommé à juste titre „**médecin de confiance**“, qui seront: écouter, examiner, informer, orienter et accompagner le malade à travers la complexité technique de la médecine moderne.

Et pour bien le faire il faut du temps!

Vouloir réduire „le **médecin référent**“ à un gestionnaire de dossier, même en le rémunérant en contrepartie, comme initialement prévu dans le projet, est indigne!

La **libre prescription de traitements** au profit du malade devra rester une garantie, quitte à ce que le taux de remboursement soit réglé entre l'assuré et son assureur (CNS et autres).

En ce qui concerne la prise en charge des médicaments, le Collège médical suggère un système de remboursement basé sur un prix fixe pour la substance active au lieu d'un prix variable pour les différentes dénominations commerciales.

Dans le contexte de la crise actuelle, la volonté politique d'englober dans le système du remboursement les médicaments homéopathiques, dont la preuve d'efficacité fait toujours défaut, est paradoxale!

Quant au mode de financement des hôpitaux

N'a-t-on pas vu récemment, lors d'un reportage télévisé, un directeur de soins d'un établissement hospitalier se plaindre, qu'à cause de l'action syndicale des médecins, son hôpital n'arrivait plus à remplir les lits et qu'il risquait le désastre financier?

Ne devrions-nous pas nous féliciter de voir les lits d'un hôpital rester vides, un hôpital n'étant pas un hôtel qui doit afficher complet pour survivre financièrement?

L'hôpital est avant tout une structure de soins!

Le système de financement actuel d'un hôpital et sa dotation en personnel de soins en fonction du nombre de „*passages*“ est plus que discutable. Le coût du secteur gestion, administration et contrôle qualité a-t-il été évalué?

De même, imposer une enveloppe financière globale à un hôpital, qu'on adapte d'année en année (3%!) est une démarche qui expose à des risques d'investissements mal placés, aux dépens d'innovations indispensables au progrès médical, le Conseil d'Etat l'a bien relevé dans son avis (page 28).

Au-delà de ces considérations, la gestion d'un hôpital selon des modalités purement économiques, par assimilation à une entreprise quelconque n'est guère concevable d'un point de vue éthique.

Le Collège médical prend acte de l'initiative de légiférer sur le **dossier médical informatisé** et centralisé, ayant la finalité d'améliorer la qualité des soins tout en garantissant une confidentialité absolue par le biais d'un accès sécurisé, mesure approuvée sous certaines réserves par la Commission Nationale de Protection des Données.

Les frais engendrés par le dossier médical informatisé n'ont pas été évalués. Ne figure dans le présent projet de loi aucune évaluation du rapport coût et bénéfice pour la CNS.

Quelle est la valeur pratique d'un dossier qui risque d'être incomplet, au vu de l'opposition possible du patient, de l'absence de données concernant les traitements à l'étranger et le refus éventuel du médecin d'inscrire des données qu'il estime être sensibles?

Le Collège médical se rallie à l'avis du Conseil d'Etat, lequel conseille de redéfinir respectivement de repenser **les concepts de filières de soins et de centres de compétences** ainsi que les statuts du médecin coordinateur et du médecin hospitalier en général.

Dans le texte du projet il est question d'une „responsabilisation commune des prestataires“ dans les filières de soins, notion qui entre en contradiction avec le principe du caractère personnel et la responsabilité du médecin au sens des règlements de nomenclature, des conventions et du Code de Déontologie Médicale.

La création de filières de soins tout comme celle de centres de compétences, dans une intention tout à fait positive d'optimiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique du malade, risque cependant d'entraver le principe du libre choix du médecin tout comme celui de la libre concurrence entre médecins.

Le libre choix du patient devrait rester garanti en lui offrant la possibilité de consulter un organisme de conseil en cas de non-accord avec la prise en charge par tel ou tel centre de compétence ou filière de soins.

Comme le Code de déontologie médicale stipule que le médecin exerce en indépendance, sous sa propre responsabilité, et qu'une hiérarchie et une subordination sur le plan médical n'existent pas, il faudrait bien préciser que le **médecin coordinateur** ne pourra être tenu responsable pour une éventuelle faute professionnelle d'un médecin pour lequel il assume la coordination.

Une responsabilité solidaire devrait être établie avec l'établissement hospitalier pour une éventuelle faute commise par un **médecin hospitalier** dans le cadre du contrat administratif lorsque l'établissement impose des règles et pratiques médicales obligatoires au médecin.

Le Collège médical espère que ces réflexions aideront à orienter les membres de la Commission Santé de la Chambre des Députés en vue de finaliser, à la satisfaction de tous les acteurs, le projet de réforme du système de soins de santé.

Le Collège médical vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de sa parfaite considération.

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,
Dr Roger HEFTRICH

Le Président,
Dr Pit BUCHLER