



**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 la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnelle, et notamment son article 7;

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

Vu l'avis du Collège médical;

Vu l'avis de la Commission nationale pour la protection des données;

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 peut nommer sur proposition du directeur un ou plusieurs médecins-coordonateurs. Les médecins-coordonateurs assurent 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 avec les structures dirigeantes compétentes de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé.

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.

Art. 2. Tout médecin lié par un contrat de travail ou par un contrat de collaboration à un hôpital ou à un établissement hospitalier spécialisé peut y être nommé médecin-coordonateur à condition qu'il ait une expérience professionnelle hospitalière 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-coordonateur, le médecin visé à l'alinéa 1^{er} doit avoir suivi une formation en gestion hospitalière, reconnue par le Ministre ayant la Santé dans ses attributions, et comportant notamment les aspects suivants:

- a) le rôle et la position du médecin-coordonateur,
- b) le cadre légal ainsi que les modalités de financement du secteur hospitalier et du système de santé luxembourgeois,
- c) les modalités de la documentation médicale,



- d) la gestion de la qualité et des risques,
- e) les compétences sociales et humaines.

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 spécialisé conformément aux dispositions du règlement général dudit établissement.

Le médecin qui est nommé médecin-coordonateur et qui est déjà lié au titre de son activité médicale principale par un contrat de collaboration à son hôpital ou son établissement hospitalier spécialisé, souscrit avec l'établissement hospitalier visé un contrat de prestation de services qui précisera la durée de son mandat, la durée hebdomadaire ou mensuelle qu'il devra dédier à ses missions de médecin-coordonateur ainsi que les modalités de calcul et le montant de sa rémunération.

Le médecin qui est nommé médecin-coordonateur et qui est déjà lié au titre de son activité médicale principale à son hôpital ou son établissement hospitalier spécialisé par un contrat de travail, souscrit avec l'hôpital ou l'établissement hospitalier visé un avenant à son contrat de travail qui précisera la durée de son mandat, la durée hebdomadaire ou mensuelle qu'il devra dédier à ses missions de médecin-coordonateur ainsi que les modalités de calcul et le montant de sa rémunération.

La fonction de médecin-coordonateur est incompatible avec la fonction de directeur, de chef de département ou de président du conseil médical.

Art. 4. Le médecin-coordonateur veille à la coordination 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 coordonne et veille à la mise en place de processus explicites de prise en charge des patients dans son service ou groupement de services, dans une perspective d'amélioration continue des résultats cliniques.

Avec les services compétents de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé, il optimise les flux de patients de son service ou groupement de services, détermine les modalités d'accès ainsi que d'utilisation des plateaux et équipements techniques de même qu'il coordonne les activités ambulatoires du ou des services.

Art. 5. Le médecin-coordonateur veille à la qualité de la documentation, à la traçabilité et à la transparence de l'activité médicale du ou des services qu'ils coordonnent.

A condition que le patient y consente expressément et pour les seuls besoins de sa mission, le médecin-coordonateur a accès aux dossiers individuels visés à l'article 36 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers des patients qui sont pris en charge dans le service ou groupement de services qu'il coordonne.

Le consentement du patient visé à l'alinéa précédent est consigné dans son dossier individuel.

Le médecin-coordonateur participe activement au paramétrage et à l'implantation du dossier patient informatisé.



Art. 6. Le médecin-coordonateur dispose d'un droit de regard sur les activités médicales du service ou du groupement de services dont il coordonne l'activité. Hormis les cas d'urgence, son statut de médecin-coordonateur ne l'autorise cependant pas à intervenir ou à prendre une décision relative au traitement médical d'un patient pris en charge par un médecin de son 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 les médecins et le responsable soignant du ou des services.

Dans un but d'optimiser les procédures de traitement, d'utilisation des médicaments, de matériels médicaux et de dispositifs médicaux, le médecin-coordonateur prévoit en concertation avec les médecins de son service ou groupement de services des conduites de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques en accord avec les bonnes pratiques médicales et les acquis de la science.

Le médecin-coordonateur assure, ensemble avec ces médecins, le responsable soignant du service et le pharmacien-gérant 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 analyse l'activité médicale, les indicateurs de sécurité, de qualité et de satisfaction des patients de son service ou groupement de services. Il collabore avec le chef du département médical et les structures compétentes de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé à l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité ainsi que de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques médicales.

Le médecin-coordonateur et le chef du département médical se réunissent aussi souvent que les besoins l'exigent pour évaluer l'orientation de la politique médicale ainsi que les besoins des services qu'ils coordonnent.

Art. 8. Le médecin-coordonateur obtient à sa demande auprès du chef de département compétent de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé toutes les données statistiques disponibles relatives à l'activité 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.

Le directeur ou le chef du département compétent de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé demande l'avis du médecin-coordonateur sur:

- a) les questions de dépenses budgétaires et d'investissement de son service ou groupement de services,
- b) les questions relatives à la gestion des ressources humaines en particulier sur la nomination, l'agrégation, le statut, les modifications contractuelles ou la révocation d'un médecin ainsi que du personnel soignant et administratif de son service ou groupement de services,
- c) les questions relatives à la politique de développement professionnel continu de l'effectif et sur les besoins en formation continue des médecins ainsi que du personnel soignant et technique de son service ou groupement de services.



Sur demande du conseil médical, le médecin-coordonateur peut également être demandé en son avis relatif à l'activité du service ou des services qu'il coordonne. Le médecin-coordonateur peut demander l'avis du conseil médical, s'il l'estime nécessaire à une gestion ou une planification appropriée des services qu'il coordonne.

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 un centre de compétences dont fait partie son service ou son groupement de services.

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. Dans son service ou groupement de services, le médecin-coordonateur, ensemble avec le responsable soignant promeut, avec l'appui du directeur, le 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) du Code de déontologie des professions de santé sans préjudice des compétences du Conseil supérieur des professions de santé;
- d) des droits des patients;
- e) du règlement général de l'établissement hospitalier dont il dépend;
- f) des projets du service ou du groupement de services;
- g) des contraintes budgétaires de son ou ses services;
- h) des contrats et conventions conclus avec d'autres prestataires dans le cadre de coopérations de centres de compétences.

Lorsque le médecin-coordonateur constate dans ses services le non-respect par un médecin, un membre du personnel soignant ou un membre du personnel administratif des prescriptions visées à l'alinéa premier, 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 compétent et le président du conseil médical.

Art. 12. Le médecin-coordonateur est informé par le chef du département médical de toute réclamation, plainte 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. Le médecin-coordonateur collabore avec le chef du département médical et les structures compétentes de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé aux dossiers concernant les procédures d'autorisation des établissements et services hospitaliers.

Art. 14. Notre Ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.



**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 nommé par l'organisme gestionnaire. Le directeur 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 les missions ne sont pas précisément définies 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, la loi du 17 décembre 2010 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'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé.

Le médecin-coordonateur est donc investi d'une nouvelle mission de coordination au sein des hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés tout en restant également assujéti aux droits et devoirs résultant du contrat de travail respectivement du contrat de collaboration qu'il a conclu avec ce même établissement.

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 (dans les services qui en sont pourvus) de même qu'avec les médecins du service ou groupement de services dont il planifie les activités. Le médecin-coordonateur ne sera en aucun cas un «*chef du personnel médical*» mais il sera l'interlocuteur de la direction ainsi que le facilitateur de communication entre les médecins des services qu'il coordonne et les prestataires de soins d'autres services.

Le médecin-coordonateur, ensemble avec les médecins de son ou de ses services, contribue à garantir le bon fonctionnement de l'activité médicale au sein de son service ou groupement de services en promouvant la qualité et l'amélioration continue des prestations de soins ainsi que le respect de la réglementation applicable en milieu hospitalier.



L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier spécialisé ou d'un hôpital peut nommer un ou plusieurs médecins-coordonateurs. 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 (cf. doc. parl. 6196-11, session 2010-2011, page 53). Comme l'a néanmoins souligné le Conseil d'Etat dans son avis du 23 novembre 2011 relatif au 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 *«la nomination de médecins-coordonateurs à la tête des services médicaux est essentielle pour assurer un fonctionnement convenable de ces services»*. (doc. parl. 6196-3, session 2010-2011)

Le candidat au poste de médecin-coordonateur pourra être un médecin salarié ou agrée de de l'établissement hospitalier visé, jouir d'une certaine expérience professionnelle dans une des spécialités médicales du ou des services hospitaliers qu'il entend coordonner et avoir suivi une formation en gestion hospitalière.

Les missions et les attributions de coordination ainsi que de planification du médecin-coordonateur sont des plus variées. Il collaborera avec toutes les structures et ressources 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 de son service ou groupement de services. Il évaluera également la satisfaction des patients de son service ou groupement de services.

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-coordonateur favorisera également l'intégration du service ou groupement de services qu'il coordonne dans des futurs centres de compétence.

Afin d'assurer au mieux les missions qui lui sont confiées, le médecin-coordonateur dispose d'un accès aux données relatives aux activités du service ou groupement de services qu'il coordonne ainsi que d'un droit de regard sur les activités médicales qui y sont prestées.

Conformément à la délibération n°28/2013 du 7 février 2013 de la Commission nationale pour la protection des données, il pourra dans le cadre de ses missions consulter les dossiers individuels visés à l'article 36 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers des patients qui sont pris en charge dans le service ou groupement de services qu'il coordonne à condition que ces patients y aient donné leur accord exprès.

Par ailleurs, le médecin-coordonateur sera appelé à promouvoir le respect des droits des patients, de la réglementation applicable en milieu hospitalier ainsi que du règlement général et des projets de services des hôpitaux.



**Projet de règlement grand-ducal relatif au statut,
aux modalités de désignation
et aux attributions du médecin-coordonateur.**

- Commentaire des articles -

Article 1^{er}

L'organisme gestionnaire d'un hôpital ou d'établissement hospitalier spécialisé peut nommer un ou plusieurs médecins-coordonateurs. 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 un ou plusieurs services d'un médecin-coordonateur.

En effet, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a précisé dans son rapport du 9 décembre 2010 relatif au 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 que *«le texte amendé correspond à un accord entre l'EHL et l'AMMD et crée la base légale de la faculté des hôpitaux à nommer des médecins coordonnateurs. Le texte ne comporte certes pas d'obligation formelle de procéder à cette nomination, mais dans la mesure où il consacre un accord entre les principaux acteurs du terrain, il est entendu qu'en pratique les nominations en question interviendront effectivement.»* (doc. parl. 6196-11, session 2010-2011).

Avant de procéder à une telle nomination un certain nombre d'avis doivent être demandés afin que la nomination d'un médecin-coordonateur se fasse en collaboration avec les médecins et le personnel soignant concernés. L'utilisation des termes «le cas échéant» au 2^e alinéa s'explique par le fait que certains services hospitaliers sont dépourvus de chef de service.

Article 2

Cet article a trait aux conditions que doit remplir un médecin qui souhaite exercer la mission de médecin-coordonateur.

Une des conditions pour pouvoir exercer la fonction de médecin-coordonateur est d'avoir suivi une formation spécifique en gestion hospitalière.

Il est à remarquer que l'Institut Universitaire international Luxembourg (I.U.I.L.) et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) ont, en concertation avec l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD), déjà mis en place et dispensé de telles formations spécifiques à l'attention des futurs médecins-coordonateurs sauf pour ce qui est de la connaissance du cadre légal ainsi que des modalités de financement du système de santé luxembourgeois, domaine qui a été rajouté par rapport aux cours déjà enseignés.

Les matières reprises aux points a) à e) de cette disposition sont celles déjà actuellement enseignées par l'I.U.I.L dans le cadre de la formation «médecin-coordonateur».



Article 3

Le médecin agréé ou salarié d'un hôpital ou d'un établissement hospitalier spécialisé qui sera nommé médecin-coordonateur pourra exercer cette fonction à temps partiel ou éventuellement à temps complet.

Le rapport de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des députés du 9 décembre 2010 relatif au 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 prévoit que *«sur le plan juridique le médecin coordonnateur est donc investi d'une mission complémentaire, telle qu'elle ressort de l'article 29 modifiée de la loi hospitalière, et qu'il reste par ailleurs assujéti aux droits et devoirs résultant du contrat de travail respectivement du contrat de collaboration conclu avec l'établissement hospitalier.»* (doc. parl. 6196-11, session 2010-2011).

Par ailleurs, la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) estime dans son avis du 27 novembre 2012 en ce qui concerne le contrat conclu entre un médecin-coordonateur et un établissement hospitalier *«qu'un contrat de prestation de services est la forme la plus appropriée pour les médecins agréés exerçant en libéral. Pour les médecins salariés, pour lesquels cette forme de contrat n'est pas possible, la fonction de médecin-coordonateur pourrait faire l'objet d'un contrat de travail. Le texte actuel devrait présenter assez de flexibilité pour permettre ces deux formes de contrat conformément aux dispositions du règlement général de chaque établissement.»*

La présente disposition entend donner suite à cette demande de flexibilité exprimée par les acteurs du terrain qui est une conséquence de notre système dualiste (médecin salarié ou médecin indépendant) d'exercice de l'activité médicale au sein des établissements hospitaliers.

En effet, dans certains établissements hospitaliers (par exemple au CHL ou CHNP) le salariat des médecins est plutôt le principe et le médecin-coordonateur exercera également sa fonction en tant que salarié au sein de ces établissements alors que dans d'autres établissements hospitaliers les fonctions de médecin de même que celle de médecin-coordonateur seront exercées à titre libéral (par exemple au HK, CHEM ou CHdN).

Article 4

Cet article a trait à la coordination et à la continuité des soins médicaux.

Article 5

Afin de pouvoir mener à bien sa mission d'amélioration de la documentation, des processus et de la qualité de prise en charge des patients de son ou de ses services, il est indispensable que le médecin-coordonateur puisse avoir un accès aux dossiers individuels des patients qui ont été pris en charge dans lesdits services.

Conformément à la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, l'avis de la Commission nationale pour la protection des données a été demandé afin de permettre au médecin-coordonateur l'accès aux données desdits dossiers individuels conformément aux observations faites ci-avant.



Selon sa délibération n°28/2013 du 7 février 2013, *«la Commission nationale ne met pas en doute que, pour l'exercice de ses missions légales et réglementaires, le médecin-coordonateur devrait avoir accès aux dossiers individuels des patients pris en charge par son service ou groupement de services. Elle est cependant d'avis que cet accès devra être encadré par certaines garanties.»*

En effet, la commission estime que l'accès du médecin-coordonateur aux données des patients individuels ne devrait être possible qu'avec le consentement du patient et que dans le cadre de ces seuls missions de coordination.

Le présent article tient compte des observations émises par la Commission nationale pour la protection des données dans sa délibération n°28/2013 du 7 février 2013.

Article 6

L'avant-dernier alinéa de article 29 de loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers précise que le médecin-coordonateur dispose dans l'exercice de ses missions *«d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services»*. Le commentaire des articles de cette disposition (doc. parl. 6196-1, session 2010-2011) mentionna encore que *« si le médecin coordonateur ne peut directement intervenir dans le traitement d'un patient déterminé, il doit néanmoins pouvoir disposer d'un droit de regard sur l'activité du service qu'il est censé coordonner. »*

Le présent article précise que, sauf en 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.

Article 7

Cet article a trait à la mise en place par le médecin-coordonateur, et ce en concertation avec les médecins ainsi que le responsable soignant de son service ou groupement de services, de procédures standardisées de prises 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.

Article 8

Le médecin-coordonateur doit obtenir les statistiques qu'il estime nécessaire pour la bonne exécution de sa mission auprès de chaque chef de département (médical, administratif et de soins) comme p. ex. des statistiques d'admissions tant stationnaires qu'ambulatoires ou de durées de séjour dans les différents services qu'il coordonne.

Le médecin-coordonateur doit être demandé en son avis sur un certain nombre de questions sans que cette demande d'avis n'ait d'effet suspensif sur la prise de décision. Par ailleurs, l'avis du médecin-coordonateur ne lie pas le directeur, le chef du département compétent ou le conseil médical.



Article 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 un même centre de compétences.

Article 10

Le médecin-coordonateur favorise la participation des médecins et du personnel soignant à des cours de formation continue.

Article 11

Le médecin-coordonateur est le promoteur du respect d'un certain nombre de réglementations applicables en milieu hospitalier. Il est entendu que le contrôle du respect desdites réglementations reste du ressort de la direction de l'établissement.

Article 12

Le médecin-coordonateur doit être informé de toute réclamation, plainte 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.

Article 13

Le médecin-coordonateur participe notamment à la préparation des dossiers de demandes d'autorisation de création ou de prorogation de services hospitaliers ou d'infrastructures liées à son ou ses services.



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

FICHE FINANCIERE

*concernant les coûts engendrés par le projet de règlement grand-ducal relatif au statut,
aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur*

*(article 79 de la loi du 8 juin 1999 sur le Budget,
la Comptabilité et la Trésorerie de l'Etat)*

Le présent projet de règlement grand-ducal devrait avoir un impact neutre, pour ne pas prévoir de mesure à charge du Budget de l'Etat.

**COMMISSION PERMANENTE POUR
LE SECTEUR HOSPITALIER
(CPH)**

Luxembourg, 27 novembre 2012

Monsieur Mars Di Bartolomeo
Ministre de la Santé
Allée Marconi
L-2120 Luxembourg

AVIS

DHK/rz

Concerne : Projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur

Monsieur le Ministre,

Par votre correspondance du 5 juillet 2012 vous avez fait parvenir pour avis à la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) le projet de règlement grand-ducal mentionné ci-dessus.

La CPH a délibéré sur ce projet lors de ses séances des 7 et 21 septembre et du 9 novembre 2012.

En premier lieu, la CPH aimerait signaler qu'elle reconnaît à l'unanimité l'utilité de la fonction de médecin coordonnateur, qui pourra contribuer à augmenter l'efficacité de l'activité médicale, optimiser l'organisation dans les services et groupements de services concernés, conforter le lien entre le secteur médical et le secteur des soins et aider à orienter et à coordonner la structure des hôpitaux et des établissements hospitaliers spécialisés au niveau intermédiaire (middle management).

Cependant, la CPH tient à rendre attentif au fait que cette mesure réglementaire ne concerne qu'un seul élément de l'organisation hospitalière et que, faute de base légale appropriée, d'autres aspects importants restent à ce jour non réglementés. L'absence d'un texte portant clarification du fonctionnement général et des responsabilités dans l'hôpital risque de porter préjudice au bon fonctionnement du principe du médecin coordonnateur.

En ce qui concerne le projet de RGD sous avis, la CPH estime que pour répondre aux objectifs et garantir à la nouvelle réglementation une réelle plus-value, celle-ci devrait être précisée sur des points essentiels comme le statut, la forme du contrat (contrat-type standardisé) et le financement du système des médecins-coordonateurs dans le cadre du budget hospitalier.

Il s'ensuit que le texte du projet de règlement grand-ducal suscite les observations suivantes:

Article 1: La CPH adhère à la nomination du médecin-coordonateur par l'organisme gestionnaire, sur proposition du directeur médical ayant pris les avis du Conseil médical, des médecins du/des services et des chefs de département.

Article 2: Le statut du médecin-coordonateur est à définir de façon plus précise, de même que ce qui est à entendre exactement par l'exigence de « trois années à temps plein d'expérience professionnelle », notamment dans le cadre d'un système de médecins agréés.

En ce qui concerne le contenu de la formation, il convient de compléter le point b) comme suit : b) le cadre légal et les modalités **d'organisation et de financement** du secteur hospitalier **et du système luxembourgeois de santé en général.**

Article 3 : La CPH considère qu'un contrat de prestation de service est la forme la plus appropriée pour les médecins agréés exerçant en libéral. Pour les médecins salariés, pour lesquels cette forme de contrat n'est pas possible, la fonction de médecin-coordonateur pourrait faire l'objet d'un contrat de travail. Le texte actuel devrait présenter assez de flexibilité pour permettre ces deux formes de contrat conformément aux dispositions du règlement général de chaque établissement.

D'autres points à préciser dans le cadre de cet article sont la durée du mandat du médecin-coordonateur, un éventuel renouvellement de ce dernier, les conditions et les modalités de sa révocation, ainsi que les modalités de sa rémunération.

Finalement, il serait utile de préciser que l'activité du médecin-coordonateur devrait être couverte par l'assurance de l'établissement hospitalier dans lequel il exerce.

Article 4: La CPH estime que pour apporter une réelle plus-value, le travail du médecin-coordonateur devra se faire en étroite collaboration et en lien direct avec la direction médicale. Par rapport aux médecins des services et groupements de services qu'il coordonne, le statut du médecin-coordonateur devrait lui conférer un rôle organisationnel plutôt qu'une responsabilité médicale directe.

Article 5: Ici entre en jeu la protection des données, raison pour laquelle un avis a été sollicité auprès de la Commission nationale pour la protection des données.

Article 6 : La CPH approuve le contenu de l'article 6, qui stipule que le droit de regard du médecin-coordonateur ne peut pas se traduire, sauf cas d'urgence, par une ingérence dans la prise en charge des patients par les médecins du service ou groupement de services qu'il coordonne.

Article 7: La CPH propose de préciser davantage les attributions générales du médecin-coordonateur en ajoutant par exemple qu'il relève de sa fonction d'analyser l'activité médicale, les indicateurs de sécurité, de qualité, de résultat et de satisfaction des patients et de jouer un rôle actif dans l'établissement du rapport d'activité et l'implémentation des mesures d'amélioration qui s'imposent dans le service ou groupement de services qu'il est appelé à coordonner.

Au dernier paragraphe, il est proposé de biffer le membre de phrase « ... au moins une fois par an... ». En effet, on voit mal comment le médecin-coordonateur pourrait travailler « en étroite collaboration avec le directeur médical » moyennant une seule réunion annuelle.

Article 8 : Ad a) L'avis du médecin-coordonateur devrait être demandé sur les questions du budget d'investissement **de son service ou groupement de services**.

La CPH pense que l'avis du médecin-coordonateur n'est pas à recueillir systématiquement dans toutes les questions relatives au personnel soignant et administratif

Le point b) sera alors formulé comme suit: b) les questions relatives à la gestion des ressources humaines, en particulier sur la nomination, l'agrégation, le statut, les modifications contractuelles ou la révocation d'un médecin **de son service ou groupement de services**.

En ce qui concerne le personnel soignant et administratif du respectivement des services qu'il coordonne, il serait utile de lui attribuer formellement le droit de signaler au chef du département concerné les difficultés sérieuses en relation avec un membre du personnel de son équipe pouvant compromettre l'intérêt du service, ainsi que son appréciation de la pertinence d'une promotion ou d'une révocation éventuelles d'un membre du personnel relevant du/des services qu'il coordonne.

Article 9 : La CPH suggère d'enlever le 2^e alinéa, étant donné que la structure des Centres de Compétences n'est pas encore définie.

Article 10 : pas d'observations.

Article 11 : Ici la CPH propose d'ajouter un point mentionnant **le respect des contraintes budgétaires** et de compléter le point b) comme suit : du Code de déontologie médicale sans préjudice des compétences du Collège médical en la matière **et du Code de déontologie des professions de santé sans préjudice des compétences du Conseil supérieur des professions de santé en la matière;**

Au dernier paragraphe, la 1^{ière} phrase ne semble pas assez claire et pourrait être complétée comme suit :

« Lorsque le médecin-coordonateur constate dans ses services le non-respect par un médecin, **un professionnel de santé ou un membre du personnel administratif des prescriptions visées à l'alinéa premier**, il en avise la personne en question».

Articles 12-14 : pas d'observations.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.



Dr Danielle Hansen-Koenig
Présidente de la Commission
Permanente du secteur hospitalier

Ci-annexé : - l'avis séparé du représentant de l'AMMD

- une lettre du Président de la CNS qui, tout en se ralliant à l'avis de la CPH tient à préciser la position des représentants de la CNS par rapport à certains éléments de ce projet de RGD

Subject: RE: [Fwd: Procédure écrite: PRGD-médecin-coordonateur]
From: Jean Uhrig <juhrig@pt.lu>
Date: Mon, 26 Nov 2012 19:25:15 +0100
To: 'Hansen-Koenig Danielle' <Danielle.Hansen-Koenig@ms.etat.lu>

Madame la Présidente

Veillez trouver en annexe l'avis séparé de l'AMMD sur le projet de règlement grand-ducal concernant le médecin-coordonateur.
Je m'excuse pour le retard à cause d'obligations professionnelles.

Salutations cordiales

Dr Jean Uhrig

-----Message d'origine-----

De : Hansen-Koenig Danielle [<mailto:Danielle.Hansen-Koenig@ms.etat.lu>]
Envoyé : mercredi 21 novembre 2012 11:32
À : annik conzemius; claude geimer; Danielle Hansen-Koenig; Elisabeth Heisbourg; tom.hermes@fedil.lu; Frank.Gansen@ms.etat.lu; jean.steffen; patrick.lopes@secu.lu; Paul Koch; paul.becker@hsl.lu; marianne.scholl; Raoul Zimmer; michel.nathan@hvea.healthnet.lu; rene.pizzaferrri; Roger Consbruck; romain.poos; serge.hoffmann; Fabienne Lang; Frank Bisenius; raoul.hartert@secu.lu; christine.weisgerber@igss.etat.lu; Hans.Joachim Schubert; freichel.jean-paul@chl.lu; paul.wirtgen@ffe.lu; jean.uhrig
Objet : [Fwd: Procédure écrite: PRGD-médecin-coordonateur]

Chers collègues,

Je me permets de vous rappeler notre procédure écrite en cours.
Puis-je vous demander de me faire parvenir votre position par rapport au projet proposé pour le 23 novembre prochain. En cas de non-réaction de votre part à cette date et conformément à la pratique suivie lors des procédures écrites antérieures, je considérerai que vous êtes d'accord avec le texte.

Avec mes meilleures salutations.

Dr Danielle Hansen -Koenig
Présidente

Avis séparé AMMD Med Coord 26112012.pdf

Content-Type: application/pdf
Content-Encoding: base64

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;

Vu l'avis de la Commission nationale pour la protection des données;

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}. Dans chaque service hospitalier ou groupement de services, tel que défini suivant le règlement général des différents établissements hospitaliers, il est créé un poste de médecin coordinateur.

Le médecin-coordonateur assure les fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale d'un service, 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.

Le médecin coordinateur est nommé par le conseil d'administration, sur proposition des médecins du ou des service(s) concerné(s), la direction et le conseil médical entendus en leurs avis. Dès l'entrée en vigueur du présent règlement, le président de chaque conseil d'administration d'établissement invitera les médecins concernés à présenter leur proposition par écrit et endéans le délai de deux mois. Il transmettra la proposition au conseil médical et à la direction pour avis endéans le mois.

Le mandat d'un médecin-coordonateur est d'une durée de 3 ans et est renouvelable.

Il s'étend sur la même période que le mandat du conseil médical en fonction. A cet effet les médecins coordinateurs nommés comme prévu ci-dessus exerceront, sous réserve de renouvellement, leur mandat jusqu'aux prochaines élections des conseils médicaux.

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 trois années à temps plein dans la spécialité médicale du service hospitalier

1/ 5 : Avis séparé de l'AMMD sur le projet de règlement grand-ducal concernant le médecin coordinateur

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-coordonateur, le médecin visé à l'alinéa 1^{er} doit avoir suivi une formation en gestion hospitalière agréée par le Ministre ayant la Santé dans ses attributions comportant notamment 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) les modalités de la documentation médicale,
- d) la gestion de la qualité et des risques,
- e) 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 exercera à temps partiel et outre ses autres fonctions dans le même hôpital ou établissement hospitalier spécialisé.

Il souscrita avec l'hôpital ou l'établissement hospitalier visé un contrat de prestations de services qui précisera le ou 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 telles que prévues par le présent règlement,, les modalités de calcul et le montant de sa rémunération ainsi que les conditions de sa mission de coordination.

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

Art. 4. Le médecin-coordonateur veille à la coordination 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.

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 qualité de la documentation, à la traçabilité et à la transparence de l'activité médicale du ou des services.

Il participe activement au paramétrage et à l'implémentation du dossier patient informatisé.

Art. 6. Le médecin-coordonateur dispose d'un droit d'accès et de consultation des statistiques anonymisées relatives à l'activité médicale du service ou du groupement de services dont il coordonne l'activité. Hormis les cas d'urgence, son statut de médecin-coordonateur ne l'autorise cependant pas 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, ni de prendre connaissance du contenu d'un dossier individuel médical ou de soins

2/ 5 : Avis séparé de l'AMMD sur le projet de règlement grand-ducal concernant le médecin coordonnateur

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 les médecins de son service et 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 de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques en accord avec les bonnes pratiques médicales et les acquis de la science.

Le médecin-coordonateur assure ensemble avec ces médecins, le responsable soignant du service et le pharmacien-gérant 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 ayant accès à toutes les données statistiques relatives à l'activité du ou des services qu'il coordonne, il dispose à cette fin d'un accès aux ressources et fonctions de support transversales au sein de l'établissement.

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-coordonateur transmettra au chef du département médical un avis relatif aux questions de dépenses budgétaires et d'investissement de son service ou de son groupement de services.

Le médecin coordonateur donne son avis sur les questions relatives à la gestion globale des ressources humaines dans son service y compris le personnel infirmier et technique

Le médecin coordonateur n'a pas d'autorité hiérarchique organisationnelle par rapport au personnel salarié de l'établissement. Il peut être dérogé à ce principe via règlement général.

Il est appelé à donner son avis sur l'agrégation, la nomination, la modification ou la résiliation d'un contrat d'un médecin du service, après concertation avec les autres médecins du service.

Il émet son avis sur la politique du développement professionnel continu de l'effectif du service et sur la définition des besoins en formation continue du service.

Sur demande du Conseil médical, le médecin-coordonateur peut être appelé à donner un avis relatif à l'activité du service ou des 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.

3/ 5 : Avis séparé de l'AMMD sur le projet de règlement grand-ducal concernant le médecin coordonateur

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 un centre de compétences dont ferait partie son service ou son groupement de services.

Il favorise l'intégration du service ou groupement de services qu'il coordonne au sein 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. Dans son service ou groupement de services, le médecin-coordonateur promeut, avec l'appui du directeur, le 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 centres de compétences.

Lorsque le médecin-coordonateur constate dans ses services le non-respect par un médecin ou un membre du personnel 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 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.

Article 14

Les différents établissements hospitaliers contractent une assurance responsabilité civile couvrant l'activité des médecins coordinateurs comme tels. Cette assurance responsabilité civile sera intégrée au budget de l'établissement en vue d'une prise en charge par la CNS.

Article 15

Le médecin coordinateur touche une indemnité pour sa collaboration à l'organisation du service, sans que celle-ci ne puisse être considérée comme une rémunération ou un salaire au sens légal de la législation du travail.

4/ 5 : Avis séparé de l'AMMD sur le projet de règlement grand-ducal concernant le médecin coordinateur

Article 16

Le volume de l'activité des médecins coordinateurs des différents hôpitaux est négocié par une délégation commune FHL / AMMD avec la CNS.

Article 17

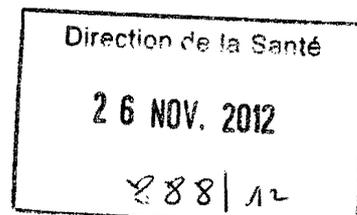
L'indemnisation horaire des médecins coordinateurs sera déterminée par convention négociée par le signataire de la convention collective médecins et la CNS

Les indemnités des médecins coordinateurs seront versées aux médecins concernés par l'intermédiaire du budget de l'établissement hospitalier suivant des modalités pratiques à définir.

Article 18

Les établissements hospitaliers mettent à la disposition du médecin coordinateur le personnel de secrétariat pour l'exécution des tâches administratives directement liées à sa fonction de médecin coordinateur.

Art. 19 Notre ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.



Mme le Dr. Danielle Hansen-Koenig
Présidente de la CPH
Villa Louvigny
Allée Marconi
L-2120 Luxembourg

10.01-162903

Concerne : Projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur

Madame la Présidente,

La CNS peut en principe se rallier à l'avis proposé en relation avec le projet de règlement grand-ducal précité, tel que discuté lors de la dernière réunion et tel qu'amendé suite à ces travaux. Nous tenons néanmoins à compléter celui-ci sur certains points et à rappeler la position de fond de la CNS.

Tel que souligné par la CPH, cette nouvelle disposition devra apporter une réelle plus-value. Le texte actuel, tout en prévoyant un certain nombre d'attributions pour le médecin coordonnateur, ne prévoit toutefois pas de mécanisme permettant à la CNS d'évaluer la réalisation des objectifs fixés.

Concernant le statut du médecin coordonnateur, la CNS est d'avis qu'un lien organisationnel fort devrait exister entre l'hôpital et le médecin coordonnateur, resp. aussi vis-à-vis des médecins avec lesquels il interagit. Il devrait également être assuré que ce statut soit harmonisé au niveau national entre les établissements hospitaliers, tant au niveau de leurs attributions qu'au niveau de leur fonctionnement organisationnel, par exemple en ce qui concerne le nombre de médecins coordonnateurs par établissement hospitalier, les services hospitaliers couverts, etc.

Le texte actuel ne reprend plus la prescription du lien contractuel entre l'hôpital et le médecin coordonnateur. Comme les médecins coordonnateurs seront probablement financés par l'intermédiaire des budgets hospitaliers, l'accord entre l'hôpital et chaque médecin coordonnateur devrait être formalisé suivant des règles claires et communes.

En l'absence du règlement grand-ducal fixant les normes organisationnelles auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers, l'efficacité du concept du médecin coordonnateur sera fortement limitée.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments respectueux.

Le Président de la
Caisse Nationale de Santé


Paul Schmit



COMMISSION NATIONALE
POUR LA PROTECTION
DES DONNÉES

Commission nationale pour la protection des données, 1, avenue du Rock'n'Roll L-4361 Esch-sur-Alzette

Monsieur Mars Di Bartolomeo
Ministre de la Santé
Ministère de la Santé
Villa Louvigny allée Marconi
L-2120 Luxembourg

Esch-sur-Alzette, le 7 février 2013

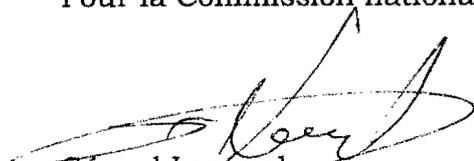
Concerne : Délibération n° 28/2013 du 7 février 2013 portant avis de la Commission nationale pour la protection des données concernant le projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur

Monsieur le Ministre,

Suite à votre estimée du 5 juillet 2012, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint la délibération n° 28/2013 du 7 février 2013 portant avis de la Commission nationale pour la protection des données concernant le projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur.

En vous souhaitant bonne réception de la présente, je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Pour la Commission nationale pour la protection des données,


Gérard Lommel
Président

MINISTERE DE LA SANTE
Cabinet du Ministre
Entrée le 8-2-13
Référence no 20.21.1.12
Transmis à _____
Jessica Jungblut
pour SM
Luxembourg, le 8-2-13

Avis de la Commission nationale pour la protection des données concernant le projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur

Délibération n° 28/2013 du 7 février 2013

Conformément à l'article 32 paragraphe (3) lettre (e) de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (ci-après désignée « la loi du 2 août 2002 »), la Commission nationale pour la protection des données a notamment pour mission d'*être demandée en son avis sur tous les projets ou propositions de loi portant création d'un traitement de même que sur toutes les mesures réglementaires ou administratives émises sur base de la présente loi* ».

Faisant suite à la demande lui adressée par Monsieur le Ministre de la Santé en date du 5 juillet 2012, la Commission nationale entend présenter ci-après ses réflexions et commentaires au sujet du projet de règlement grand-ducal « relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur », et plus particulièrement sur son article 5 ayant trait aux données à caractère personnel.

Le projet de règlement grand-ducal sous examen entend préciser le statut, les modalités de désignation et les attributions du médecin-coordonateur, fonction créée par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant notamment l'article 29 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

La Commission nationale limite ses observations aux questions de protection des données, soulevées plus particulièrement par l'article 5 du projet de règlement grand-ducal sous examen. Celui-ci dispose en effet notamment que « *pour les besoins de sa mission, le médecin-coordonateur a accès aux dossiers individuels visés à l'article 36 de la loi modifiée du 28 août 1998 des patients qui sont pris en charge par son service ou groupement de services* ».

1) Le secret médical

La disposition sous examen suscite la question de savoir si le médecin-coordonateur peut et doit effectivement avoir accès aux dossiers individuels de patients qui ne lui sont pas adressés et dont il n'est *a priori* pas en charge, ou si le principe du secret médical (auquel les médecins traitants sont tenus) s'y oppose.

Le secret médical peut être défini comme l'interdiction pour tout professionnel de la santé de divulguer les informations sur son patient dont il prend connaissance lors de l'exercice de sa profession, sous peine de sanctions prévues à l'article 458 du Code pénal.

Le secret médical est fondé, depuis son origine séculaire¹, sur la relation de confiance qui doit exister entre le médecin et son patient. Cette relation, qui induit nécessairement de la part du médecin une connaissance aussi large que possible de tous renseignements sur la santé physique et psychique de son patient, est établie par le choix du médecin traitant par le patient, et donc sur son consentement. La Cour européenne des droits de l'homme a déjà eu l'occasion de préciser que le secret médical « est capital non seulement pour protéger la vie privée des malades, mais également pour préserver leur confiance dans le corps médical et les services de santé en général »².

Il est communément accepté que cette relation, qui existait traditionnellement sous forme de binôme, englobe aujourd'hui l'équipe thérapeutique des autres praticiens concourant le cas échéant dans leurs spécialités respectives à l'action du praticien choisi par le médecin³.

Cette situation de besoin croissant de la prise en charge pluridisciplinaire du patient à l'hôpital a amené le législateur français à insérer dans sa législation la notion de « secret partagé »⁴, plus précisément à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique. Cette disposition permet le partage des données entre médecins et autres professionnels de la santé faisant partie d'une même équipe de soins avec le consentement implicite du patient.

Le projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé⁵, s'inspire largement de cet article⁶ en entendant consacrer en droit luxembourgeois cette même notion de « secret partagé ».

L'article 20 paragraphe (3) dudit projet de loi prévoit en effet que « deux ou plusieurs professionnels de la santé peuvent, sauf opposition du patient dûment averti, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier ou toute autre personne morale ou entité au sein duquel des soins de santé sont légalement prestés, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Le patient, dûment informé, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations le concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. Le professionnel

¹ Le principe du secret médical trouve son fondement dans le serment d'Hippocrate, probablement rédigé au IV^{ème} siècle av. J.-C., qui comporte notamment la phrase suivante: « Quoique je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas » (traduction attribuée à Emile Littré).

² Cour européenne des droits de l'homme, Z. contre Finlande, arrêt du 25 février 1997, Rec. 1997-I.

³ Cette position a été pour la première fois en France consacrée par le Conseil d'Etat dans son arrêt n. 76799 du 11 février 1972.

⁴ C. ZORN-MACREZ, *Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées*, Nancy, Presse Universitaires de Nancy, 2010, p. 125.

⁵ Projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

⁶ Exposé des motifs du projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, article 20, p. 44.



de la santé qui est à l'origine de la prestation garde toutefois toujours un accès aux éléments du dossier en rapport avec sa prestation ».

L'exposé des motifs du projet de loi relève que l'article 20 paragraphe (3) vise à « *faciliter, dans l'intérêt de la prise en charge, le flux de l'information au sein de l'équipe médicale ainsi qu'avec un autre intervenant dans la prise en charge lorsqu'il y a un lien thérapeutique* ».⁷

2) Les missions du médecin-coordonateur

L'article 29 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers précise que les médecins-coordonateurs « *assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des services(s) et veillent :*

- *au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations ;*
- *à la standardisation de la prise en charge de patients ;*
- *à l'utilisation efficiente des ressources disponibles ».*

Les missions du médecin-coordonateur sont davantage précisées par le projet de règlement grand-ducal sous examen. Celui-ci investit le médecin-coordonateur d'une mission de coordination au sein des hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés. Il contribue ainsi, « *ensemble avec les médecins de son ou de ses services* », à « *garantir le bon fonctionnement de l'activité médicale au sein de son service ou groupement de services en promouvant la qualité et l'amélioration continue des prestations de soins ainsi que le respect de la réglementation applicable en milieu hospitalier* ».⁸

La fonction de médecin-coordonateur en milieu hospitalier n'existe pas en tant que telle en Belgique ou en France. Cependant, les missions du médecin-coordonateur présentent certaines similarités avec celles attribuées au médecin-chef en Belgique, au médecin responsable de l'information médicale et au médecin coordonnateur des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (« EHPAD ») en France, même si on ne saurait assimiler les régimes belge et français à celui du médecin-coordonateur.

Bien que le médecin-coordonateur ne soit pas un chef du personnel médical de son service⁹, contrairement au médecin-chef en Belgique, il se voit attribuer un rôle similaire à ce dernier, respectivement la coordination du département médical et une responsabilité organisationnelle dans la continuité et la qualité des soins au sein de son service.¹⁰ Le Conseil national de l'Ordre des médecins en Belgique a estimé que « *l'exécution des dispositions [applicables au médecin-chef], et plus largement le fonctionnement harmonieux de l'institution hospitalière, justifie que le médecin-chef ait accès au dossier médical du patient dans les limites de l'exécution de ses missions* »¹¹.

⁷ *Idem.*

⁸ Exposé des motifs du projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur, p. 1.

⁹ *Idem.*

¹⁰ Arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987, *M.B.*, 25 déc. 1987, art. 2 et s.

¹¹ Avis du Conseil de l'Ordre des médecins concernant la consultation du dossier-médical par le médecin-chef de l'hôpital.

En France, le médecin responsable de l'information médicale a notamment pour mission d'« organiser, traiter et analyser l'information médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (« PMSI ») en garantissant la confidentialité des informations médicales »¹². Le médecin coordonnateur des EHPAD, quant à lui, « contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments »¹³ et « assure l'encadrement médical de l'équipe soignante »¹⁴.

Au Luxembourg, le Collège médical estime, dans son avis du 25 juillet 2012, que « dans une organisation hospitalière dépourvue d'hierarchie verticale, le fonctionnement optimal d'un service ne peut se réaliser que par le biais d'un médecin-coordonnateur ».

La Commission nationale estime également, en tenant compte tant de l'organisation hospitalière propre au Grand-duché de Luxembourg que de la situation dans nos pays voisins, que l'introduction du rôle de médecin coordonnateur dans notre législation est de nature à contribuer à améliorer la qualité de notre système de soins.

En particulier, la Commission nationale ne met pas en doute que, pour l'exercice et dans les limites de ses missions légales et réglementaires, le médecin-coordonnateur devrait avoir accès aux dossiers individuels des patients pris en charge par son service ou groupement de services. Elle est cependant d'avis que cet accès devra être encadré par certaines garanties précisées ci-après.

3) L'absence de lien thérapeutique entre le médecin-coordonnateur et le patient

La Commission nationale souhaite attirer l'attention sur le fait que les missions du médecin-coordonnateur, aussi légitimes et précieuses qu'elles soient, ne s'inscrivent pas dans un lien thérapeutique, mais bien dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, telle qu'expliquée plus en détail ci-dessus¹⁵.

En effet, les attributions du médecin-coordonnateur mentionnées à l'article 29 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et précisées par le projet de règlement grand-ducal sous objet laissent apparaître qu'il n'existe pas *a priori* de lien thérapeutique entre le médecin-coordonnateur et les patients pris en charge par son service ou groupement de services.

Par ailleurs, l'article 6 du projet de règlement grand-ducal sous examen précise qu'« hormis les cas d'urgence, son statut de médecin-coordonnateur ne l'autorise cependant pas 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 ».

L'article 20 paragraphe (3) du projet de loi n° 6469, que nous avons déjà évoqué¹⁶, permettrait le partage des données entre médecins et autres professionnels de la

¹² Cf. répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, « fiche métier » éditée par le Ministère de la santé et des sports – Direction générale de l'offre de soins, disponible à l'adresse suivante : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=125>.

¹³ Article L. 313-12, paragraphe (V) du Code de l'action sociale et des familles.

¹⁴ Article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles.

¹⁵ Cf. *supra*, pp. 3-4.

¹⁶ Cf. *supra*, p. 3.



santé faisant partie d'une même équipe de soins « lorsqu'il existe un lien thérapeutique », ce qui n'est toutefois pas le cas en l'espèce.

La Commission Nationale est dès lors d'avis que l'article 20 paragraphe (3) du projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient, si le texte était adopté en l'état, n'aurait pas vocation à s'appliquer dans le cas sous examen. Il s'ensuit que le principe du secret médical devra donc pleinement être respecté.

4) L'accès du médecin-coordonateur aux données avec le consentement des patients

La Commission nationale estime, comme G. VOGEL et E. RUDLOFF¹⁷, que « l'obligation au secret médical découle avant tout de l'intérêt éminemment respectable de celui qui a placé, sous l'empire d'une absolue nécessité, sa confiance dans la discrétion d'une personne appelée par profession à recevoir les confidences d'autrui ». Etant donné ce caractère prédominant de l'intérêt privé attaché à la répression de la violation du secret médical, la Commission nationale considère que le consentement du patient, à la base du secret médical, permet de délier le médecin de son obligation de ne pas divulguer à un tiers certaines informations dont il prend connaissance à l'exercice de sa profession.

Par le projet de règlement grand-ducal sous examen, le gouvernement se propose de réglementer spécifiquement l'accès du médecin-coordonateur aux dossiers individuels des patients qui sont pris en charge par son service ou groupement de services, ce qui revient à une communication de données à un tiers, alors qu'il n'existe pas de lien thérapeutique entre le médecin-coordonateur et les patients dont les données lui seraient communiquées.

L'article 7 paragraphe (4) de la loi du 2 août 2002 précise que « sous réserve que leur traitement soit en lui-même licite au regard des articles 6 et 7, les données y visées peuvent être communiquées à des tiers ou utilisées à des fins de recherche, d'après les modalités et suivant les conditions à déterminer par règlement grand-ducal ».

Le cas de figure sous objet doit être analysé comme un traitement de données relatives à la santé nécessaire aux fins de l'administration de soins ou de traitements, et est donc licite au sens de l'article 7 paragraphe (1) de la loi du 2 août 2002. Dès lors, les données des patients peuvent être communiquées à des tiers d'après les modalités et suivant les conditions déterminées par règlement grand-ducal.

Dans le cas spécifique sous examen, la Commission nationale considère que l'accès du médecin-coordonateur aux données des patients individuels ne devrait être possible qu'avec le consentement du patient.

Ce consentement devrait par ailleurs être distinct des autres consentements nécessaires à la prise en charge du patient dans le cadre du traitement médical au sein de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé. Cela paraît en effet nécessaire afin que le patient puisse manifester de façon suffisamment spécifique sa

¹⁷ G. VOGEL et E. RUDLOFF, *Lexique de droit médical et hospitalier*, Luxembourg, Editions Promoculture, 2009, pp. 214-215, n° 363.

volonté d'accepter ou de refuser que ses données à caractère personnel ne soient divulguées au médecin-coordonateur.

En dehors des cas d'urgence, le consentement devrait en outre être préalable à la prise en charge du patient au sein de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé, afin que cette manifestation de volonté du patient soit suffisamment informée. Lorsque le patient est admis aux services d'urgences, le consentement du patient devrait être recueilli *a posteriori*.

5) Le contrôle de l'accès aux dossiers individuels des patients

Suivant le projet de règlement grand-ducal sous examen, le médecin-coordonateur dispose certes d'un « *droit de regard sur les activités médicales du service ou groupement de services dont il coordonne l'activité* »¹⁸ et ne doit être exercé, selon les termes du projet, que « *pour les besoins de sa mission* »¹⁹.

Nous estimons que, de par les missions telles que définies, le rôle du médecin-coordonateur ne doit pas être compris comme celui d'un « *chef du personnel médical* »²⁰, comme on l'a déjà évoqué²¹, impliquant une mission de contrôle ou de surveillance sur les médecins traitants.

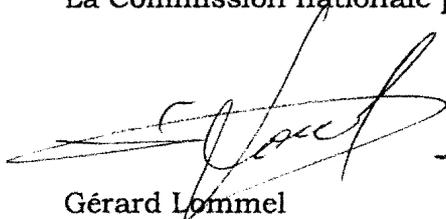
Dans la plupart des cas, le suivi des bonnes pratiques élaborées au sein d'un service devrait pouvoir se faire sur base de chiffres agrégés ou de statistiques, ce qui n'exclut pas que dans certains cas le médecin-coordonateur puisse consulter certains dossiers individuels.

Dès lors, une certaine transparence à l'égard des médecins traitants s'impose. C'est pourquoi la Commission nationale suggère de prévoir la mise en place d'une journalisation des accès.

Ainsi, à des intervalles réguliers, les médecins traitants devraient se voir communiquer la liste des dossiers de leurs patients auxquels le médecin-coordonateur a accédé.

Ainsi décidé à Esch-sur-Alzette en date du 7 février 2013.

La Commission nationale pour la protection des données



Gérard Lommel
Président



Pierre Weimerskirch
Membre effectif



Thierry Lallemand
Membre effectif

¹⁸ Article 6 du projet de règlement grand-ducal sous examen.

¹⁹ Article 5 alinéa 2 du projet de règlement grand-ducal sous examen.

²⁰ Exposé des motifs du projet de règlement grand-ducal sous examen, p. 1.

²¹ Cf. *supra*, p. 3.