



Dossier suivi par: JOME Laurent  
Tel: 247 85510  
Email: laurent.jome@ms.etat.lu

Monsieur le Ministre  
aux Relations avec le Parlement  
Service central de Législation  
43, boulevard Roosevelt  
L-2450 Luxembourg

Luxembourg, le 24 août 2018

**Concerne:** Question parlementaire n° 3944 du 20 juillet 2018 de Madame la Députée Sylvie Andrich-Duval et de Madame la Députée Martine Mergen

**Réf. :** 827x2e47b

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir en annexe la réponse de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale et de la soussignée à la question parlementaire n° 3944 du 20 juillet 2018 de Madame la Députée Sylvie Andrich-Duval et de Madame la Députée Martine Mergen concernant les "Gardes sur place prévues par la législation".

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour la Ministre de la Santé,  
p.d.

Laurent JOMÉ  
Premier Conseiller de Gouvernement





**Réponse commune de Madame la Ministre de la Santé et de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale à la question parlementaire n° 3944 du 20 juillet 2018 de Madame la Députée Sylvie Andrich-Duval et de Madame la Députée Martine Mergen concernant les "Gardes sur place prévues par la législation".**

Sur quelles normes internationales Madame la Ministre s'est-elle référée précisément en instituant des gardes sur place dans les maternités avec plus de 1500 accouchements par an ?

Un classement des maternités selon leur niveau de technicité existe dans la plupart des systèmes de santé. Chez nos voisins, l'organisation de la prise en charge des femmes enceintes et des naissances fait l'objet de décrets (France, en particulier les décrets du 10 octobre 1998), de décisions fédérales (Allemagne, Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, SGB-V), ou d'arrêtés royaux (Belgique, Arrêtés Royaux fixant les normes ...). De manière plus générale, elle fait également l'objet de recommandations émises par les sociétés médicales et scientifiques internationales et les groupes d'experts.

La présence sur place d'un médecin obstétricien et d'un anesthésiste est, selon ces référentiels (France<sup>1</sup>, Allemagne<sup>2</sup>), requise pour les maternités qui assurent la prise en charge de grossesses à risque, les accouchements prématurés avant la 32<sup>ème</sup> semaine de grossesse et les accouchements de nouveau-nés de poids inférieur à 1500g. La présence sur place de médecins spécialistes en pédiatrie (avec compétence en néonatalogie le cas échéant) est également prévue par les référentiels français, allemands et belges<sup>3</sup> pour de telles maternités ainsi que pour les services de néonatalogie intensive.

Pour les maternités prenant en charge des grossesses et des accouchements à risque, l'American College of Obstetricians and Gynecologists et la Society for Maternal-Fetal Medicine recommandent sans équivoque une présence sur site de l'obstétricien ("*ob-gyn available onsite at all times*») et de l'anesthésiste-réanimateur ("*anesthesia services available at all times onsite*») <sup>4</sup>. L'European Board and College of Obstetrics & Gynaecology (EBCOG) a publié des standards relatifs aux accouchements, précisant le niveau de disponibilité pour les médecins spécialistes en obstétrique (« available immediately to deal with obstetric emergencies »), pour les médecins anesthésistes (« available at all times during childbirth ») et pour les médecins spécialistes en pédiatrie (« 24-hour availability in obstetric units »).

La France utilise en outre depuis 1998 le critère du nombre d'accouchements, quel que soit le niveau de classement des maternités, pour imposer la présence sur place de médecins spécialistes à partir de 1500 accouchements annuels.

Le texte du décret français de 1998 est explicite : « *Indépendamment du niveau de la maternité, toute unité d'obstétrique qui effectue plus de 1500 accouchements par an doit disposer de :*

- *un gynécologue-obstétricien présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;*
- *un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles*

<sup>1</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id>

<sup>2</sup> [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1487/QFR-RL\\_2017-10-19\\_iK-2018-01-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1487/QFR-RL_2017-10-19_iK-2018-01-01.pdf)

<sup>3</sup> Normes applicables aux hôpitaux avec service NIC : [https://wallex.wallonie.be/index.php?doc=8791#FR\\_16109056](https://wallex.wallonie.be/index.php?doc=8791#FR_16109056)

<sup>4</sup> <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Levels-of-Maternal-Care>



- avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2 000 naissances par an, l'anesthésiste-réanimateur est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;
- un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité. »

Un rapport officiel de la situation des maternités en France en 2016, publié en 2017, ne remet pas en cause ces dispositions sécuritaires.<sup>5</sup>

### Qu'implique ce cadre en besoins de recrutement au Luxembourg des médecins spécialistes visés ?

L'exercice médical libéral au Luxembourg n'étant pas soumis à des dispositions univoques en matière de réglementation du temps de travail hebdomadaire, les estimations n'ont qu'une valeur indicative et préliminaire.

Ainsi, sans tenir compte du temps de travail des médecins agréés aux centres hospitaliers luxembourgeois, le relevé des médecins spécialistes déclarés lors de l'élaboration de la carte sanitaire pour 2017 est repris ci-dessous :

Nombre de médecins agréés au Centre Hospitalier de Luxembourg et aux Hôpitaux Robert Schuman, pour les services de gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, néonatalogie / soins intensifs pédiatriques et pédiatrie, année 2017.

Nom du service	Nombre de médecins agréés au CHL <sup>a</sup>	Nombre de médecins agréés aux HRS	
		Pour la maternité	Total HRS
Gynécologie-obstétrique	25	17	18
Anesthésie-réanimation	22,5	4	22
Néonatalogie et soins intensifs de pédiatrie	7	N/A	N/A
Pédiatrie	N/P	10	10

<sup>a</sup> statut salarié, libéral ou coopérant uniquement

N/A : non applicable

N/P : non pertinent, les médecins du service de pédiatrie n'effectuant pas la garde pour la maternité

Dans les pays où le temps de travail médical à l'hôpital est réglementé à 48 heures de travail par semaine, comme en Belgique<sup>6</sup> ou en France<sup>7</sup>, des estimations précises des effectifs nécessaires ont été menées.

En France par exemple, la Société Française d'Anesthésie Réanimation a effectué le calcul des effectifs nécessaires pour assurer un « temps médical continu », c'est-à-dire une garde avec la présence continue d'un médecin, 24h/24 et tous les jours de l'année dans un service. Sur base d'un temps de travail de 48h/semaine, et en déduisant 69 jours annuels (25 jours de congé par an, 20 jours de récupération, 15 jours de formation médicale continue et 9 jours fériés sur jour ouvrable), la couverture médicale continue nécessite 4,8 équivalents temps plein<sup>8</sup>. A ces effectifs viennent s'ajouter les médecins nécessaires pour les activités menées durant les heures normales de la semaine.

<sup>5</sup> <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1031.pdf>

<sup>6</sup> <http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=33092>

<sup>7</sup> code de la santé publique, règles de décompte du temps de travail fixées par l'article R.6152-27

<sup>8</sup> [http://www.snpeh.fr/wp-content/uploads/2016/02/rtt\\_sfar.pdf](http://www.snpeh.fr/wp-content/uploads/2016/02/rtt_sfar.pdf)



Le tableau des effectifs médicaux ci-dessus indique que l'organisation d'un « temps médical continu » dans les deux centres hospitaliers luxembourgeois concernés par l'obligation de la présence 24h/24 et 7j/7 sur le site de l'établissement, est *a priori* possible sans nécessité de recrutement supplémentaire.

*Madame la Ministre ne juge-t-elle pas que cette disposition ne mette en place des normes de qualité et des couvertures de sécurité différentes selon l'établissement et par extension de la région, dans la mesure où les femmes accouchant au CHEM (Centre Hospitalier Emile Mayrisch) ou au CHdN (Centre Hospitalier du Nord) ne se voient pas accorder le service d'une présence 24h/24 et 7j/7 d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et d'un anesthésiste ?*

L'organisation sanitaire en niveaux de soins a le mérite de définir le niveau de complexité et de risque que chaque maternité s'engage à assurer. Cette organisation permet également de déployer les moyens de manière raisonnée, en fonction de la disponibilité de ces moyens et de ces compétences (nombre limité de spécialistes formés et expérimentés pour les situations complexes). Le public et les familles concernées peuvent ainsi s'orienter en sachant où et comment l'offre de soins qui répond le mieux à ses besoins est déployée.

Ainsi, une maternité de niveau 1, comme celle du CHEM ou du CHdN, assure la prise en charge des grossesses normales, des accouchements et de la prise en charge du nouveau-né dans des situations fréquentes et sans gravité. Une maternité de niveau 1 qui assure plus de 1500 accouchements par an peut en outre assurer le suivi des grossesses pathologiques et la prise en charge de nouveau-nés présentant des difficultés d'adaptation. Une maternité de niveau 2 assure la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés nécessitant des soins intensifs spécialisés ou présentant des détresses graves.

De telles dispositions permettent d'offrir à chaque femme enceinte, à chaque accouchée et à chaque nouveau-né une offre de soins transparente et une équité d'accès à des soins adaptés pour toute situation prévisible. Afin que chaque situation à risque puisse bénéficier du niveau de prise en charge adapté à son cas, la loi prévoit d'ailleurs des conventions entre les maternités qui régissent les transferts des femmes enceintes et des nouveau-nés, selon des critères et des modalités portés à l'attention du public.

Le risque de survenue d'une situation urgente et imprévisible ne pourra évidemment jamais être réduit à zéro. Cependant, la probabilité d'une telle situation, pour laquelle un transfert ne serait pas possible dans les délais compatibles avec la sécurité de la mère ou de l'enfant, est moins grande dans une maternité de moindre volume.

*Sachant que les infirmiers/ières travaillant en astreinte seront rémunérées suivant leur contrat collectif et qu'il n'est par contre pas prévue de prime d'astreinte ou autre rémunération pour les médecins, Madame, Monsieur les Ministres ne considèrent-ils pas que ceci constitue une entrave à l'égalité de traitement et, si oui, ont-ils déjà élaboré des propositions de compensation financière ?*

Les ministres soussignés donnent à considérer que les médecins ne sont pas visés par les dispositions du contrat collectif des infirmiers.

Pour le surplus, ils renvoient les honorables députées à leur réponse commune à la question parlementaire n° 3776 du 24 avril 2018.



*Dans la mesure où les femmes enceintes préfèrent avoir recours à leur gynécologue de confiance habituel pour les assister pendant leur accouchement, et que de manière générale cette habitude a fait ses preuves, Monsieur, Madame les Ministres ne sont-ils pas d'avis que le gynécologue désigné pour assurer la présence sur place risque de tourner à vide alors que ses confrères continueront à venir assister leurs patientes ?*

Les dispositions légales en matière de garde sur place visent à assurer la sécurité de la mère et du nouveau-né en situation urgente, lorsque leur médecin de confiance n'est pas disponible. L'utilité de la présence de médecins spécialistes sur place, qui a d'ailleurs fait ses preuves à l'étranger, contribuera également au Luxembourg à améliorer la sécurité de la mère et du nouveau-né. Toujours est-il que les dispositions concernées de la loi précitée du 8 mars 2018 devront encore faire l'objet d'une évaluation statistique avant de pouvoir être confirmées.