



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Dossier consolidé

Projet de loi 8277

Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'État à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

Date de dépôt : 17-07-2023

Date de l'avis du Conseil d'État : 10-10-2023

Auteur(s) : Madame Paulette Lenert, Ministre de la Santé

Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
17-07-2023	Déposé	8277/00	<u>3</u>
21-09-2023	Avis du Collège médical - Dépêche du Président du Collège médical à la Ministre de la Santé (20.9.2023)	8277/01	<u>36</u>
10-10-2023	Avis du Conseil d'État (10.10.2023)	8277/02	<u>39</u>
19-10-2023	Avis de la Chambre des Salariés (19.10.2023)	8277/03	<u>44</u>
27-11-2023	Amendements gouvernementaux (24.11.2023)	8277/04	<u>49</u>
05-12-2023	Avis complémentaire du Conseil d'État (5.12.2023)	8277/05	<u>82</u>
06-12-2023	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (02) de la reunion du 6 décembre 2023	02	<u>85</u>
07-12-2023	Avis complémentaire du Collège médical (6.12.2023)	8277/06	<u>114</u>
11-12-2023	Avis complémentaire de la Chambre des Salariés (11.12.2023)	8277/07	<u>117</u>
12-12-2023	Avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (8.12.2023)	8277/08	<u>120</u>
13-12-2023	Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Rapporteur(s) : Monsieur Max Hengel	8277/09	<u>123</u>
13-12-2023	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (03) de la reunion du 13 décembre 2023	03	<u>136</u>
19-12-2023	Premier vote constitutionnel (Vote Positif) En séance publique n°7 Une demande de dispense du second vote a été introduite	Bulletin de vote n°7 - Projet de loi N°8277	<u>168</u>
19-12-2023	Premier vote constitutionnel (Vote Positif) En séance publique n°7 Une demande de dispense du second vote a été introduite	Texte voté - Projet de loi N°8277	<u>171</u>
19-12-2023	Avis de la Chambre de Commerce (15.12.2023)	8277/10	<u>174</u>
22-12-2023	Dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (22-12-2023) Evacué par dispense du second vote (22-12-2023)	8277/11	<u>179</u>
22-12-2023	Publié au Mémorial A n°839 en page 1	Mémorial A N° 839 de 2023	<u>182</u>
	Résumé du dossier	Résumé	<u>185</u>

8277/00

N° 8277

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

autorisant l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

* * *

Document de dépôt

Dépôt: le 17.7.2023

*

Le Premier Ministre,

Vu les articles 76 et 95, alinéa 1^{er}, de la Constitution ;

Vu l'article 10 du Règlement interne du Gouvernement ;

Vu l'article 58, paragraphe 1^{er}, du Règlement de la Chambre des Députés ;

Vu l'article 1^{er}, paragraphe 1^{er}, de la loi modifiée du 16 juin 2017 sur l'organisation du Conseil d'Etat ;

Considérant la décision du Gouvernement en conseil du 10/07/2023 approuvant sur proposition de la Ministre de la Santé le projet de loi ci-après ;

Arrête :

Art. 1^{er}. La Ministre de la Santé est autorisée à déposer au nom du Gouvernement à la Chambre des Députés le projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et à demander l'avis y relatif au Conseil d'Etat.

Art. 2. Le Ministre aux Relations avec le Parlement est chargé, pour le compte du Premier Ministre et du Ministre de la Défense, de l'exécution du présent arrêté.

Luxembourg, le 14 juillet 2023

Le Premier Ministre,
Ministre d'Etat,
Xavier BETTEL

La Ministre de la Santé,
Paulette LENERT

EXPOSE DES MOTIFS

D'un côté, le présent avant-projet de loi vise à créer le cadre légal pour autoriser l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés. De l'autre côté, il prévoit un certain nombre de modifications au niveau de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

En date du 17 novembre 2022 l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg, représenté par la Ministre de la Santé a conclu une convention avec la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (ci-après « FHL ») mettant en place un projet pilote d'indemnisation nationale pour les gardes sur place et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et certains établissements spécialisés.

Dans le cadre de ce projet pilote, un comité d'accompagnement et d'évaluation, réunissant les représentants du ministère de la Santé, de la FHL, des établissements hospitaliers ainsi que des conseils médicaux, a été mis en place. Ce comité a notamment pour mission de retenir des critères d'évaluation du système national d'indemnisation des gardes sur place et astreintes ainsi que de formuler des propositions de recommandation pour l'articulation du système d'indemnisation au-delà de la durée de validité de la convention pilote, soit au-delà du 31 décembre 2023.

À cet effet et afin de se conformer à l'avis du Conseil d'Etat au projet de loi n°8080 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2023, il y a lieu d'inclure les éléments essentiels du régime d'indemnisation à partir du 1^{er} janvier 2024 au sein de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et plus précisément à l'article 24.

Etant donné que les établissements hospitaliers sont responsables de garantir la continuité de service conformément aux dispositions de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée ainsi que des règlements afférents. Dès lors, c'est l'organisme gestionnaire qui est responsable d'assurer les lignes de garde sur place et d'astreintes des services hospitaliers dont il a demandé l'autorisation d'exploitation. La disponibilité assurée par les médecins hospitaliers, due aux obligations de garde sur place et d'astreinte, nécessite une contrepartie financière adaptée. L'organisme gestionnaire est responsable d'assurer l'organisation médicale et la mise en œuvre des lignes de garde et d'astreinte. Par conséquent, il sera indemnisé pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs.

Suite à une adaptation du périmètre ainsi qu'à l'indexation des montants, les indemnités dues en contrepartie des gardes sur place et des astreintes prestées représentent un budget de 60.500.000 euros.

L'autorisation du législateur est nécessaire dans la mesure où l'engagement total de l'Etat dépasse le montant prévu à l'article 80, paragraphe 1, point d) de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat, en l'occurrence 40 000 000 euros.

Finalement, le l'avant-projet de loi sous rubrique vise à faire certaines modifications dans les annexes de la loi précitée du 8 mars 2018.

D'un côté, une modification des nombres de lits maximaux autorisés par la loi hospitalière dans son annexe 2 pour les services de gériatrie aiguë, de pédiatrie de proximité et de psychiatrie juvénile est indispensable à ce stade afin de remédier immédiatement aux besoins sanitaires.

Concernant les lits en gériatrie aiguë, l'augmentation du nombre maximal de lits pour faciliter la prise en charge en gériatrie aiguë s'explique par l'évolution vers une population de plus en plus âgée et plus à risque de polymorbidités dans un objectif de garantir une médecine adaptée aux besoins spécifiques de cette population vulnérable nécessitant plus particulièrement une prise en charge holistique. Il faut réagir à ce stade à cette problématique puisque les taux d'occupation des services de gériatrie dépassent les 95 %.

Pour les services de pédiatrie de proximité autorisés auprès des trois centres hospitaliers, le nombre de lits exploités dépasse actuellement le nombre de lits autorisés. Ce manque de lits a été confirmé par la crise bronchiolite de l'année dernière et la nécessité d'avoir dû procéder à des redistributions de ressources structurales et humaines à l'intérieur de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle il faut adapter les chiffres en ce sens.

En psychiatrie juvénile l'augmentation de la prise en charge additionnelle s'explique avec l'augmentation de la démographie luxembourgeoise ainsi que du nombre de naissance au Luxembourg. Il

faut aussi relever l'impact important de la crise COVID 19 sur le développement social et la santé mentale des enfants et des jeunes.

Suite aux adaptations ponctuelles de l'annexe 2, il faut par conséquent rectifier les chiffres de l'annexe 1 de la loi hospitalière en ce sens.

De l'autre côté, une adaptation de l'annexe 3 est requise afin de répondre aux besoins sanitaires nationaux par l'augmentation du nombre maximum d'équipements PET-CT à deux. En effet, le nombre de nouveaux traceurs mis sur le marché et indications médicales engendre une forte augmentation de la demande d'exams. Le centre national PET, accessible aux médecins nucléaristes des centres hospitaliers du pays, saura ainsi augmenter ses capacités à court terme afin d'assurer une activité continue sans arrêt et d'éviter de longs délais d'attente.

*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

L'article 1^{er} autorise le Gouvernement à participer au financement des lignes de garde sur place et d'astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés.

L'autorisation du législateur est nécessaire dans la mesure où l'engagement total de l'Etat dépasse le montant prévu à l'article 80, paragraphe 1^{er}, point d) de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat, en l'occurrence 40 000 000 euros.

La date du 1^{er} janvier 2024 s'explique par le fait que la convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg, représenté par la Ministre de la Santé, et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (ci-après « FHL »), mettant en place un projet pilote d'indemnisation nationale pour les gardes sur place et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et certains établissements spécialisés, prend fin le 31 décembre 2023.

Le montant prévu au sein du présent projet de loi correspond à la valeur de l'échelle mobile des salaires au 1^{er} avril 2023.

Article 2

L'article sous rubrique prévoit que l'Etat honore ses engagements financiers pour ce projet par le biais de l'article budgétaire 14.0.31.055 de la loi du 23 décembre 2022 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2023 libellé « Gardes et astreintes des médecins dans les centres hospitaliers et établissements spécialisés : participation aux frais ».

Article 3

Le présent article modifie ponctuellement la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Article 24 de la loi modifiée du 8 mars 2018

Le premier point de l'article 3 concerne l'article 24 de la loi précitée. L'organisme gestionnaire est responsable d'assurer l'organisation médicale et la mise en œuvre des lignes de garde et d'astreinte découlant des dispositions de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée ainsi que des règlements afférents. En effet, comme l'organisme gestionnaire demande une autorisation d'exploitation pour les services hospitaliers, il s'engage par la suite de les exploiter conformément aux normes prévues aux articles 4, 5 et à l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018. Dès lors, c'est l'organisme gestionnaire qui est responsable d'assurer les lignes de garde et astreintes des services hospitaliers dont il a demandé l'autorisation d'exploitation. Par conséquent, il sera indemnisé pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs.

Dans le projet de loi n°8080 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2023, il était initialement prévu d'ajouter cette disposition relative à la prise en charge par le budget de l'Etat de l'indemnisation des médecins hospitaliers pour leur temps de présence effective et de disponibilité pour assurer la continuité de service et les gardes. Pourtant le Conseil d'Etat avait mis une opposition formelle à cet ajout parce que « l'exercice d'une profession libérale (article 11,

paragraphe 6, de la Constitution) et les charges grevant le budget de l'État pour plus d'un exercice (article 99 de la Constitution) constituent des matières réservées à la loi formelle. Il rappelle que dans de telles matières réservées à la loi, il incombe au législateur de régler les éléments essentiels du régime d'indemnisation en cause »¹. Afin de se mettre conforme par rapport à l'avis du Conseil d'Etat il a fallu compléter la proposition par les taux horaires bruts applicables.

Annexe 1

Le deuxième point rectifie les chiffres de l'annexe 1 de la loi hospitalière. En ce qui concerne les lits de moyen séjour un total de 670 lits est prévu. Si on reprend la somme des maximums de lits de moyen séjour de l'annexe 2, le total est de 710 lits autorisables. Si on tient compte que l'établissement de Colpach ne peut avoir que 60 lits et que le service de réhabilitation post-oncologique est un service national, le total autorisable est de 710 lits. Etant donné que le nombre des lits de moyen séjour a été adapté, il faut également rectifier le total du nombre maximal de lits totaux pouvant être autorisé.

Annexe 2

Le troisième point vise à adapter le nombre maximum de lits autorisables au niveau national pour les services de même type aux besoins sanitaires actuels et ceci conformément à l'avis du Conseil d'Etat du 23 décembre 2016 relatif au projet de loi n°7056 qui dispose : « *Le nombre de lits maximal par service et le nombre maximal au niveau national sont à déterminer par les auteurs en fonction des besoins sanitaires nationaux* ».

Le nombre des lits en gériatrie aiguë doit être augmenté parce que les taux d'occupation des services de gériatrie dépassent les 95 %. Ceci a un impact direct sur les services d'urgences et en particulier pour sa filière gériatrique, les patients devant attendre parfois 24 à 48 heures pour être hospitalisés ce qui conduit à des nombreuses plaintes. Les patients sont aussi par manque de lits de gériatrie, hospitalisés dans d'autres services souvent moins adaptés aux besoins médicaux de cette patientèle.

Au vu de l'évolution vers une population de plus en plus âgée et plus à risque de polymorbidités et dans un objectif de garantir une médecine adaptée aux besoins spécifiques de cette population vulnérable nécessitant plus particulièrement une prise en charge holistique, il paraît souhaitable d'augmenter le nombre maximal de lits pour faciliter la prise en charge en gériatrie aiguë et de permettre aux centres hospitaliers de transposer des projets d'augmentation ou de réaffectation de lits aigus.

Nombre de lits exploités (autorisés) aux centres hospitaliers dans les services de gériatrie aiguë en date du 1^{er} janvier 2019: CHdN 25 (25) + CHL 19 (19) + CHEM 48 (42) + HRS 34 (34) = 126 (120)

Nombre de lits demandés par les centres hospitaliers pour les services de gériatrie aiguë lors du renouvellement des autorisations d'exploitation au 1^{er} janvier 2024: CHdN 41 + CHL 29 + CHEM 68 + HRS 51 = 189

Il existe donc un besoin d'adaptation de 69 lits par rapport au nombre maximal défini dans l'annexe 2 qui est de 120 lits actuellement.

En tenant compte d'une légère marge de flexibilité, il y a lieu d'augmenter le nombre maximal par service de lits de gériatrie aiguë à 195 lits.

Pour les services de pédiatrie de proximité autorisés auprès des trois centres hospitaliers CHEM, CHdN et HRS alors que les services nationaux de pédiatrie sont localisés à la Clinique Pédiatrique du CHL, le nombre de lits exploités dépasse actuellement le nombre de lits autorisés. En complément, un manque de lits a été confirmé par la crise bronchiolite de l'année dernière et la nécessité d'avoir dû procéder à des redistributions de ressources structurales et humaines à l'intérieur de l'hôpital. Les services des urgences pédiatriques de la Clinique Pédiatrique constate régulièrement des affluences dépassant les capacités et le projet d'adaptation des infrastructures ne pourra augmenter le nombre de lits que d'une façon limitée. Même si des variations d'activité restent (épidémies automnales et hivernales), celles-ci sont moins flagrantes actuellement (VRS en automne alors qu'habituellement hivernal). Lors des pics d'activité, les ressources doivent être disponibles pour y faire face. L'organisation actuelle des services prévoit un service national pour la pédiatrie spécialisée et des services de pédiatrie de proximité. La coordination entre les deux types de service doit être optimale afin d'éviter tout défaut de soins. Ainsi il y a lieu de permettre aux services de pédiatrie de proximité de disposer d'un nombre

¹ <https://wdocs-pub.chd.lu/docs/exped/0135/071/270712.pdf>

de lit adapté aux besoins et de permettre aux centres hospitaliers de réaliser des projets d'adaptation y relatifs.

Nombre de lits exploités (autorisés) aux centres hospitaliers dans les services de pédiatrie de proximité en date du 1^{er} janvier 2019: CHdN 3 (3) + CHEM 6 (4) + HRS 13 (5) = 22 (12) lits

Nombre de lits demandés par les centres hospitaliers pour les services de pédiatrie de proximité lors du renouvellement des autorisations d'exploitation au 1^{er} janvier 2024: CHdN 3+ CHEM 10 + HRS 23 = 36 lits

Il existe donc un besoin d'adaptation de 24 lits par rapport au nombre maximal défini dans l'annexe 2 qui est de 12 lits actuellement.

Une marge de flexibilité de planification de 10 % serait à considérer ce qui donne un total de 40 lits pour la pédiatrie de proximité incluant la néonatalogie non intensive.

Finalement, il est prévu d'augmenter le nombre de lits maximum par service pour le service national de psychiatrie juvénile. Avec l'augmentation de la démographie luxembourgeoise ainsi que du nombre de naissances au Luxembourg, une augmentation des cas nécessitant une prise en charge en psychiatrie juvénile va de pair. Il faut aussi relever l'impact important de la crise COVID 19 sur le développement social et la santé mentale des enfants et des jeunes. En comparaison avec l'étranger, le canton de Zurich dans son estimation pour 2032, prévoit une augmentation de 45 % des troubles psychiatriques spécifiques au nourrisson et à l'enfant.

Actuellement les HRS exploitent 30 lits dans le service national de psychiatrie juvénile. Une demande anticipée d'autorisation pour 45 lits a été formulée. Etant donné que le nombre maximum de lits défini au niveau de l'annexe 2 est de 35 lits, il est proposé d'augmenter le nombre maximum de lits par service à 45.

Annexe 3

Le quatrième point prévoit une adaptation de l'annexe 3 aux besoins sanitaires nationaux par l'augmentation du nombre maximum de PET-CT à deux. Le nombre total de patients au Luxembourg qui ont eu recours à l'équipement national PET-CT du Centre National PET (CN PET) ont progressé de manière spectaculaire d'année en année en passant de 2223 en 2010, 4348 en 2019 à 6478 examens réalisés en 2022 (Rapport d'activité du CN PET 2021). Cette évolution exponentielle est en accord avec les modèles de prédiction d'activité. Dans le même rapport, un taux actuel d'occupation est décrit comme étant proche de 100 % jusque 35 examens par jours y compris certains samedis alors que la cible de 85 % comme taux d'occupation cible souhaité est dépassé depuis 2019. Toutes les mesures possibles afin d'augmenter le nombre de prises en charge de malades sont déjà exploitées, comme p.ex. extension au maximum des horaires de travail du personnel, optimisation de l'organisation des examens, possibilités d'optimisation de la livraison des traceurs. La prise en charge de malades pour des indications urgentes (p.ex. diagnostic initial de cancer ou adaptation thérapeutique en cours de traitement anticancéreux) endéans d'une semaine au maximum n'est possible que grâce à la priorisation faite par les médecins. Depuis 2019 il est constaté une forte augmentation de l'utilisation de nouveaux traceurs et indications notamment à la suite au réaménagement du laboratoire spécifique du centre national PET. Le comité scientifique accompagnant les activités du CN PET demande la mise en place d'une deuxième afin de répondre aux besoins sanitaires croissants. Le renforcement des capacités du Centre National PET permet d'augmenter les capacités du centre national et d'éviter de longs délais d'attente.

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Art. 1^{er}. Le Gouvernement est autorisé à participer au financement de l'organisation des lignes de garde et d'astreinte, conformément aux dispositions de l'article 24, paragraphe 1^{er}, point 4^o de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, pour un montant ne pouvant dépasser 60.500.000 euros dans la période du 1^{er} janvier 2024 jusqu'au 31 décembre 2024.

Ce montant correspond à la valeur de l'échelle mobile des salaires au 1^{er} avril 2023 de 921,40 points. Le montant est adapté en fonction de la variation de l'échelle précitée.

Art. 2. Les dépenses engagées au titre du projet visé à l'article 1^{er} sont imputées sur le crédit inscrit annuellement à l'article budgétaire 14.0.31.055 « Gardes et astreintes des médecins dans les centres hospitaliers et établissements spécialisés : participation aux frais » du budget des dépenses courantes du Ministère de la Santé.

Art. 3. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1^o À l'article 24, il est ajouté *in fine* un nouveau paragraphe 3 libellé comme suit :

« Pour assurer l'organisation médicale telle que prévue à l'article 24, paragraphe 1^{er}, point 4^o et notamment l'organisation des lignes de garde et d'astreinte découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers telles que prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire sera indemnisé, à charge du budget de l'Etat, pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs sur base des taux horaires suivants.

Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948. » ;

2^o L'Annexe 1 est modifiée comme suit :

- a) Au point 2, le nombre « 670 » est remplacé par le nombre « 710 » ;
- b) Au point 4, le nombre « 3.107 » est remplacé par le nombre « 3.147 ».

3^o La lettre A de l'annexe 2 est modifiée comme suit :

- a) A la rangée dénommée « Gériatrie aiguë », le nombre « 120 » est remplacé par le nombre « 195 » ;
- b) A la rangée dénommée « Pédiatrie de proximité », le nombre « 12 » est remplacé par le nombre « 40 » ;
- c) A la rangée dénommée « Psychiatrie juvénile », le nombre « 35 » est remplacé par le nombre « 45 ».

4^o A l'annexe 3, dans la ligne « Tomographe à émission de positrons », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 2 ».

Art. 4. La présente loi produit ses effets au 1^{er} janvier 2024.

*

LOI MODIFIEE DU 8 MARS 2018
relative aux établissements hospitaliers
et à la planification hospitalière

Texte coordonné de l'article 24 et des annexes 1,
2, point A et 3 tels que modifiés

Art. 24. (1) L'organisme gestionnaire adopte le règlement général de l'hôpital.

Le règlement général porte sur :

1. les objectifs et les modalités du fonctionnement hospitalier et notamment des actions concourant à une prise en charge globale des patients, à la prévention de la dépendance et à l'amélioration continue de la qualité des prestations hospitalières ;
2. la qualité des prestations globales et spécifiquement celles dans le domaine médical et des soins ;
3. le système d'information, l'utilisation rationnelle et scientifique des médicaments et des équipements ;
4. l'organisation médicale, des soins et administrative ainsi que le mode d'exercice de la médecine, des soins et de leurs disciplines annexes ;
5. l'organigramme et le tableau des effectifs du personnel, les règles concernant l'engagement, l'emploi, le remplacement et les tâches des différentes catégories de personnel ;
6. la politique sociale et de formation continue du personnel ;
7. le règlement d'ordre intérieur relatif aux dispositions concernant les patients et les visiteurs ;
8. l'organisation et le contrôle de la prévention et du contrôle de l'infection nosocomiale ;
9. les règlements de sécurité et les plans d'intervention pour faire face aux catastrophes et événements analogues ;
10. la prévention et l'élimination des déchets.

(2) Les différentes parties du règlement général et leurs mises à jour sont portées à la connaissance du ministre et des personnes concernées par tout moyen approprié.

(3) Pour assurer l'organisation médicale telle que prévue à l'article 24, paragraphe 1^{er}, point 4^o et notamment l'organisation des lignes de garde et d'astreinte découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers telles que prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire sera indemnisé, à charge du budget de l'Etat, pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs sur base des taux horaires suivants.

Ces taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948.

*

ANNEXE 1 -

Nombre maximal de lits pouvant être autorisé au niveau national1. Lits aigus

Total du nombre maximal de lits aigus pouvant être autorisé : 2.350

2. Lits de moyen séjour

Total du nombre maximal des lits de moyen séjour pouvant être autorisé : ~~670~~ **710** dont

- a) un nombre maximal de lits de rééducation gériatrique pouvant être autorisé : 310
- b) un nombre maximal de lits de rééducation fonctionnelle pouvant être autorisé : 100
- c) un nombre maximal de lits de réhabilitation physique et post oncologique pouvant être autorisé : 60
- d) un nombre maximal de lits de réhabilitation psychiatrique pouvant être autorisé : 180 un nombre maximal de lits de soins palliatifs situés dans un établissement d'accueil pour personnes
- e) en fin de vie pouvant être autorisé : 20

3. Lits d'hospitalisation de longue durée

Total du nombre maximal de lits d'hospitalisation de longue durée pouvant être autorisé : 87

4. Total des lits hospitaliers

Total du nombre maximal de lits hospitaliers pouvant être autorisé : ~~3.107~~ **3.147**

*

ANNEXE 2 -

Définitions des services hospitaliers**A. Services de soins aigus (lits aigus)**

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Cardiologie 4 services # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 140	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des problèmes cardio-vasculaires qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique et un traitement de nature non-invasive. Il est en mesure d'assurer la défibrillation, la thrombolyse coronaire, le placement d'un stimulateur cardiaque provisoire, la prise de la pression cardiaque droite et de tension intra-artérielle. Le service de cardiologie a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès au plateau médicotechnique d'investigations cardio-circulatoires d'électrocardiographie, d'échocardiographie, de cyclométrie et de monitoring de Holter. Il dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'urgence et un service de soins intensifs établis sur le même site. Il dispose également d'un lien fonctionnel direct avec le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque et un service de chirurgie vasculaire, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement sur base d'une convention écrite.

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque Service national # lits min/service : 20 # lits max nationaux : 30	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, disponible 24h/24 et 7jours/7, prenant en charge des patients adultes présentant des problèmes cardiaques qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique invasive poussée ou nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, y compris la thérapie interventionnelle, l'électrophysiologie et l'implantation d'un stimulateur cardiaque et un traitement chirurgical invasif, à l'exception de la transplantation et du traitement des anomalies congénitales durant l'enfance. Le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque dispose de liens fonctionnels étroits avec les services de secours, les services d'urgence, ainsi qu'avec un service de soins intensifs et un service de cardiologie établis sur le même site. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.</p> <p>L'autorisation de pratiquer la chirurgie cardiaque ne peut être accordée ou renouvelée que sur base de l'activité annuelle de chirurgie cardiaque pour adultes établie sur base des interventions pratiquées sous circulation extracorporelle ou par la technique à « cœur battant ».</p>
Chirurgie esthétique # services max _3 #lits min par service : 5 #lits max nationaux : 15	<p>Un service de traitement chirurgical à visée esthétique, prenant en charge des personnes, à la suite d'altérations morphologiques ou de disgrâces acquises ou constitutionnelles non pathologiques. Il a recours aux compétences de chirurgie plastique ou maxillo-faciale et, selon le territoire anatomique des interventions réalisées, aux compétences chirurgicales des spécialités concernées. La chirurgie esthétique est soumise aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fournir à la personne concernée, pour toute prestation de chirurgie esthétique, les informations relatives aux conditions de l'intervention, les risques et éventuelles conséquences et complications, ainsi qu'un devis détaillé des honoraires médicaux, frais et durée estimée de séjour hospitalier, produits, médicaments et dispositifs médicaux ; ce devis est daté et signé du ou des chirurgiens devant réaliser l'intervention prévue. – Respecter un délai minimal de quinze jours entre la remise du devis et l'intervention éventuelle. – Disposer de l'accès au soutien psychologique pour tout patient tout au long de la prise en charge.
Chirurgie pédiatrique Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 20	<p>Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, relevant d'une discipline chirurgicale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service dispose d'infrastructures, d'équipement et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service dispose d'un lien fonctionnel avec un service d'imagerie disposant de compétences en radiologie pédiatrique, un service d'urgences pédiatriques, un service de soins intensifs pédiatriques et un service de pédiatrie établis sur le même site. Le service a accès à des compétences en anesthésiologie pédiatrique, garantissant la sécurité anesthésique aux nourrissons et jeunes enfants (moins de 10 kg et/ou moins de 2 ans). Il participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
Chirurgie plastique Service national # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 15	<p>Un service de diagnostic et de traitement chirurgical à visée thérapeutique, reconstructive ou fonctionnelle, prenant en charge des patients, à la suite d'un accident, d'un traitement, de blessures, de malformation ou d'un déficit fonctionnel. Il a recours aux soins de kinésithérapie et au soutien psychologique et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de rééducation fonctionnelle musculo-squelettique, situé ou non sur le même site. Le service de chirurgie plastique peut pratiquer la chirurgie esthétique s'il se soumet aux conditions applicables au service de chirurgie esthétique.</p>

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Chirurgie vasculaire # services max 4 # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 60	Un service prenant en charge des patients présentant des problèmes vasculaires qui sont de nature à nécessiter un traitement interventionnel par voie chirurgicale, endovasculaire, ou mixte (hybride) intéressant les vaisseaux périphériques. Le service de chirurgie vasculaire dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'imagerie et un service de soins intensifs établis sur le même site. Le service de chirurgie vasculaire peut assurer le traitement de patients présentant des pathologies carotidiennes s'il dispose, sur le même site, d'un service neuro-vasculaire.
Chirurgie viscérale 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 100	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des patients relevant d'une discipline chirurgicale générale, digestive ou viscérale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service de chirurgie viscérale dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles situé sur le même site. Le service dispose de liens fonctionnels étroits avec le service des urgences et, le cas échéant, les services de médecine interne générale, de gastroentérologie et d'oncologie établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique et participe aux réunions de concertation multidisciplinaire bariatrique pour toute son activité de chirurgie bariatrique.
Gastroentérologie 4 services # lits min/service : 12 # lits max nationaux : 90	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes digestifs et de leurs voies. Le service de gastro-entérologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles digestives, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Gériatrie aiguë 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 120 195	<p>Un service de diagnostic, de traitement, de soins et de suivi de patients gériatriques, dans une approche pluridisciplinaire, dont l'objectif est la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.</p> <p>Un service de gériatrie aiguë dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles. Le service de gériatrie aiguë a recours aux soins de kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, en soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique sur le même site et d'un lien fonctionnel avec un service de rééducation gériatrique, établi ou non sur le même site ; dans ce dernier cas, une convention écrite précise les critères et modalités de transfert des patients.</p> <p>Un service de gériatrie aiguë peut être localisé sur un site hospitalier ne disposant pas d'un service de médecine interne générale, de chirurgie viscérale, ou d'urgence ; dans ce cas, le service de gériatrie est considéré comme isolé et doit répondre aux conditions ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être en liaison fonctionnelle avec un service hospitalier réservé aux malades les plus aigus, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement proche en faisant l'objet d'une convention écrite, précisant les modalités de recours au plateau technique. • Disposer de la même équipe de médecins spécialistes en gériatrie pour assurer le traitement dans les deux services. • Appliquer une politique d'admission, de transfert et de sortie transparente reposant sur des critères objectifs.

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Gynécologie # service max : 4 # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 80	Un service de diagnostic et de traitement, médical et chirurgical, prenant en charge les patientes présentant des pathologies de l'appareil génital féminin, pouvant inclure les pathologies endocriniennes, les interventions plastiques et reconstructives, et l'oncologie gynécologique. Le service a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles gynécologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Hémato-oncologie Service national # lits min/service : 7 # lits max nationaux : 15	Le service d'hémato-oncologie répond à la définition du service d'oncologie et assure en outre la prise en charge des patients atteints d'affections hématologiques malignes. Il dispose de l'expertise et des équipements propres à la réalisation d'aphérèses, de greffes de cellules hématopoïétiques et de thérapie cellulaire.
Immuno-allergologie Service national # lits min/service : 1 # lits max nationaux : 5	Un service de diagnostic et de traitement, prenant en charge des patients affectés de troubles immunitaires, y compris allergiques, et de maladies auto-inflammatoires. Le service dispose de compétences en allergologie, immunologie et rhumatologie et dispense des traitements immuno-modulateurs. Le centre hospitalier disposant du service d'immuno-allergologie établit obligatoirement une convention avec, le cas échéant, celui disposant d'une unité de transplantation d'organes, précisant les critères et modalités de transfert des patients d'un service à l'autre.
Maladies infectieuses Service national # lits min/service : 18 # lits max nationaux : 20	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections causées par des agents infectieux et, dans certaines conditions, des patients présentant des formes inhabituelles et/ou sévères de maladies infectieuses. Un service de maladies infectieuses dispose de chambres d'isolement à pression négative ; des procédures spécifiques y sont prévues pour la prise en charge des patients contagieux ainsi que pour la prise en charge de maladies causées par des germes émergents, l'admission et le transfert de patients hautement infectieux depuis et vers d'autres services hospitaliers et les structures extrahospitalières.
Médecine de l'environnement Service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 2	Un service de diagnostic et de traitement prenant en charge des patients atteints de problèmes de santé liés à l'exposition à des facteurs environnementaux. Il dispose de compétences médicales en médecine de l'environnement et en santé au travail et travaille en lien étroit avec les services de l'Etat et les établissements publics qui analysent l'exposition à des polluants, ainsi qu'avec les services de médecine du travail. Le médecin-spécialiste expérimenté en médecine environnementale collabore à une prise en charge interdisciplinaire en fonction de la symptomatologie du patient et dans le respect des aspects somatiques, psychiques et sociaux du patient. Le service assure les soins ambulatoires et a accès à des lits d'hospitalisation dans un environnement répondant à des critères protecteurs stricts en matière de polluants. Il contribue à une documentation exhaustive des pathologies liées à l'environnement, des expositions à des facteurs environnementaux et des actions entreprises, dans un but de santé publique, de prévention et d'analyse de son activité en réseau avec d'autres services de médecine environnementale notamment universitaires, à l'étranger.
Médecine interne générale 4 services # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 110	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients adultes présentant une ou plusieurs affections complexes, aiguës ou chroniques relevant d'une discipline médicale, à l'exception des disciplines chirurgicales et psychiatriques, dans le respect de leurs aspects somatiques, psychiques et sociaux et, le cas échéant, par une approche multidisciplinaire coordonnée.

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
	Un service de médecine interne dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles et de liens fonctionnels avec le service des urgences et le service de soins intensifs établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Néonatalogie intensive Service national # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 25	<p>Un service assurant l'accueil, la surveillance et la prise en charge des nouveau-nés, prématurés ou à terme, 24h/24 et 7j/7, qui présentent ou sont susceptibles de présenter des problèmes d'adaptation mettant directement en jeu leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel ou une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel, et qui nécessitent en conséquence le recours à des techniques de surveillance, de suppléance et de soins spécifiques, intensives ou non.</p> <p>Le service de néonatalogie intensive assure également les soins intensifs post-opératoires des nouveau-nés relevant de la chirurgie pédiatrique. Le service est organisé de telle façon qu'il puisse assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la permanence médicale et de professions de santé sur place permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, - la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, invasives ou non, - l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, - la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des nouveau-nés à la maternité, dans les services d'hospitalisation ou au domicile dès que leur état de santé le permet. <p>Le service de néonatalogie intensive est en lien direct et fonctionnel avec un service d'obstétrique situé sur le même site ainsi qu'avec toutes les maternités ne disposant pas de service de néonatalogie intensive ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés ex utero vers le service de néonatalogie intensive font l'objet d'une convention et sont portés à la connaissance du public.</p> <p>Le service de néonatalogie intensive dispose de liens fonctionnels directs, sur le même site, avec un service de chirurgie pédiatrique et un service d'imagerie avec compétences en imagerie médicale pédiatrique, ainsi qu'avec un service de soins intensifs pédiatriques.</p>
Néphrologie Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : 30	<p>Un service répondant à la définition du service de dialyse, assurant en outre le diagnostic, le traitement, les soins et le suivi de patients atteints d'affections rénales et la prise en charge de patients soumis à un traitement de suppléance rénale à tout stade de leur affection et de leur traitement. Le service de néphrologie dispose d'un accès au plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles néphrologiques sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p> <p>Le service de néphrologie dispose de la capacité à assurer l'épuration extrarénale sur le même site et peut assurer de tels services sur d'autres sites hospitaliers. Le service assure le suivi de patients après transplantation rénale.</p>

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Neurochirurgie Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 40	Un service assurant le diagnostic, le traitement chirurgical et la prise en charge péri-opératoire des malformations, maladies, traumatismes, y compris leurs séquelles, du système nerveux central, de ses enveloppes, de ses vaisseaux et de ses cavités, ainsi que du système nerveux périphérique et végétatif. Le service de neurochirurgie dispose d'un lien fonctionnel, sur le même site, avec un service d'imagerie médicale pratiquant la neuro-imagerie interventionnelle, un service de neurologie, un service neurovasculaire (de niveau 2) et un service de soins intensifs pratiquant des soins intensifs spécialisés en neurologie et en neurochirurgie ; les critères et les modalités d'accès et de transfert des patients entre ces services font l'objet de dispositions établies en commun. Il participe aux réunions de concertations pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il dispose d'une convention avec un service de réhabilitation neurologique et avec tout service d'orthopédie d'un autre site réalisant des interventions sur le squelette axial, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de neurochirurgie est autorisé à pratiquer la chirurgie stéréotaxique à condition de disposer de l'équipement nécessaire.
Neurologie 4 services # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 85	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections du système nerveux central, périphérique et végétatif, y compris leurs conséquences fonctionnelles. Le service de neurologie a recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie et au soutien psychologique. Le service de neurologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique sur le même site, permettant de réaliser des examens d'imagerie par radiographie, scannographie computerisée et résonance magnétique nucléaire, ainsi que des examens fonctionnels d'électromyographie, d'électro-encéphalographie, d'urodynamique et d'analyse du mouvement. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. En l'absence de lien fonctionnel direct avec un service neuro-vasculaire établi sur le même site, le service dispose obligatoirement d'une convention avec un service neuro-vasculaire, précisant les critères et les modalités d'admission et de transfert entre les deux services.
Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1) # service max : 4 # lits min/service : 4 # lits max nationaux : 18	Un service fonctionnellement identifié, comprenant des lits de soins intensifs neuro-vasculaires et des lits d'hospitalisation «classiques» dédiés exclusivement à l'accueil 24h/24 et 7j/7 et à la prise en charge aiguë et en temps utile des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux, en lien fonctionnel avec les services de secours, les structures d'accueil des urgences, et les structures de révalidation. Le service stroke unit niveau 1 dispose sur son site d'une expertise médicale en pathologie neurovasculaire 24h/24 et 7j/7 dans un délai de 30 minutes et d'un accès direct à l'imagerie par scannographie computerisée et par résonance magnétique. Il dispose de critères d'admission et d'évaluation ainsi que de processus standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral, et se soumet à une évaluation externe annuelle selon des indicateurs de résultats définis. Il a recours aux soins en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Les hôpitaux disposant d'un service troke unit type niveau 1 établissent obligatoirement une convention avec celui disposant d'un service stroke unit niveau 2, précisant les critères et les modalités de transfert des patients d'un service à l'autre. Le service stroke est organisé afin de garantir aux patients présentant des accidents vasculaires cérébraux la continuité de l'accès à l'expertise et à la prise en charge neuro-vasculaire. Il organise la réhabilitation précoce multidisciplinaire des patients concernés.

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2) Service national # lits min/service : 6 # lits max nationaux : 12	Le service stroke niveau 2 répond aux critères du service stroke unit niveau 1 défini ci-dessus et assure en outre, sur le même site, la prise en charge des accidents vasculaires hémorragiques et des patients relevant des techniques de neuro-imagerie interventionnelle et de neurochirurgie. Il dispose d'un accès direct, sur le même site, à une salle d'angiographie numérisée interventionnelle.
Obstétrique (niveau 1 et 2) 4 services # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 100	<p>Un service de diagnostic, de suivi et de traitement de la femme et de l'enfant durant la grossesse normale et pathologique, ainsi que lors de l'accouchement, et qui assure le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant, par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Le service d'obstétrique doit être accessible 24h/24 et 7j/7 et assure un nombre minimum de 300 accouchements par an.</p> <p>Tout service d'obstétrique a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Le service est en lien direct et fonctionnel avec un service de soins intensifs pour adultes établi sur le même site et avec un service de néonatalogie intensive, situé ou non sur le même site ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés in utero vers une autre maternité et ex utero vers le service national de néonatalogie intensive font l'objet de conventions et sont portés à la connaissance du public.</p> <p>Un service d'obstétrique fait partie intégrante de la maternité, unité organisationnelle d'un hôpital, dont on distingue 2 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une maternité de niveau 1 comporte un service d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales et l'examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité. Si une maternité de niveau 1 réalise 1.500 accouchements par an ou plus, elle peut assurer le suivi des grossesses pathologiques et le service de pédiatrie de proximité peut y disposer d'une unité de néonatalogie (non-intensive) pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non-intensifs spécialisés. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de néonatalogie précise les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés, - une maternité de niveau 2 comporte un service d'obstétrique et un service de néonatalogie intensive pour la prise en charge des grossesses - normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves. Une maternité qui assure moins de 1500 accouchements par an dispose au moins d'une disponibilité 24h/24 et 7j/7 sur appel et dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité, du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et du médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que du médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. Une maternité de niveau 1 qui assure annuellement 1500 accouchements ou plus, ou une maternité de niveau 2 quel que soit son niveau d'activité, doit disposer d'une présence, 24h/24 et 7j/7 sur le site de l'établissement, d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, d'un médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que de la présence d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né.

Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux	Définition
<p>Oncologie # service max : 4 # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 130</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement pluridisciplinaires, de soins et de suivi des affections oncologiques des patients âgés de 18 ans ou plus. Le service d'oncologie est organisé afin d'assurer à chaque patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'accès rapide au diagnostic, – l'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire, selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge et traduite dans un programme de soins remis au patient et accepté par celui-ci, – la mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique publiés ou, à défaut, à des recommandations faisant l'objet d'un consensus des sociétés savantes, – l'accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux, et s'il y a lieu, la démarche palliative, – l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire en collaboration formelle avec d'autres services hospitaliers, le cas échéant, et, dans tous les cas, avec le secteur des soins primaires. <p>Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extra-hospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, le service d'oncologie dispose d'une convention avec un établissement hospitalier disposant d'une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.</p> <p>L'établissement hospitalier dispose d'une convention avec le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » précisant les critères et les modalités d'analyse des prélèvements, ainsi qu'avec le service de radiothérapie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière d'oncologie, établie par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public.</p> <p>Le service d'oncologie dispose d'un lien fonctionnel avec le service de réhabilitation post-oncologique, avec lequel il établit une convention, précisant les critères et les modalités de transfert des patients.</p> <p>Les services d'oncologie et d'hémato-oncologie sont soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter en tenant compte de l'évidence disponible en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales, définis par le Conseil scientifique du domaine de la santé composé d'experts nationaux et internationaux. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les 3 années écoulées.</p>

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Ophtalmologie spécialisée Service national # lits min/service : 6 # lits max nationaux : 15	Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des troubles réfractifs, des pathologies médicales et chirurgicales de l'œil et de la sphère péri-oculaire. Il dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de la vue. Il garantit la continuité des soins sur le plan national et participe au service d'urgence. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
ORL 4 services # lits min/service : 7 # lits max nationaux : 60	Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des affections de l'oreille, du nez et des sinus, de la face, de la gorge et du cou. Il a recours aux soins d'orthophonie et dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de l'audition, de l'équilibre et de la voix et de liens fonctionnels étroits avec un service d'imagerie établi sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Orthopédie 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 170	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints d'affections innées et acquises de l'appareil musculosquelettique axial et périphérique. Le service d'orthopédie qui assure une prise en charge interventionnelle des affections du squelette axial dispose de procédures précisant les modalités de prise en charge de ces affections et d'un lien fonctionnel direct avec le service de neurochirurgie ou, dans le cas où ce service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service d'orthopédie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p> <p>Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extra-hospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, une convention avec un hôpital disposant d'une telle unité, précise les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.</p>
Pédiatrie de proximité # service max : 3 # lits min/service : 3 # lits max nationaux : 12 40	<p>Un service axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans, et le cas échéant jusqu'à 18 ans, dont la prise en charge est assurée lors de séjours hospitaliers ne dépassant pas en moyenne 48 heures. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service peut disposer d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour. Le service assure une disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie pour toute consultation pédiatrique de 08h à 20h les jours ouvrables. En dehors de ces heures et en cas de disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie, le service peut participer au service de garde de pédiatrie.</p> <p>Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de pédiatrie spécialisée précise les critères et les modalités de transfert des enfants à pathologies complexes.</p>

Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux	Définition
Pédiatrie spécialisée Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 30	<p>Un service spécialisé axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Il est en lien fonctionnel direct avec le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique, le service d'urgences pédiatriques, le service de soins intensifs pédiatriques, le service de néonatalogie intensive et le service de chirurgie pédiatrique, sur le même site. Il dispose d'une structure et de compétences permettant d'offrir l'enseignement aux enfants relevant de traitements hospitaliers dès le 7^{ème} jour, en lien avec l'établissement scolaire habituellement fréquenté par l'enfant.</p> <p>Pour les enfants atteints d'une pathologie chronique grave, le service assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> – la communication entre, d'une part, l'équipe hospitalière et, d'autre part, les acteurs de première ligne, – la continuité du traitement hospitalier lorsque le jeune patient quitte l'hôpital pour poursuivre le traitement à son domicile ou inversement. <p>Pour les enfants atteints d'une affection oncologique ou cardiologique faisant l'objet d'une prise en charge à l'étranger, le service assure le transfert vers une structure établie à l'étranger, dont les critères et les modalités sont précisées par convention. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p> <p>Le service dispose :</p> <ul style="list-style-type: none"> – d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour, – d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire d'enfants atteints de cancer ou de maladies hématologiques oncologiques dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge structurée et coordonnée de ces patients, en collaboration avec des centres étrangers avec lesquels une convention de collaboration est établie, – d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire de l'adolescent dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge multidisciplinaire répondant aux besoins spécifiques des adolescents et de leur développement et qui prépare et soutient la transition vers une prise en charge médicale de l'adulte.
Pneumologie 4 services # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 80	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes respiratoires, de leurs voies et de leurs vaisseaux. Les techniques de ventilation mécanique non-invasive, d'oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie et de kinésithérapie respiratoire y sont mises en œuvre. Le service de pneumologie dispose d'un accès à un plateau médicoteknique d'imagerie, de bronchoscopie et d'investigations fonctionnelles respiratoires, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site précisant les conditions de transfert des patients entre ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Psychiatrie aiguë 4 services # lits min/service : 35 # lits max nationaux : 240	<p>Un service assurant la prévention, l'observation, le diagnostic, les soins, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale d'adultes atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service d'urgence et de médecine interne établis sur le même site, ainsi qu'avec un service de réhabilitation psychiatrique, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire et les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.</p> <p>Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.</p>
Psychiatrie infantile Service national # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 12	<p>Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'enfants âgés de moins de 13 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie spécialisée et un service de psychiatrie juvénile, un service d'urgence pédiatrique, un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des enfants, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.</p> <p>Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge.</p>
Psychiatrie juvénile Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 35 45	<p>Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'adolescents âgés de 13 à 18 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie ou médecine interne, un service d'urgence et un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des adolescents, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.</p> <p>Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.</p>

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Soins intensifs et anesthésie 4 services # lits min/service : 12 # lits max nationaux : 100	<p>Un service assurant l'accueil, la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillance(s) aiguë(s) d'organe(s), mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.</p> <p>Le service prend également en charge des patients nécessitant le recours à l'anesthésie, sous quelque modalité que ce soit (générale, locorégionale, épidurale, rachianesthésie ou autre), cette prise en charge incluant l'évaluation pré-anesthésique des facteurs de risque et le suivi post-anesthésique jusqu'à récupération des fonctions vitales, ainsi que l'analgésie pour la prise en charge de la douleur post-interventionnelle.</p> <p>Il assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, – la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, – la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet. <p>Le service de soins intensifs dispose de liens fonctionnels directs avec le service d'urgence, avec le service d'imagerie médicale et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des patients présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement. Des conditions particulières aux soins intensifs spécialisés en cardiologie et en neurologie-neurochirurgie peuvent être déterminées.</p>
Soins intensifs pédiatriques Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : 5	<p>Un service prenant en charge des nourrissons, enfants et adolescents, à partir de la 5^{ème} semaine de vie et jusqu'à l'âge de 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ou dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité. Il assure également la réanimation postopératoire des enfants relevant de la chirurgie pédiatrique.</p> <p>Il assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des enfants et adolescents et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, – la mise en œuvre prolongée de techniques invasives spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, – la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des enfants et adolescents dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet. <p>Le service de soins intensifs pédiatriques dispose de liens fonctionnels direct avec les services de secours extrahospitaliers et avec le service des urgences, de néonatalogie intensive, le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des enfants présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs pédiatriques répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement.</p>

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Traumatologie 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 130	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de lésions traumatiques intéressant la peau et les muqueuses, l'appareil musculo-squelettique, les organes internes, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives. Un service de traumatologie dispose d'un lien fonctionnel direct avec le service d'urgence, le service des soins intensifs et le service d'imagerie médicale situés sur le même site. Il dispose en outre d'une convention avec le service de neurochirurgie précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de traumatologie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients.
Urologie 4 services # lits min/service : 5 # lits max nationaux : 80	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de pathologies innées et acquises de l'appareil et des voies urinaires, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives et l'oncologie de l'appareil urinaire et de ses annexes. Le service d'urologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles urologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il a recours à au moins un médecin spécialiste en urologie disposant d'un agrément pour l'accès à et l'utilisation de l'équipement de lithotritie extracorporelle.
Radiothérapie Service national # lits min/service : 2 # lits max nationaux : 2	<p>Un service assurant, au bénéfice de patients atteints d'affections tumorales, cancéreuses ou hématologiques, des traitements de radiothérapie à visée curative ou palliative, dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie. Le service de radiothérapie participe aux décisions thérapeutiques oncologiques dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires.</p> <p>Le service dispose d'une convention avec tous les services d'oncologie autorisés, précisant les critères et les modalités de transfert des patients, et d'un lien fonctionnel étroit avec les soins de santé primaires et spécialisés.</p> <p>Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière de radiothérapie oncologique, approuvée par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public.</p> <p>Le service de radiothérapie est soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter, de l'ordre de 400 traitements par an et par accélérateur linéaire.</p>

*

ANNEXE 3 –

Tableau des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières et de leur nombre maximum pouvant être autorisé

<i>Type d'appareil ou équipement</i>	<i>Nombre maximum</i>
Équipement de coronarographie par cathétérisme	2
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	1
Tomographe à émission de positrons	± 2
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	1
Équipement de lithotritie extracorporelle	1
Prone-table	1
Équipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire	1
Équipements servant à la fécondation in-vitro	1
Équipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoïétiques	1
Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA	1

*

CHECK DE DURABILITÉ - NOHALTEGKEETSHECK



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

Ministre responsable :

La Ministre de la Santé

Projet de loi ou amendement :

Projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le check de durabilité est un outil d'évaluation des actes législatifs par rapport à leur impact sur le développement durable. Son objectif est de donner l'occasion d'introduire des aspects relatifs au développement durable à un stade préparatoire des projets de loi. Tout en faisant avancer ce thème transversal qu'est le développement durable, il permet aussi d'assurer une plus grande cohérence politique et une meilleure qualité des textes législatifs.

1. Est-ce que le projet de loi sous rubrique a un impact sur le champ d'action (1-10) du 3^{ème} Plan national pour un développement durable (PNDD) ?
2. En cas de réponse négative, expliquez-en succinctement les raisons.
3. En cas de réponse positive sous 1., quels seront les effets positifs et/ou négatifs éventuels de cet impact ?
4. Quelles catégories de personnes seront touchées par cet impact ?
5. Quelles mesures sont envisagées afin de pouvoir atténuer les effets négatifs et comment pourront être renforcés les aspects positifs de cet impact ?

Afin de faciliter cet exercice, l'instrument du contrôle de la durabilité est accompagné par des points d'orientation – **auxquels il n'est pas besoin de réagir ou répondre mais qui servent uniquement d'orientation**, ainsi que par une documentation sur les dix champs d'actions précités.

1. Assurer une inclusion sociale et une éducation pour tous.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'affirmation est non applicable à l'avant-projet de loi.

2. Assurer les conditions d'une population en bonne santé.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'avant-projet de loi aidera à maintenir l'accessibilité aux soins et la disponibilité des médecins hospitaliers nécessaires dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés.

3. Promouvoir une consommation et une production durables.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'affirmation est non applicable à l'avant-projet de loi.

4. Diversifier et assurer une économie inclusive et porteuse d'avenir.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'affirmation est non applicable à l'avant-projet de loi.

5. Planifier et coordonner l'utilisation du territoire.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'affirmation est non applicable à l'avant-projet de loi.

6. Assurer une mobilité durable.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'affirmation est non applicable à l'avant-projet de loi.

7. Arrêter la dégradation de notre environnement et respecter les capacités des ressources naturelles.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'affirmation est non applicable à l'avant-projet de loi.

8. Protéger le climat, s'adapter au changement climatique et assurer une énergie durable.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'affirmation est non applicable à l'avant-projet de loi.

9. Contribuer, sur le plan global, à l'éradication de la pauvreté et à la cohérence des politiques pour le développement durable.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'affirmation est non applicable à l'avant-projet de loi.

10. Garantir des finances durables.

Points d'orientation
Documentation

Oui Non

L'affirmation est non applicable à l'avant-projet de loi.

Cette partie du formulaire est facultative - Veuillez cocher la case correspondante

En outre, et dans une optique d'enrichir davantage l'analyse apportée par le contrôle de la durabilité, il est proposé de recourir, de manière facultative, à une évaluation de l'impact des mesures sur base d'indicateurs retenus dans le PNDD. Ces indicateurs sont suivis par le STATEC.

Continuer avec l'évaluation ? Oui Non

(1) Dans le tableau, choisissez l'évaluation : **non applicable**, ou de 1 = **pas du tout probable** à 5 = **très possible**

**Afin d'enregistrer une version verrouillée du formulaire,
merci de le signer numériquement en cliquant ici :**



FICHE D'ÉVALUATION D'IMPACT MESURES LÉGISLATIVES, RÉGLEMENTAIRES ET AUTRES

Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	Projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement des gardes sur place et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
Ministère initiateur :	Ministère de la Santé
Auteur(s) :	Laurent Mertz et Jean-Paul Freichel
Téléphone :	247-85541/ 247-85520
Courriel :	laurent.mertz@ms.etat.lu / jean-paul.freichel@ms.etat.lu
Objectif(s) du projet :	Financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et des modifications ponctuelles dans la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
Autre(s) Ministère(s) / Organisme(s) / Commune(s) impliqué(e)(s)	Non
Date :	07/07/2023

Mieux légiférer

1

Partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens,...) consultée(s) : Oui Non

Si oui, laquelle / lesquelles : Organismes gestionnaires des établissements hospitaliers, FHL, Conseils médicaux, AMMD, MSH.

Remarques / Observations :

2

Destinataires du projet :

- Entreprises / Professions libérales :

 Oui Non

- Citoyens :

 Oui Non

- Administrations :

 Oui Non

3

Le principe « Think small first » est-il respecté ?
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?) Oui Non N.a. ¹

Remarques / Observations :

¹ N.a. : non applicable.

4

Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ? Oui NonExiste-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et publié d'une façon régulière ? Oui Non

Remarques / Observations : texte coordonné existe pour la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers spécialisés

5

Le projet a-t-il saisi l'opportunité pour supprimer ou simplifier des régimes d'autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer la qualité des procédures ? Oui Non

Remarques / Observations :

6

Le projet contient-il une charge administrative² pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?)

Oui Non

Si oui, quel est le coût administratif³ approximatif total ?
(nombre de destinataires x coût administratif par destinataire)

² Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en œuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

³ Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple : taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

7

a) Le projet prend-il recours à un échange de données inter-administratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ?

Oui Non N.a.

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

b) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel⁴ ?

Oui Non N.a.

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

⁴ Loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (www.cnpd.lu)

8

Le projet prévoit-il :

- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ? Oui Non N.a.
- des délais de réponse à respecter par l'administration ? Oui Non N.a.
- le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ? Oui Non N.a.

9

Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ?

Oui Non N.a.

Si oui, laquelle :

10

En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ?

Oui Non N.a.

Sinon, pourquoi ?

11

Le projet contribue-t-il en général à une :

a) simplification administrative, et/ou à une

Oui Non

b) amélioration de la qualité réglementaire ?

Oui Non

Remarques / Observations :

12

Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ?

Oui Non N.a.

13

Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office)

Oui Non

Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?

14

Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ?

Oui Non N.a.

Si oui, lequel ?

Remarques / Observations :

Egalité des chances

15

Le projet est-il :

- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
- positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non

Si oui, expliquez de quelle manière :

- neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non

Si oui, expliquez pourquoi :

Il s'agit de dispositions légales qui s'appliquent de la même façon et sans distinctions eu égard au sexe de la personne concernée.

- négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non

Si oui, expliquez de quelle manière :

16

Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? Oui Non N.a.

Si oui, expliquez de quelle manière :

Directive « services »

17

Le projet introduit-il une exigence relative à la liberté d'établissement soumise à évaluation⁵ ? Oui Non N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire A, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

⁵ Article 15 paragraphe 2 de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)

18

Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers⁶ ? Oui Non N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire B, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

FICHE FINANCIERE

La présente fiche financière couvre le financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024.

Le périmètre reprend les établissements hospitaliers suivants :

- Centre hospitalier de Luxembourg
- Hôpitaux Robert Schuman
- Centre hospitalier du Nord
- Centre hospitalier Emile Mayrisch

ainsi que les établissements hospitaliers spécialisés suivants :

- Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle
- Centre François Baclesse
- Centre hospitalier neuro-psychiatrique
- Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation
- Rehazenter
- Hôpital intercommunal de Steinfort
- Centre de réhabilitation du château de Colpach
- Omega90

Un total de 34 gardes sur place et de 96 astreintes a été retenu pour le calcul du montant total.

Dans le projet-pilote, le taux horaire était prévu comme montant fixe :

- Astreinte : 40€
- Garde sur place : 96€

Suite à la proposition soumise par la FHL de manière concertée pour tous les établissements hospitaliers, le Ministère de la Santé propose que ces montants soient convertis en montants indexés, le point indiciaire de référence étant 877,01 au 1er avril 2022 :

	<i>n. i. 877,01 (au 1er avril 2022)</i>	<i>n. i. 100</i>
Astreinte	40€	4,56€
Garde sur place	96€	10,95€

Le ministère propose en plus que le volume horaire reste inchangé par rapport au projet-pilote :

- Astreintes : jours ouvrables : 13 heures (de 18H00 à 7H00)
 week-ends et jours fériés : 24 heures sur 24
- Gardes : tous les jours : 24 heures sur 24

En prenant comme base de calcul la valeur du point indiciaire actuel, le calcul du montant total se présente comme suit :

Taux horaires :

<i>n.i.</i>	<i>100</i>	<i>921,40 (au 1^{er} avril 2023)</i>
Astreinte	4,56€	42,02€
Garde	10,95€	100,89€

Coûts annuels par garde ou astreinte :

2024

Garde (jours*24*taux horaire)	366*24*100,89€ =	886.217,76€
Astreinte (jours ouvrables*13*taux horaire)	253*13*42,02€ =	138.203,78€
Astreinte (jours fériés+week-end*24*taux horaire)	113*24*42,02€ =	113.958,24€
Total astreinte		252.162,02€

Coût annuel pour 34 gardes et 104 astreintes :

2024

Gardes	34*coût annuel	34*886.217,76€ =	30.131.403,84€
Astreintes	96*coût annuel	96*252.162,02€ =	24.207.553,92€
			54.338.957,76€

Montant total pour l'année 2024 : 54.338.957,76€ (n.i. 921,40)

Le montant total est majoré d'une réserve, étant donné que le périmètre n'a pas encore été définitivement arrêté. Cette réserve correspond à 4 gardes et 10 astreintes.

2024

Gardes	4*coût annuel	4*886.217,76€ =	3.544.871,04€
Astreintes	10*coût annuel	10*252.162,02€ =	2.521.620,20€
			6.066.491,24€

2024 (n.i. 921,40)	54.338.957,76€
Réserve (n.i. 921,40)	6.066.491,24€
Total (n.i. 921,40)	60.405.449,00€
Total arrondi (n.i. 921,40)	60.500.000,00€

Montant total arrondi pour l'année 2024 (réserve incluse) : 60.500.000,00€ (n.i.921,40)

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8277/01

N° 8277¹

CHAMBRE DES DEPUTES

PROJET DE LOI

autorisant l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

* * *

AVIS DU COLLEGE MEDICAL

DEPECHE DU PRESIDENT DU COLLEGE MEDICAL A LA MINISTRE DE LA SANTE

(20.9.2023)

Madame la Ministre,

Le Collège médical accuse bonne réception de votre demande d'avis sous rubrique et il répond comme suit :

Le projet de loi soumis pour avis vise à créer le cadre légal pour autoriser l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés. De l'autre côté, il prévoit un certain nombre de modifications au niveau de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, à savoir une augmentation du nombre de lits en gériatrie aiguë, en pédiatrie ambulatoire et en psychiatrie juvénile ainsi que l'augmentation des tomographes à émission de positrons de 1 à 2.

En ce qui concerne la modification du nombre de lits en gériatrie aiguë, en pédiatrie ambulatoire et en psychiatrie juvénile, le Collège médical n'a pas de remarques particulières à faire et l'avise favorablement. L'évolution sur le terrain montre que cette adaptation est nécessaire pour faire face à la demande.

La même remarque est valable en ce qui concerne l'augmentation du nombre maximum d'équipements PET-CT à deux.

En ce qui concerne le financement des gardes sur place et astreintes, le Collège médical se permet de faire les remarques suivantes :

- Il se félicite de la décision du gouvernement de participer au financement des gardes sur place et des astreintes.
- Il accueille favorablement la décision que, contrairement à ce qui était annoncé dans un premier temps, les montants soient indexés.
- Si le Collège médical est tout à fait conscient que définir le périmètre des gardes et astreintes est un exercice difficile, il doit constater que la non-considération de certaines spécialités dans certains hôpitaux constitue une discrimination et a entraîné des problèmes sur le terrain au courant des derniers mois. Si les discussions sur le périmètre définitif ne semblent pas encore terminées et que le texte laisse une marge de manœuvre financière pour rajouter 4 gardes et 10 astreintes, le Collège médical estime cependant que du moment qu'on décide de financer les gardes et astreintes, le législateur ne peut pas faire une sélection sur base de critères plus ou moins arbitraires, d'ailleurs nullement mentionnés dans le texte du projet de loi, mais que le seul critère valable pour pouvoir profiter du financement est l'existence d'une (sous-)spécialité médicale reprise en tant que telle sur le plan de garde officiel des hôpitaux.

Autrement dit, chaque ligne de garde se retrouvant sur le plan de garde doit être rémunérée.

- Le Collège médical est opposé au volume horaire des lignes de garde proposé sur la fiche financière du projet de loi.

En effet, vouloir limiter le financement des astreintes à 13h/j en semaine, ne correspond pas à la réalité du terrain. Dans bon nombre de spécialités médicales, le fait d'être d'astreinte entraîne des répercussions majeures sur l'organisation en journée du médecin concerné, rendant une activité « normale » et programmée impossible.

Par ailleurs, le fait de ne financer les astreintes qu'à partir de 18 heures en semaine a déjà eu comme conséquence des discussions pénibles dans certaines spécialités de certains hôpitaux quant à la disponibilité des médecins en journée.

Pour toutes ces raisons, le Collège médical estime que les astreintes doivent être financées 24h/24, non seulement le WE mais également en semaine.

- Le choix du législateur d'indemniser les organismes gestionnaires pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs soulève, d'après l'avis du Collège médical, quelques réflexions :
 - o Le texte proposé ne garantit pas que l'argent versé à l'organisme gestionnaire arrive intégralement au médecin prestataire ;
 - o L'indemnisation par l'organisme gestionnaire d'une partie spécifique de l'activité du médecin nécessitera des modifications des contrats d'agrément/de collaboration entre l'établissement hospitalier et bon nombre de médecins, notamment ceux qui ne sont pas salariés ;
 - o Le fait que le médecin est payé par l'hôpital pour une partie spécifique de son activité, soulève la question du statut du médecin. Est-ce que le médecin n'est dorénavant pas à considérer comme salarié de l'hôpital pour son activité se rapportant à la prestation de gardes et astreintes ?
 - o Dans le même ordre d'idée se pose la question si on ne crée pas deux classes de médecins, ceux, salariés, qui profiteraient d'une exonération d'impôts pour la prestation de gardes et astreintes, du moins pendant certaines plages horaires et les autres, libéraux, pour qui il n'y aurait pas d'exonération du tout.

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

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,
Dr Roger HEFTRICH

Le Vice-Président,
Dr Robert WAGENER

Le Président,
Dr Pit BUCHLER

8277/02

N° 8277²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

autorisant l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

* * *

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

(10.10.2023)

En vertu de l'arrêté du 14 juillet 2023 du Premier ministre, ministre d'État, le Conseil d'État a été saisi pour avis du projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre de la Santé.

Au texte du projet de loi étaient joints un exposé des motifs, un commentaire des articles, une fiche financière, une fiche d'évaluation d'impact, un « check de durabilité » ainsi qu'un texte coordonné, par extraits, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière que le projet de loi sous rubrique tend à modifier.

Il ne ressort ni de la saisine du Conseil d'État, ni du dossier lui soumis que les chambres professionnelles et organes consultatifs légalement compétents ont été demandés en leur avis.

L'avis du Collège médical a été communiqué au Conseil d'État en date du 21 septembre 2023.

*

CONSIDERATIONS GENERALES

Le projet de loi sous avis vise à autoriser le financement « des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés », ceci conformément à l'article 117, paragraphe 3, de la Constitution, étant donné que le montant de la dépense d'investissement en question, à savoir 60 500 000 euros, dépasse le seuil de 60 000 000 euros prévu par l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État.

À l'exposé des motifs, les auteurs du projet de loi sous avis expliquent que le financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers est actuellement prévu par une convention entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois qui a pour objet de mettre en place un projet pilote d'indemnisation national pour les gardes sur place et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et certains établissements spécialisés et que la fixation de l'entrée en vigueur du projet de loi sous avis au 1^{er} janvier 2024 s'explique par le fait que ladite convention prend fin le 31 décembre 2023. Le projet de loi sous avis entend ainsi « créer le cadre légal pour autoriser l'État à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers » en apportant une modification à l'article 24 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Toujours selon l'exposé des motifs, « afin de remédier immédiatement aux besoins sanitaires », le projet de loi sous avis apporte également des modifications ponctuelles aux annexes 1, 2 et 3 de la loi précitée du 8 mars 2018, en augmentant le nombre maximal de lits pouvant être autorisés au niveau

national, celui de certains des services visés à l'annexe 2 ainsi que le nombre maximal d'un des appareils soumis à planification nationale visés à l'annexe 3.

*

EXAMEN DES ARTICLES

Articles 1^{er} et 2

Le Conseil d'État comprend que la mise en place du financement par l'État de l'indemnisation des gardes et astreintes ne constitue pas un engagement financier limité à l'exercice 2024, mais une dépense pour plus d'un exercice. S'agissant d'une matière réservée à la loi en vertu de l'article 117, paragraphe 4, de la Constitution, la création d'une dépense pour plus d'un exercice doit être encadrée par des critères précis. À cet égard, le Conseil d'État constate que l'article 3 de la loi en projet procède à la détermination des critères relatifs à la mise en place du financement par l'État de l'indemnisation des gardes et astreintes, de sorte que l'article 1^{er} est superfétatoire et est dès lors à supprimer.

Le Conseil d'État note par ailleurs que la ligne budgétaire que l'article 2 du projet de loi sous avis vise à insérer au budget des dépenses courantes du Ministère de la santé est actuellement déjà inscrite audit budget. Partant, l'article 2 est à supprimer pour être sans objet.

Si le Conseil d'État est suivi dans sa suggestion, il y aura lieu d'adapter l'intitulé comme suit :

« Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'État à participer au financement des gardes [...] et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés ».

Article 3

Point 1^o

Le point sous examen a pour objet d'insérer un paragraphe 3 à l'article 24 de la loi précitée du 8 mars 2018 qui prévoit, dans son alinéa 1^{er}, que « [p]our assurer l'organisation médicale telle que prévue à l'article 24, paragraphe 1^{er}, point 4^o et notamment l'organisation des lignes de garde et d'astreinte découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers telles que prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire sera indemnisé, à charge du budget de l'État, pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs sur base des taux horaires suivants. »

Le libellé de cet alinéa 1^{er} appelle plusieurs observations.

D'abord, le Conseil d'État constate que la loi précitée du 8 mars 2018 ne comprend pas de définition claire du terme « garde » et que le terme « astreinte » n'y est tout simplement pas cité. Quant au terme « garde », celui-ci apparaît dans l'article 4, paragraphe 6, de la loi précitée, exigeant que « les centres hospitaliers sont obligés de participer au service de garde », ainsi que dans l'article 33, paragraphe 3, de la même loi, qui stipule que le médecin hospitalier « participe à la continuité des soins et des gardes, [...] ». Il respecte le plan de service établi notamment en vue d'assurer la permanence médicale dans l'établissement pendant le temps où celui-ci est de garde. » La notion de garde traduit donc dans la loi précitée du 8 mars 2018 la participation de *l'hôpital* à un service de garde (national), alors que les termes « garde » et « astreinte » utilisés à l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, semblent viser des formes de disponibilité *médicale*. Le Conseil d'État constate également que les termes « lignes de garde et d'astreinte » utilisés au paragraphe 3 diffèrent des termes employés à l'intitulé de la loi en projet, à savoir « financement des gardes *sur place* et des astreintes ». En l'absence d'une définition précise de ces deux notions qui est adaptée au cas prévu par le projet de loi sous avis, l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, est source d'insécurité juridique. Partant, le Conseil d'État demande, sous peine d'opposition formelle, d'insérer une définition des termes « garde », ou « garde sur place » en fonction de la terminologie que les auteurs entendent retenir, et « astreinte » dans l'article 24, paragraphe 3, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Ensuite, le Conseil d'État constate que l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, vise d'abord le financement de l'organisation médicale de manière générale pour citer ensuite l'organisation des « lignes de garde et d'astreinte » comme un

exemple de l'organisation médicale en ayant recours au terme « notamment ». Cela ne reflète toutefois pas l'objet de la loi en projet, qui vise uniquement la mise en place du financement par l'État de l'indemnisation des gardes et astreintes.

Enfin, le Conseil d'État tient à signaler que le terme « prestations » est inapproprié étant donné que le projet de loi détermine à l'alinéa 2 du nouveau paragraphe 3 les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité que l'État est autorisé à financer, sans qu'une prestation soit réellement effectuée.

L'alinéa 2 du nouveau paragraphe 3 prévoit que : « Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948. »

Le Conseil d'État constate que la terminologie employée diffère de celle employée à l'alinéa 1^{er} en ce que l'alinéa 2 emploie les termes « temps de présence effective » et « temps de disponibilité » et l'alinéa 1^{er} ceux de « garde » et d'« astreinte ». Au vu de ce qui précède, le Conseil d'État se demande si les auteurs du texte sous avis entendent relier la notion de « temps de présence effective » à celle de « garde » et les termes « temps de disponibilité » à celle d'« astreinte ». Ou, à l'inverse, entendent-ils rémunérer le médecin au cours de sa permanence au taux de 10,95 euros, indice 100, pour le temps où il est « présent effectivement sur place » à l'hôpital et de 4,56 euros, indice 100, pour le reste du temps où il assure une simple disponibilité sur appel ? Le Conseil d'État note qu'une réponse est fournie par la fiche financière dans la mesure où celle-ci prévoit que les gardes sur place sont payées au taux horaire de 10,95 euros, indice 100, et les astreintes au taux de 4,56 euros, indice 100. Ainsi, dans un souci de sécurité juridique, le Conseil d'État demande, sous peine d'opposition formelle, de relier l'alinéa 1^{er} à l'alinéa 2 en intégrant les notions de « temps de présence effective » et de « temps de disponibilité » dans les définitions des termes « garde » ou « garde sur place », en fonction de ce que retiennent les auteurs, et « astreinte » qu'il s'agit d'insérer à l'alinéa 1^{er}.

La fiche financière révèle par ailleurs que le nombre d'heures indemnisées diffère sensiblement entre garde sur place et astreinte : les jours ouvrables, une garde sur place est rémunérée vingt-quatre heures alors qu'une astreinte n'est rémunérée que treize heures (seule la disponibilité entre dix-huit heures et sept heures du lendemain est indemnisée). Le Conseil d'État note que l'article 24, paragraphe 3, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, est muet quant au nombre d'heures à rémunérer.

Dans ce contexte, le Conseil d'État se doit de souligner que la matière couverte par la disposition nouvellement insérée à l'endroit de l'article 24 de la loi précitée du 8 mars 2018 relève des matières réservées à la loi en vertu des articles 35 et 117, paragraphe 4, de la Constitution, en ce qu'elle touche à l'exercice d'une profession libérale et qu'elle prévoit des dépenses pour plus d'un exercice. Il rappelle¹ que dans de telles matières réservées à la loi, il incombe au législateur de régler les éléments essentiels du régime d'indemnisation en cause, dont fait notamment partie le nombre d'heures à indemniser. Par conséquent, le Conseil d'État exige, sous peine d'opposition formelle, de modifier le libellé de l'article 24, paragraphe 3, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, en y indiquant le nombre d'heures indemnisées par garde sur place et par astreinte.

Points 2° à 4°

Sans observation.

Article 4

Sans observation.

*

¹ Avis du Conseil d'État n° 52.905 du 16 juillet 2021, sur le projet de loi portant modification : 1. du Code du travail ; 2. de la loi du 21 décembre 2007 portant réforme de l'Inspection du travail et des mines, (doc. parl. n° 73196) pp. 18 et 19.

OBSERVATIONS D'ORDRE LEGISTIQUE

Article 1^{er}

Le Conseil d'État recommande de reformuler l'alinéa 1^{er} comme suit : « Pour la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024, le Gouvernement est autorisé à participer au financement de [...], pour un montant qui ne peut pas dépasser 60 500 000 euros. »

Il convient d'insérer une virgule après les termes « point 4^o ». Cette observation vaut également pour l'article 3, point 1^o, pour ce qui concerne l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, dans sa teneur proposée.

En ce qui concerne les montants d'argent, les tranches de mille sont séparées par une espace insécable, pour écrire « 65 000 000 euros ».

Article 2

Les institutions, ministères, administrations, services, organismes, etc., prennent une majuscule au premier substantif uniquement, pour écrire « Ministère de la santé ».

Article 3

Au point 1^o, phrase liminaire, il convient de supprimer les termes « in fine », pour être superfétatoires.

Au point 1^o, il y a lieu de faire précéder le texte qu'il s'agit d'insérer à l'article 24 de la loi précitée du 8 mars 2018 du numéro de paragraphe correspondant entouré de parenthèses, à savoir « (3) ».

Au point 1^o, à l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, il convient de supprimer les termes « telle que », pour être superfétatoires. En outre, en ce qui concerne l'emploi du terme « notamment », le Conseil d'État signale que si celui-ci a pour but d'illustrer un principe établi par le texte, il est à écarter comme étant superfétatoire. Une énonciation d'exemples est en effet sans apport normatif.

Toujours au point 1^o, en ce qui concerne l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, le Conseil d'État signale que les textes normatifs sont en principe rédigés au présent et non au futur et qu'il y a lieu de remplacer le terme « suivants » par les termes « visés à l'alinéa 2 ».

Au point 1^o, à l'article 24, paragraphe 3, alinéa 2, de la loi précitée du 8 mars 2018, il y a lieu d'insérer le terme « respectivement » après le terme « fixés ».

Au point 2^o, phrase liminaire, il y a lieu d'écrire le terme « Annexe » avec une lettre initiale minuscule.

Aux points 2^o, lettres a) et b) et 3^o, lettres a) à c), il est suggéré de remplacer le terme « nombre » par le terme « terme ».

Au point 4^o, il est recommandé de remplacer le terme « chiffre » par le terme « terme ».

Article 4

L'article sous examen prévoit une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024. Si la loi en projet est adoptée avant cette date, il y a lieu de remplacer les termes « produit ses effets au » par ceux de « entre en vigueur le ».

Ainsi délibéré en séance plénière et adopté à l'unanimité des 20 votants, le 10 octobre 2023.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Christophe SCHILTZ

8277/03

N° 8277³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

autorisant l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

* * *

AVIS DE LA CHAMBRE DES SALARIES

(19.10.2023)

Par lettre en date du 21 juillet 2023, Madame Paulette Lenert, ministre de la Santé a fait parvenir pour avis à notre chambre professionnelle le projet de loi sous rubrique.

1. Ce projet de loi a pour objet d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Le présent avant-projet de loi vise d'une part à créer un cadre légal afin d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés.

D'autre part, il prévoit un certain nombre de modifications au niveau de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, notamment une augmentation du nombre de lits en gériatrie aiguë, en pédiatrie ambulatoire et en psychiatrie juvénile ainsi que l'augmentation du nombre maximum d'équipements PET-CT¹ passant d'un à deux.

2. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la convention qui a été conclue le 17 novembre 2022 entre la Ministre de la Santé avec la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (ci-après « FHL ») mettant en place un projet pilote d'indemnisation nationale pour les gardes sur place et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et certains établissements spécialisés.

3. Les gardes et astreintes constituent les modalités de participation à la permanence des soins la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés lesquelles doivent être assurées par l'organisme gestionnaire des hôpitaux lequel assure l'organisation médicale et la mise en œuvre des lignes de garde et d'astreinte. L'hôpital sera indemnisé pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs. Le montant de l'engagement total de l'Etat est de 60.500.000 euros dans la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024 (d'où l'autorisation du législateur vu que le montant excède 40.000.000 euros).

Le projet de loi prévoit donc une entrée en vigueur pour le 1^{er} janvier 2024.

¹ Positron emission tomography-computed tomography, mieux connue en français sous le nom de tomographie par émission de positrons. Il s'agit d'une technique de médecine nucléaire qui combine, dans un seul portique, un tomodensitomètre par émission de positons (TEP) et un tomodensitomètre à rayons X (TDM), pour acquérir des images séquentielles des deux appareils dans la même session, qui sont combinées en une seule image superposée (co-enregistrée).

4. Si la CSL soutient évidemment le financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers, elle exige toutefois que le financement des gardes et astreintes ne doive en aucun cas être répercuté – comme tel a été le cas pour les prestations de l'assurance maternité depuis 2010 – sur les dépenses de la CNS sachant qu'il s'agit de services universels (publics) lesquels doivent être financés exclusivement à travers le budget de l'Etat.

5. Aussi se doit-elle de constater qu'il s'agit en réalité d'un projet à court terme couvrant uniquement l'année 2024. Voilà pourquoi il est indispensable que ce financement à charge du budget de l'Etat soit récurrent annuellement afin de garantir l'accès universel des assurés à ces services.

6. Force est toutefois de constater que le projet de loi ne combat pas les causes qui ont conduit à cette impasse financière et n'assure pas d'office la pérennité du financement du système de santé public sur le moyen et le long terme.

S'il faut certes une contrepartie financière adaptée pour les services en question assurés par les médecins hospitaliers, encore faut-il qu'il y ait suffisamment de médecins hospitaliers ou des médecins prestataires au sein des différents services.

7. La CSL se doit une nouvelle fois de constater que pendant des décennies le gouvernement est resté inerte pour anticiper une pénurie de main-d'œuvre dans les professions médicales et de santé.

Car les auteurs du projet ont omis de préciser que non seulement les services de gériatrie sont saturés, faisant ainsi attendre les patients parfois pendant 24 à 48 heures mais les services de policlinique, urgences adultes et urgences pédiatrique peuvent faire patienter les patients pendant de longues heures.

Cette situation est inacceptable, d'autant plus que ces patients se trouvent souvent dans un état de souffrance et l'accès à un médecin ne leur est pas garanti dans un délai raisonnable.

8. Pour remédier à ce manque de personnel et par conséquent pouvoir planifier raisonnablement le financement du système de santé, notre chambre est d'avis qu'il faut faire preuve davantage de circonspection et de flexibilité pour garantir l'accès universel des assurés à des soins de santé qualitatifs.

D'une part, il convient de rendre plus attractif les professions de santé et médicales ainsi que les formations y afférentes.

D'autre part, notre chambre est d'avis que le gouvernement devra recruter de façon complémentaire au-delà des frontières voire dans des pays tiers de l'Union européenne afin de compenser la pénurie de main-d'œuvre aiguë dans nos établissements et centres hospitaliers.

9. Dans ce contexte, il serait judicieux d'autoriser dans la mesure du possible que ces personnes disposant d'ores et déjà d'une formation ou d'un diplôme dans leur pays de provenance puissent exercer leur profession au Luxembourg moyennant une période transitoire leur permettant notamment d'obtenir une équivalence de diplôme.

Pour ce faire, le gouvernement doit également mettre en place un encadrement nécessaire pour que des personnes venant de l'étranger et désirant exercer une profession de santé trouvent un logement adéquat et un environnement professionnel attrayant leur permettant ainsi d'évoluer.

La CSL est d'avis qu'il convient donc de multiplier les initiatives stratégiques visant à améliorer l'attractivité des métiers de la santé, notamment par une refonte des compétences des professionnels de la santé telle que proposée dans son avis du 9 février 2023 relatif au projet de loi portant modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

10. La CSL estime que la lutte contre la pénurie de main d'œuvre doit précéder tout financement supplémentaire.

11. Par ailleurs, le financement des médecins soulève forcément la question de son statut. Dans le milieu hospitalier, la CSL se prononce en faveur d'une salarisation des médecins qui fait en

sorte que ceux-ci travaillent à des horaires prédéfinis et fixés d'avance et touchent une rémunération mensuelle régulière.

Un tel statut n'améliore non seulement leur work-life balance, mais contribue également à la qualité des soins pour les patients en évitant le surménagement et le stress auxquels la plupart des médecins sont exposés quotidiennement.

La majorité écrasante des médecins hospitaliers, à l'exception de ceux exerçant au CHL, sont actuellement liés par un contrat de collaboration conformément à l'article 33 (7) de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

12. Le législateur a fait le choix d'indemniser les organismes gestionnaires pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs, notre Chambre se demande si les fonds versés auront pour objet uniquement de financer les médecins prestataires. Le projet de loi n'apporte aucune précision à ce sujet.

13. En ce qui concerne le nombre maximal de lits de moyen séjour pouvant être autorisés, le projet prévoit d'augmenter leur nombre passant d'un total de 670 lits à 710 lits autorisables, soit une augmentation de 40 lits.

Par conséquent, le nombre maximal de lits hospitaliers pouvant être autorisés au niveau national, passe de 3 107 à 3 147.

La CSL estime que ces augmentations sont totalement sous-estimées et ne tiennent pas compte ni de la crise migratoire qui touche singulièrement l'Europe depuis 2015 ni de la situation de milliers de travailleurs frontaliers susceptibles de se faire soigner au Luxembourg, au vu de la fermeture d'établissements hospitaliers dans leur pays de résidence.

En outre, afin de ne plus revivre la pénurie de lits d'hôpitaux qui a eu lieu pendant la crise de la Covid-19, nous tenons à rappeler au Gouvernement que la solidité et la solidarité de nos hôpitaux doit s'accompagner de moyens concrets et indéfectibles mis en place par l'Etat en faveur des centres hospitaliers et des établissements hospitaliers spécialisés. En cas de nouvelle pandémie, cette pénurie de lits hôpitaux risque encore d'être accentuée.

14. En outre, le projet sous rubrique prévoit l'augmentation du nombre de lits en gériatrie aiguë, en pédiatrie ambulatoire et en psychiatrie juvénile, ainsi que l'augmentation du nombre maximum d'équipements PET-CT à deux.

Selon l'avis du Collège médical en date du 20 septembre 2023, « l'évolution sur le terrain montre que cette adaptation est nécessaire pour faire face à la demande ».

La CSL approuve ces modifications mais réitère son constat selon lequel il s'agit d'une estimation minimaliste et fondée sur le court terme (1 année).

Subsidiairement, la CSL n'est pas non plus en mesure de juger si ces modifications sont suffisantes, faute de chiffres et de pièces à l'appui.

15. Dans le but d'optimiser le système de santé public actuel, notre chambre tient également à rappeler la nécessité de désencombrer les services d'urgence dans les hôpitaux et recentrer les compétences entre ceux-ci, les maisons médicales et les médecins traitants.

Même si le projet de loi ne parle pas des maisons médicales, il est à noter que le but poursuivi par la création de ces structures en 2009, à savoir un délestage des urgences, n'a pas vraiment été atteint, étant donné qu'il existe entretemps un double emploi, voire un triple emploi.

En effet, les patients sont envoyés par le médecin de la maison médicale aux services d'urgence des hôpitaux pour certains actes médicaux (radiologies) et retournent vers la maison médicale. Loin d'améliorer la situation des patients et le fonctionnement de la prise en charge urgente, l'instauration de ces maisons a conduit à une augmentation du travail administratif et des coûts, avec comme corollaire une perte de temps supplémentaire pour les patients et ceux qui les soignent.

16. Notre Chambre est partant d'avis qu'une évaluation du travail des maisons médicales s'impose. Celles-ci ne sont en effet pas implantées de manière généralisée dans le pays et ne remplissent pas le rôle du médecin généraliste qui fait des visites à domicile et qui reste la solution idéale. En outre s'agit-il de définir les missions des polycliniques tout en évitant que celles-ci ne deviennent de simples services d'urgence.

En effet, le facteur humain joue un rôle important dans les soins de santé et notamment le rétablissement prompt et durable des patients, quelle que soit la pathologie dont ils sont atteints.

C'est également pour cette raison que la CSL reste circonspecte quant au recours excessif à l'hospitalisation à domicile et au développement inconsidéré des interventions ambulatoires qui seraient dictés uniquement par des considérations financières.

17. De manière générale, la CSL estime qu'un système de santé performant, juste et universel ne peut fonctionner que dans le cadre d'un régime public bénéficiant d'un financement public efficient reposant sur des chiffres fiables/vérifiables et axé sur le moyen et le long terme. Force est néanmoins de constater que le système de santé au Luxembourg est en dérive depuis des années et plus particulièrement depuis l'adoption de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, qui a ouvert la voie à une libéralisation progressive des soins de santé susceptible de favoriser une médecine à deux (ou plusieurs) vitesses.

*

Sous réserve des remarques formulées, la CSL approuve le projet de loi sous rubrique.

Luxembourg, le 19 octobre 2023

Pour la Chambre des salariés,

Le Directeur,
Sylvain HOFFMANN

La Présidente,
Nora BACK

8277/04

N° 8277⁴

CHAMBRE DES DEPUTES

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

* * *

AMENDEMENTS GOUVERNEMENTAUX

(24.11.2023)

TEXTE ET COMMENTAIRE DES AMENDEMENTS GOUVERNEMENTAUX

Remarques préliminaires :

- les auteurs des présents amendements suivent la suggestion du Conseil d'Etat formulée à l'endroit de l'examen des articles 1^{er} et 2 et adaptent l'intitulé du projet de loi en conséquence;
- les amendements tiennent compte des observations légistiques formulées par le Conseil d'Etat dans son avis du 10 octobre 2023.

Amendement 1^{er}

A l'article 1^{er} du projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés, l'alinéa 1^{er} est remplacé comme suit :

« Pour la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024, le Gouvernement est autorisé à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés, pour un montant qui ne peut pas dépasser 60 500 000 euros. »

Commentaire de l'amendement 1^{er}

Suite et sur base de ses délibérations du 7 juillet 2023, le Gouvernement réuni en conseil a décidé de limiter le financement de gardes et astreintes sous rubrique à un an. Afin de sceller cet accord politique et de laisser au prochain gouvernement le soin de fixer le montant maximal pour les années postérieures à l'année 2024, il a été retenu de ne pas supprimer l'article 1^{er} et suivre la proposition de texte de la Haute Corporation formulée à l'endroit de ses observations légistiques.

Amendement 2

L'article 2 du projet de loi précité est supprimé.

Les articles subséquents sont renumérotés.

Commentaire de l'amendement 2

D'après la Haute Corporation, cet article 2 est à supprimer alors que « la ligne budgétaire que l'article 2 du projet de loi sous avis vise à insérer au budget des dépenses courantes du Ministère de la santé est actuellement déjà inscrite audit budget. »

Les auteurs des présents amendements se rallient à l'avis du Conseil d'Etat.

Amendement 3

L'article 3, point 1^o, du projet de loi précité, devenu le nouvel article 2, point 1^o, est remplacé comme suit :

« 1^o À l'article 24, il est ajouté in fine un nouveau paragraphe 3 libellé comme suit :

(3) Pour assurer l'organisation des gardes et astreintes découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire est indemnisé, à charge du budget de l'Etat, sur base du nombre d'heures et des taux horaires visés aux alinéas 4, 5 et 6.

Par garde, il y a lieu d'entendre le temps de présence effective des médecins hospitaliers au sein des services hospitaliers concernés.

Par astreinte, il y a lieu d'entendre le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés.

En ce qui concerne les gardes, le nombre d'heures indemnisé est de vingt-quatre heures par jour de garde.

En ce qui concerne les astreintes, le nombre d'heures indemnisé est de treize heures allant de dix-huit le soir à sept heures le lendemain matin les jours ouvrables et de vingt-quatre heures les weekends et les jours fériés.

Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948. »

Commentaire de l'amendement 3

Dans son avis du 10 octobre 2023, le Conseil d'Etat a émis plusieurs observations au sujet de l'article 3, point 1^o, du projet de loi.

En ce qui concerne l'alinéa 1^{er}, le Conseil d'Etat constate que

- la loi précitée du 8 mars 2018 ne comprend pas de définition claire du terme « garde » et que le terme « astreinte » n'y est tout simplement pas cité. Ainsi, « [l]a notion de garde traduit donc dans la loi précitée du 8 mars 2018 la participation de l'hôpital à un service de garde (national), alors que les termes « garde » et « astreinte » utilisés à l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, semblent viser des formes de disponibilité médicale ;
- les termes « lignes de garde et d'astreinte » utilisés au paragraphe 3 diffèrent des termes employés à l'intitulé de la loi en projet, à savoir « financement des gardes sur place et des astreintes ». En l'absence d'une définition précise de ces deux notions qui est adaptée au cas prévu par le projet de loi sous avis, l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, est source d'insécurité juridique. Le Conseil d'Etat demande, sous peine d'opposition formelle, d'insérer une définition des termes « garde », ou « garde sur place » en fonction de la terminologie que les auteurs entendent retenir, et « astreinte » dans l'article 24, paragraphe 3, de la loi précitée du 8 mars 2018 ;
- l'objet de la loi en projet vise uniquement la mise en place du financement par l'État de l'indemnisation des gardes et astreintes et non pas le financement de l'organisation médicale de manière générale ;
- le terme « prestations » est inapproprié étant donné que le projet de loi détermine à l'alinéa 2 du nouveau paragraphe 3 les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité que l'État est autorisé à financer, sans qu'une prestation soit réellement effectuée.

En ce qui concerne l'alinéa 2, le Conseil d'Etat se demande si les auteurs du texte sous avis entendent relier la notion de « temps de présence effective » à celle de « garde » et les termes « temps de disponibilité » à celle d'« astreinte ». Ou, à l'inverse, entendent-ils rémunérer le médecin au cours de sa permanence au taux de 10,95 euros, indice 100, pour le temps où il est « présent effectivement sur place » à l'hôpital et de 4,56 euros, indice 100, pour le reste du temps où il assure une simple disponibilité sur appel ? Le Conseil d'Etat demande, sous peine d'opposition formelle, de relier l'alinéa 1^{er} à l'alinéa 2 en intégrant les notions de « temps de présence effective » et de « temps de disponibilité » dans les définitions des termes « garde » ou « garde sur place », en fonction de ce que retiennent les auteurs, et « astreinte » qu'il s'agit d'insérer à l'alinéa 1^{er}.

En raison de considérations constitutionnelles, le Conseil d'Etat exige enfin que le nombre d'heures indemnisées par garde et par astreinte soit précisé dans le texte de loi.

Au vu de ce toutes ces considérations, les auteurs du projet de loi suivent la Haute Corporation et décident :

- de ne plus se référer à l'organisation médicale dans sa globalité et de viser uniquement l'organisation des gardes et astreintes conformément à l'objet du projet de loi (alinéa 1^{er});
- de ne plus faire référence aux termes « prestations des médecins hospitaliers » (alinéa 1^{er}) ;
- d'insérer aux alinéas 2 et 3 nouveaux des définitions claires des notions « garde » et « astreinte », en y incluant les notions « temps de présence effective » et « temps de disponibilité », tel que suggéré par le Conseil d'Etat,
- d'incorporer dans le texte de loi en projet le nombre d'heures indemnisé par garde et par astreinte, information qui se trouvait actuellement reléguée à la fiche financière.

Il importe enfin de préciser que bien que le nombre et le taux horaire de l'indemnisation soient fonction du temps de présence effective du médecin hospitalier dans l'hôpital (garde) ou du temps de disponibilité sur appel de ceux-ci (astreinte), le financement des gardes et astreintes en question transitera via l'organisme gestionnaire qui est responsable de l'organisation médicale et a fortiori également de l'organisation des gardes et astreintes. S'agissant de « recettes affectées », celles-ci doivent être utilisées pour l'indemnisation des médecins hospitaliers assurant les gardes respectivement les astreintes.

Amendement 4

A l'article 3, devenu le nouvel article 2, du projet de loi, il est inséré un point 5° nouveau ayant la teneur suivante :

- « 5° A l'annexe 3, dans la ligne « Equipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 3 ». »

Commentaire de l'amendement 4

Afin de diminuer les délais d'attente existants ayant augmenté progressivement à plus d'un an pour l'accès à cet équipement de mesure de la densité osseuse et au vu de l'augmentation progressive de la population âgée, il est préconisé d'augmenter le nombre d'équipements DXA de 1 à 3, tout en maintenant le statut d'équipement à planification nationale.

*

LOI MODIFIEE DU 8 MARS 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Texte coordonné de l'article 24 et des annexes 1, 2, lettre A et 3, tels que modifiés

Remarques préliminaires

- Les modifications opérées par le projet de loi dans sa teneur initiale apparaissent en **gras** et surlignées en **bleu** ;
- Les modifications opérées par le projet d'amendements gouvernementaux figurent en **gras** et surlignées en **jaune** ;

Art. 24. (1) L'organisme gestionnaire adopte le règlement général de l'hôpital.

Le règlement général porte sur :

1. les objectifs et les modalités du fonctionnement hospitalier et notamment des actions concourant à une prise en charge globale des patients, à la prévention de la dépendance et à l'amélioration continue de la qualité des prestations hospitalières ;
2. la qualité des prestations globales et spécifiquement celles dans le domaine médical et des soins ;
3. le système d'information, l'utilisation rationnelle et scientifique des médicaments et des équipements ;

4. l'organisation médicale, des soins et administrative ainsi que le mode d'exercice de la médecine, des soins et de leurs disciplines annexes ;
5. l'organigramme et le tableau des effectifs du personnel, les règles concernant l'engagement, l'emploi, le remplacement et les tâches des différentes catégories de personnel ;
6. la politique sociale et de formation continue du personnel ;
7. le règlement d'ordre intérieur relatif aux dispositions concernant les patients et les visiteurs ;
8. l'organisation et le contrôle de la prévention et du contrôle de l'infection nosocomiale ;
9. les règlements de sécurité et les plans d'intervention pour faire face aux catastrophes et événements analogues ;
10. la prévention et l'élimination des déchets.

(2) Les différentes parties du règlement général et leurs mises à jour sont portées à la connaissance du ministre et des personnes concernées par tout moyen approprié.

(3) Pour assurer l'organisation médicale telle que prévue à l'article 24, paragraphe 1^{er}, point 4^o et notamment l'organisation des lignes de garde et d'astreinte découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers telles que prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire sera indemnisé, à charge du budget de l'Etat, pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs sur base des taux horaires suivants.

Ces taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1er janvier 1948.

(3) Pour assurer l'organisation des gardes et astreintes découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire est indemnisé, à charge du budget de l'Etat, sur base du nombre d'heures et des taux horaires visés aux alinéas 4, 5 et 6.

Par garde, il y a lieu d'entendre le temps de présence effective des médecins hospitaliers au sein des services hospitaliers concernés.

Par astreinte, il y a lieu d'entendre le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés.

En ce qui concerne les gardes, le nombre d'heures indemnisé est de vingt-quatre heures par jour de garde.

En ce qui concerne les astreintes, le nombre d'heures indemnisé est de treize heures allant de dix-huit le soir à sept heures le lendemain matin les jours ouvrables et de vingt-quatre heures les weekends et les jours fériés.

Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948.

Annexe 1 – Nombre maximal de lits pouvant être autorisé au niveau national

1. Lits aigus

Total du nombre maximal de lits aigus pouvant être autorisé : 2.350

2. Lits de moyen séjour

Total du nombre maximal des lits de moyen séjour pouvant être autorisé : **670 710**

dont

a) un nombre maximal de lits de rééducation gériatrique pouvant être autorisé : 310

b) un nombre maximal de lits de rééducation fonctionnelle pouvant être autorisé : 100

c) un nombre maximal de lits de rééducation physique et post oncologique pouvant être autorisé : 60

- d) un nombre maximal de lits de réhabilitation psychiatrique pouvant être autorisé : 180
- e) un nombre maximal de lits de soins palliatifs situés dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie pouvant être autorisé : 20
3. Lits d'hospitalisation de longue durée
Total du nombre maximal de lits d'hospitalisation de longue durée pouvant être autorisé : 87
4. Total des lits hospitaliers
Total du nombre maximal de lits hospitaliers pouvant être autorisé : ~~3.107~~ **3.147**

Annexe 2 – Définitions des services hospitaliers

A. Services de soins aigus (lits aigus)

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Cardiologie 4 services # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 140	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des problèmes cardio-vasculaires qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique et un traitement de nature non-invasive. Il est en mesure d'assurer la défibrillation, la thrombolyse coronaire, le placement d'un stimulateur cardiaque provisoire, la prise de la pression cardiaque droite et de tension intra-artérielle. Le service de cardiologie a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès au plateau médicotéchnique d'investigations cardio-circulatoires d'électrocardiographie, d'échocardiographie, de cyclométrie et de monitoring de Holter. Il dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'urgence et un service de soins intensifs établis sur le même site. Il dispose également d'un lien fonctionnel direct avec le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque et un service de chirurgie vasculaire, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement sur base d'une convention écrite.
Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque Service national # lits min/service : 20 # lits max nationaux : 30	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, disponible 24h/24 et 7jours/7, prenant en charge des patients adultes présentant des problèmes cardiaques qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique invasive poussée ou nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, y compris la thérapie interventionnelle, l'électrophysiologie et l'implantation d'un stimulateur cardiaque et un traitement chirurgical invasif, à l'exception de la transplantation et du traitement des anomalies congénitales durant l'enfance. Le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque dispose de liens fonctionnels étroits avec les services de secours, les services d'urgence, ainsi qu'avec un service de soins intensifs et un service de cardiologie établis sur le même site. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. L'autorisation de pratiquer la chirurgie cardiaque ne peut être accordée ou renouvelée que sur base de l'activité annuelle de chirurgie cardiaque pour adultes établie sur base des interventions pratiquées sous circulation extracorporelle ou par la technique à « cœur battant ».
Chirurgie esthétique # services max _3 #lits min par service : 5 #lits max nationaux : 15	Un service de traitement chirurgical à visée esthétique, prenant en charge des personnes, à la suite d'altérations morphologiques ou de disgrâces acquises ou constitutionnelles non pathologiques. Il a recours aux compétences de chirurgie plastique ou maxillo-faciale et, selon le territoire anatomique des interventions réalisées, aux compétences chirurgicales des spécialités concernées. La chirurgie esthétique est soumise aux conditions suivantes : – Fournir à la personne concernée, pour toute prestation de chirurgie esthétique, les informations relatives aux conditions de l'intervention, les risques et éventuelles conséquences et complications, ainsi qu'un devis détaillé des honoraires médicaux, frais et durée estimée de séjour hospitalier, produits, médicaments et dispositifs médicaux ; ce devis est daté et signé du ou des chirurgiens devant réaliser l'intervention prévue.

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
	<ul style="list-style-type: none"> – Respecter un délai minimal de quinze jours entre la remise du devis et l'intervention éventuelle. – Disposer de l'accès au soutien psychologique pour tout patient tout au long de la prise en charge.
Chirurgie pédiatrique Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 20	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, relevant d'une discipline chirurgicale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service dispose d'infrastructures, d'équipement et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service dispose d'un lien fonctionnel avec un service d'imagerie disposant de compétences en radiologie pédiatrique, un service d'urgences pédiatriques, un service de soins intensifs pédiatriques et un service de pédiatrie établis sur le même site. Le service a accès à des compétences en anesthésiologie pédiatrique, garantissant la sécurité anesthésique aux nourrissons et jeunes enfants (moins de 10 kg et/ou moins de 2 ans). Il participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Chirurgie plastique Service national # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 15	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical à visée thérapeutique, reconstructive ou fonctionnelle, prenant en charge des patients, à la suite d'un accident, d'un traitement, de blessures, de malformation ou d'un déficit fonctionnel. Il a recours aux soins de kinésithérapie et au soutien psychologique et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de rééducation fonctionnelle musculo-squelettique, situé ou non sur le même site. Le service de chirurgie plastique peut pratiquer la chirurgie esthétique s'il se soumet aux conditions applicables au service de chirurgie esthétique.
Chirurgie vasculaire # services max 4 # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 60	Un service prenant en charge des patients présentant des problèmes vasculaires qui sont de nature à nécessiter un traitement interventionnel par voie chirurgicale, endovasculaire, ou mixte (hybride) intéressant les vaisseaux périphériques. Le service de chirurgie vasculaire dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'imagerie et un service de soins intensifs établis sur le même site. Le service de chirurgie vasculaire peut assurer le traitement de patients présentant des pathologies carotidiennes s'il dispose, sur le même site, d'un service neuro-vasculaire.
Chirurgie viscérale 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 100	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des patients relevant d'une discipline chirurgicale générale, digestive ou viscérale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service de chirurgie viscérale dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles situé sur le même site. Le service dispose de liens fonctionnels étroits avec le service des urgences et, le cas échéant, les services de médecine interne générale, de gastroentérologie et d'oncologie établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique et participe aux réunions de concertation multidisciplinaire bariatrique pour toute son activité de chirurgie bariatrique.
Gastroentérologie 4 services # lits min/service : 12 # lits max nationaux : 90	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes digestifs et de leurs voies. Le service de gastro-entérologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles digestives, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.

Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux	Définition
<p>Gériatrie aiguë 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 120 195</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement, de soins et de suivi de patients gériatriques, dans une approche pluridisciplinaire, dont l'objectif est la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.</p> <p>Un service de gériatrie aiguë dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles. Le service de gériatrie aiguë a recours aux soins de kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, en soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique sur le même site et d'un lien fonctionnel avec un service de rééducation gériatrique, établi ou non sur le même site ; dans ce dernier cas, une convention écrite précise les critères et modalités de transfert des patients.</p> <p>Un service de gériatrie aiguë peut être localisé sur un site hospitalier ne disposant pas d'un service de médecine interne générale, de chirurgie viscérale, ou d'urgence ; dans ce cas, le service de gériatrie est considéré comme isolé et doit répondre aux conditions ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être en liaison fonctionnelle avec un service hospitalier réservé aux malades les plus aigus, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement proche en faisant l'objet d'une convention écrite, précisant les modalités de recours au plateau technique. • Disposer de la même équipe de médecins spécialistes en gériatrie pour assurer le traitement dans les deux services. • Appliquer une politique d'admission, de transfert et de sortie transparente reposant sur des critères objectifs.
<p>Gynécologie # service max : 4 # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 80</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement, médical et chirurgical, prenant en charge les patientes présentant des pathologies de l'appareil génital féminin, pouvant inclure les pathologies endocriniennes, les interventions plastiques et reconstructives, et l'oncologie gynécologique. Le service a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles gynécologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>Hémato-oncologie Service national # lits min/service : 7 # lits max nationaux : 15</p>	<p>Le service d'hémato-oncologie répond à la définition du service d'oncologie et assure en outre la prise en charge des patients atteints d'affections hématologiques malignes. Il dispose de l'expertise et des équipements propres à la réalisation d'aphérèses, de greffes de cellules hématopoïétiques et de thérapie cellulaire.</p>
<p>Immuno-allergologie Service national # lits min/service : 1 # lits max nationaux : 5</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement, prenant en charge des patients affectés de troubles immunitaires, y compris allergiques, et de maladies auto-inflammatoires. Le service dispose de compétences en allergologie, immunologie et rhumatologie et dispense des traitements immuno-modulateurs.</p> <p>Le centre hospitalier disposant du service d'immuno-allergologie établit obligatoirement une convention avec, le cas échéant, celui disposant d'une unité de transplantation d'organes, précisant les critères et modalités de transfert des patients d'un service à l'autre.</p>
<p>Maladies infectieuses Service national # lits min/service : 18 # lits max nationaux : 20</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections causées par des agents infectieux et, dans certaines conditions, des patients présentant des formes inhabituelles et/ou sévères de maladies infectieuses. Un service de maladies infectieuses dispose de chambres d'isolement à pression négative ; des procédures spécifiques y sont prévues pour la prise en charge des patients contagieux ainsi que pour la prise en charge de maladies causées par des germes émergents, l'admission et le transfert de patients hautement infectieux depuis et vers d'autres services hospitaliers et les structures extrahospitalières.</p>

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Médecine de l'environnement Service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 2	Un service de diagnostic et de traitement prenant en charge des patients atteints de problèmes de santé liés à l'exposition à des facteurs environnementaux. Il dispose de compétences médicales en médecine de l'environnement et en santé au travail et travaille en lien étroit avec les services de l'État et les établissements publics qui analysent l'exposition à des polluants, ainsi qu'avec les services de médecine du travail. Le médecin-spécialiste expérimenté en médecine environnementale collabore à une prise en charge interdisciplinaire en fonction de la symptomatologie du patient et dans le respect des aspects somatiques, psychiques et sociaux du patient. Le service assure les soins ambulatoires et a accès à des lits d'hospitalisation dans un environnement répondant à des critères protecteurs stricts en matière de polluants. Il contribue à une documentation exhaustive des pathologies liées à l'environnement, des expositions à des facteurs environnementaux et des actions entreprises, dans un but de santé publique, de prévention et d'analyse de son activité en réseau avec d'autres services de médecine environnementale notamment universitaires, à l'étranger.
Médecine interne générale 4 services # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 110	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients adultes présentant une ou plusieurs affections complexes, aiguës ou chroniques relevant d'une discipline médicale, à l'exception des disciplines chirurgicales et psychiatriques, dans le respect de leurs aspects somatiques, psychiques et sociaux et, le cas échéant, par une approche multidisciplinaire coordonnée. Un service de médecine interne dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles et de liens fonctionnels avec le service des urgences et le service de soins intensifs établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Néonatalogie intensive Service national # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 25	Un service assurant l'accueil, la surveillance et la prise en charge des nouveau-nés, prématurés ou à terme, 24h/24 et 7j/7, qui présentent ou sont susceptibles de présenter des problèmes d'adaptation mettant directement en jeu leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel ou une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel, et qui nécessitent en conséquence le recours à des techniques de surveillance, de suppléance et de soins spécifiques, intensives ou non. Le service de néonatalogie intensive assure également les soins intensifs post-opératoires des nouveau-nés relevant de la chirurgie pédiatrique. Le service est organisé de telle façon qu'il puisse assurer : <ul style="list-style-type: none"> - la permanence médicale et de professions de santé sur place permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, - la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, invasives ou non, - l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, - la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des nouveau-nés à la maternité, dans les services d'hospitalisation ou au domicile dès que leur état de santé le permet. Le service de néonatalogie intensive est en lien direct et fonctionnel avec un service d'obstétrique situé sur le même site ainsi qu'avec toutes les maternités ne disposant pas de service de néonatalogie intensive ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés ex utero vers le service de néonatalogie intensive font l'objet d'une convention et sont portés à la connaissance du public. Le service de néonatalogie intensive dispose de liens fonctionnels directs, sur le même site, avec un service de chirurgie pédiatrique et un service d'imagerie avec compétences en imagerie médicale pédiatrique, ainsi qu'avec un service de soins intensifs pédiatriques.

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
Néphrologie Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : 30	Un service répondant à la définition du service de dialyse, assurant en outre le diagnostic, le traitement, les soins et le suivi de patients atteints d'affections rénales et la prise en charge de patients soumis à un traitement de suppléance rénale à tout stade de leur affection et de leur traitement. Le service de néphrologie dispose d'un accès au plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles néphrologiques sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. Le service de néphrologie dispose de la capacité à assurer l'épuration extrarénale sur le même site et peut assurer de tels services sur d'autres sites hospitaliers. Le service assure le suivi de patients après transplantation rénale.
Neurochirurgie Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 40	Un service assurant le diagnostic, le traitement chirurgical et la prise en charge péri-opératoire des malformations, maladies, traumatismes, y compris leurs séquelles, du système nerveux central, de ses enveloppes, de ses vaisseaux et de ses cavités, ainsi que du système nerveux périphérique et végétatif. Le service de neurochirurgie dispose d'un lien fonctionnel, sur le même site, avec un service d'imagerie médicale pratiquant la neuro-imagerie interventionnelle, un service de neurologie, un service neurovasculaire (de niveau 2) et un service de soins intensifs pratiquant des soins intensifs spécialisés en neurologie et en neurochirurgie ; les critères et les modalités d'accès et de transfert des patients entre ces services font l'objet de dispositions établies en commun. Il participe aux réunions de concertations pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il dispose d'une convention avec un service de réhabilitation neurologique et avec tout service d'orthopédie d'un autre site réalisant des interventions sur le squelette axial, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de neurochirurgie est autorisé à pratiquer la chirurgie stéréotaxique à condition de disposer de l'équipement nécessaire.
Neurologie 4 services # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 85	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections du système nerveux central, périphérique et végétatif, y compris leurs conséquences fonctionnelles. Le service de neurologie a recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie et au soutien psychologique. Le service de neurologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique sur le même site, permettant de réaliser des examens d'imagerie par radiographie, scannographie computerisée et résonance magnétique nucléaire, ainsi que des examens fonctionnels d'électromyographie, d'électro-encéphalographie, d'urodynamique et d'analyse du mouvement. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. En l'absence de lien fonctionnel direct avec un service neuro-vasculaire établi sur le même site, le service dispose obligatoirement d'une convention avec un service neuro-vasculaire, précisant les critères et les modalités d'admission et de transfert entre les deux services.
Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1) # service max : 4 # lits min/service : 4 # lits max nationaux : 18	Un service fonctionnellement identifié, comprenant des lits de soins intensifs neuro-vasculaires et des lits d'hospitalisation «classiques» dédiés exclusivement à l'accueil 24h/24 et 7j/7 et à la prise en charge aiguë et en temps utile des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux, en lien fonctionnel avec les services de secours, les structures d'accueil des urgences, et les structures de révalidation. Le service stroke unit niveau 1 dispose sur son site d'une expertise médicale en pathologie neurovasculaire 24h/24 et 7j/7 dans un délai de 30 minutes et d'un accès direct à l'imagerie par scannographie computerisée et par résonance magnétique. Il dispose de critères d'admission et d'évaluation ainsi que de

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
	<p>processus standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral, et se soumet à une évaluation externe annuelle selon des indicateurs de résultats définis. Il a recours aux soins en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Les hôpitaux disposant d'un service troke unit type niveau 1 établissent obligatoirement une convention avec celui disposant d'un service stroke unit niveau 2, précisant les critères et les modalités de transfert des patients d'un service à l'autre.</p> <p>Le service stroke est organisé afin de garantir aux patients présentant des accidents vasculaires cérébraux la continuité de l'accès à l'expertise et à la prise en charge neuro-vasculaire. Il organise la réhabilitation précoce multidisciplinaire des patients concernés.</p>
Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2) Service national # lits min/service : 6 # lits max nationaux : 12	<p>Le service stroke niveau 2 répond aux critères du service stroke unit niveau 1 défini ci-dessus et assure en outre, sur le même site, la prise en charge des accidents vasculaires hémorragiques et des patients relevant des techniques de neuro-imagerie interventionnelle et de neurochirurgie. Il dispose d'un accès direct, sur le même site, à une salle d'angiographie numérisée interventionnelle.</p>
Obstétrique (niveau 1 et 2) 4 services # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 100	<p>Un service de diagnostic, de suivi et de traitement de la femme et de l'enfant durant la grossesse normale et pathologique, ainsi que lors de l'accouchement, et qui assure le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant, par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Le service d'obstétrique doit être accessible 24h/24 et 7j/7 et assure un nombre minimum de 300 accouchements par an.</p> <p>Tout service d'obstétrique a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Le service est en lien direct et fonctionnel avec un service de soins intensifs pour adultes établi sur le même site et avec un service de néonatalogie intensive, situé ou non sur le même site ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés in utero vers une autre maternité et ex utero vers le service national de néonatalogie intensive font l'objet de conventions et sont portés à la connaissance du public.</p> <p>Un service d'obstétrique fait partie intégrante de la maternité, unité organisationnelle d'un hôpital, dont on distingue 2 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une maternité de niveau 1 comporte un service d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales et l'examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité. Si une maternité de niveau 1 réalise 1.500 accouchements par an ou plus, elle peut assurer le suivi des grossesses pathologiques et le service de pédiatrie de proximité peut y disposer d'une unité de néonatalogie (non-intensive) pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non-intensifs spécialisés. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de néonatalogie précise les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés,

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
	<ul style="list-style-type: none"> – une maternité de niveau 2 comporte un service d’obstétrique et un service de néonatalogie intensive pour la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d’adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves. <p>Une maternité qui assure moins de 1500 accouchements par an dispose au moins d’une disponibilité 24h/24 et 7j/7 sur appel et dans des délais compatibles avec l’impératif de sécurité, du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et du médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que du médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. Une maternité de niveau 1 qui assure annuellement 1500 accouchements ou plus, ou une maternité de niveau 2 quel que soit son niveau d’activité, doit disposer d’une présence, 24h/24 et 7j/7 sur le site de l’établissement, d’un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, d’un médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que de la présence d’un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né.</p>
<p>Oncologie # service max : 4 # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 130</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement pluridisciplinaires, de soins et de suivi des affections oncologiques des patients âgés de 18 ans ou plus. Le service d’oncologie est organisé afin d’assurer à chaque patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l’accès rapide au diagnostic, – l’annonce du diagnostic et d’une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire, selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge et traduite dans un programme de soins remis au patient et accepté par celui-ci, – la mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique publiés ou, à défaut, à des recommandations faisant l’objet d’un consensus des sociétés savantes, – l’accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l’accès aux services sociaux, et s’il y a lieu, la démarche palliative, – l’organisation de la prise en charge pluridisciplinaire en collaboration formelle avec d’autres services hospitaliers, le cas échéant, et, dans tous les cas, avec le secteur des soins primaires. <p>Le service dispose d’un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extra-hospitaliers. En l’absence d’un accès direct à une telle unité, le service d’oncologie dispose d’une convention avec un établissement hospitalier disposant d’une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.</p>

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
	<p>L'établissement hospitalier dispose d'une convention avec le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » précisant les critères et les modalités d'analyse des prélèvements, ainsi qu'avec le service de radiothérapie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière d'oncologie, établie par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public.</p> <p>Le service d'oncologie dispose d'un lien fonctionnel avec le service de réhabilitation post-oncologique, avec lequel il établit une convention, précisant les critères et les modalités de transfert des patients.</p> <p>Les services d'oncologie et d'hémo-oncologie sont soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter en tenant compte de l'évidence disponible en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales, définis par le Conseil scientifique du domaine de la santé composé d'experts nationaux et internationaux. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les 3 années écoulées.</p>
<p>Ophthalmologie spécialisée Service national # lits min/service : 6 # lits max nationaux : 15</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des troubles réfractifs, des pathologies médicales et chirurgicales de l'œil et de la sphère péri-oculaire. Il dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de la vue. Il garantit la continuité des soins sur le plan national et participe au service d'urgence. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>ORL 4 services # lits min/service : 7 # lits max nationaux : 60</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des affections de l'oreille, du nez et des sinus, de la face, de la gorge et du cou. Il a recours aux soins d'orthophonie et dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de l'audition, de l'équilibre et de la voix et de liens fonctionnels étroits avec un service d'imagerie établi sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>Orthopédie 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 170</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints d'affections innées et acquises de l'appareil musculosquelettique axial et périphérique. Le service d'orthopédie qui assure une prise en charge interventionnelle des affections du squelette axial dispose de procédures précisant les modalités de prise en charge de ces affections et d'un lien fonctionnel direct avec le service de neurochirurgie ou, dans le cas où ce service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service d'orthopédie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>

Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux	Définition
	<p>Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extra-hospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, une convention avec un hôpital disposant d'une telle unité, précise les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.</p>
<p>Pédiatrie de proximité # service max : 3 # lits min/service : 3 # lits max nationaux : 12 40</p>	<p>Un service axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans, et le cas échéant jusqu'à 18 ans, dont la prise en charge est assurée lors de séjours hospitaliers ne dépassant pas en moyenne 48 heures. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service peut disposer d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour. Le service assure une disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie pour toute consultation pédiatrique de 08h à 20h les jours ouvrables. En dehors de ces heures et en cas de disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie, le service peut participer au service de garde de pédiatrie.</p> <p>Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de pédiatrie spécialisée précise les critères et les modalités de transfert des enfants à pathologies complexes.</p>
<p>Pédiatrie spécialisée Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 30</p>	<p>Un service spécialisé axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Il est en lien fonctionnel direct avec le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique, le service d'urgences pédiatriques, le service de soins intensifs pédiatriques, le service de néonatalogie intensive et le service de chirurgie pédiatrique, sur le même site. Il dispose d'une structure et de compétences permettant d'offrir l'enseignement aux enfants relevant de traitements hospitaliers dès le 7ème jour, en lien avec l'établissement scolaire habituellement fréquenté par l'enfant.</p> <p>Pour les enfants atteints d'une pathologie chronique grave, le service assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la communication entre, d'une part, l'équipe hospitalière et, d'autre part, les acteurs de première ligne, - la continuité du traitement hospitalier lorsque le jeune patient quitte l'hôpital pour poursuivre le traitement à son domicile ou inversement. <p>Pour les enfants atteints d'une affection oncologique ou cardiologique faisant l'objet d'une prise en charge à l'étranger, le service assure le transfert vers une structure établie à l'étranger, dont les critères et les modalités sont précisées par convention. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
	<p>Le service dispose :</p> <ul style="list-style-type: none"> – d’une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d’hospitalisation de jour, – d’une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire d’enfants atteints de cancer ou de maladies hématologiques oncologiques dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge structurée et coordonnée de ces patients, en collaboration avec des centres étrangers avec lesquels une convention de collaboration est établie, – d’une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire de l’adolescent dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge multidisciplinaire répondant aux besoins spécifiques des adolescents et de leur développement et qui prépare et soutient la transition vers une prise en charge médicale de l’adulte.
Pneumologie 4 services # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 80	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes respiratoires, de leurs voies et de leurs vaisseaux. Les techniques de ventilation mécanique non-invasive, d’oxygénothérapie avec surveillance continue de l’oxymétrie et de kinésithérapie respiratoire y sont mises en œuvre. Le service de pneumologie dispose d’un accès à un plateau médicotechnique d’imagerie, de bronchoscopie et d’investigations fonctionnelles respiratoires, ainsi que d’un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site précisant les conditions de transfert des patients entre ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
Psychiatrie aiguë 4 services # lits min/service : 35 # lits max nationaux : 240	<p>Un service assurant la prévention, l’observation, le diagnostic, les soins, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale d’adultes atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l’abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service d’urgence et de médecine interne établis sur le même site, ainsi qu’avec un service de réhabilitation psychiatrique, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire et les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l’objet de procédures écrites.</p> <p>Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d’une capacité d’accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d’une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.</p>
Psychiatrie infantile Service national # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 12	<p>Un service assurant l’observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d’enfants âgés de moins de 13 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l’abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie spécialisée et un service de psychiatrie juvénile, un service d’urgence pédiatrique, un service d’hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des enfants, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu’avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l’objet de procédures écrites.</p> <p>Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d’une capacité d’accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge.</p>

Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux	Définition
Psychiatrie juvénile Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 35 45	<p>Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'adolescents âgés de 13 à 18 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie ou médecine interne, un service d'urgence et un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des adolescents, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.</p> <p>Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.</p>
Soins intensifs et anesthésie 4 services # lits min/service : 12 # lits max nationaux : 100	<p>Un service assurant l'accueil, la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillance(s) aiguë(s) d'organe(s), mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.</p> <p>Le service prend également en charge des patients nécessitant le recours à l'anesthésie, sous quelque modalité que ce soit (générale, locorégionale, épidurale, rachianesthésie ou autre), cette prise en charge incluant l'évaluation pré-anesthésique des facteurs de risque et le suivi post-anesthésique jusqu'à récupération des fonctions vitales, ainsi que l'analgésie pour la prise en charge de la douleur post-interventionnelle.</p> <p>Il assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, – la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, – la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet. <p>Le service de soins intensifs dispose de liens fonctionnels directs avec le service d'urgence, avec le service d'imagerie médicale et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des patients présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement. Des conditions particulières aux soins intensifs spécialisés en cardiologie et en neurologie-neurochirurgie peuvent être déterminées.</p>
Soins intensifs pédiatriques Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : 5	<p>Un service prenant en charge des nourrissons, enfants et adolescents, à partir de la 5ème semaine de vie et jusqu'à l'âge de 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ou dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité. Il assure également la réanimation postopératoire des enfants relevant de la chirurgie pédiatrique.</p> <p>Il assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des enfants et adolescents et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, – la mise en œuvre prolongée de techniques invasives spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, – la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des enfants et adolescents dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet.

<i>Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux</i>	<i>Définition</i>
	Le service de soins intensifs pédiatriques dispose de liens fonctionnels direct avec les services de secours extrahospitaliers et avec le service des urgences, de néonatalogie intensive, le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des enfants présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs pédiatriques répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement.
Traumatologie 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 130	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de lésions traumatiques intéressant la peau et les muqueuses, l'appareil musculo-squelettique, les organes internes, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives. Un service de traumatologie dispose d'un lien fonctionnel direct avec le service d'urgence, le service des soins intensifs et le service d'imagerie médicale situés sur le même site. Il dispose en outre d'une convention avec le service de neurochirurgie précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de traumatologie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients.
Urologie 4 services # lits min/service : 5 # lits max nationaux : 80	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de pathologies innées et acquises de l'appareil et des voies urinaires, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives et l'oncologie de l'appareil urinaire et de ses annexes. Le service d'urologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles urologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il a recours à au moins un médecin spécialiste en urologie disposant d'un agrément pour l'accès à et l'utilisation de l'équipement de lithotritie extracorporelle.
Radiothérapie Service national # lits min/service : 2 # lits max nationaux : 2	<p>Un service assurant, au bénéfice de patients atteints d'affections tumorales, cancéreuses ou hématologiques, des traitements de radiothérapie à visée curative ou palliative, dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie. Le service de radiothérapie participe aux décisions thérapeutiques oncologiques dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires.</p> <p>Le service dispose d'une convention avec tous les services d'oncologie autorisés, précisant les critères et les modalités de transfert des patients, et d'un lien fonctionnel étroit avec les soins de santé primaires et spécialisés.</p> <p>Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière de radiothérapie oncologique, approuvée par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public.</p> <p>Le service de radiothérapie est soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter, de l'ordre de 400 traitements par an et par accélérateur linéaire.</p>

Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières et de leur nombre maximum pouvant être autorisé

<i>Type d'appareil ou équipement</i>	<i>Nombre maximum</i>
Equipement de coronarographie par cathétérisme	2
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	1
Tomographe à émission de positrons	1 2
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	1
Equipement de lithotritie extracorporelle	1
Prone-table	1
Equipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire	1
Equipements servant à la fécondation in-vitro	1
Equipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoïétiques	1
Equipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA	1 3

*

TEXTE COORDONNE DU PROJET DE LOI

Remarques préliminaires

- Les modifications opérées par le projet d'amendements gouvernementaux figurent en **gras** et surlignées en **jaune** ;
- Les modifications résultant des observations d'ordre légistique du Conseil d'Etat qui ne sont pas renseignées dans le projet d'amendements, sont surlignées en **vert**
- L'article 4 du projet de loi est laissé en l'état, alors qu'il n'est actuellement pas encore possible de prédire quand la loi entrera en vigueur.

Art. 1^{er}. Le Gouvernement est autorisé à participer au financement de l'organisation des lignes de garde et d'astreinte, conformément aux dispositions de l'article 24, paragraphe 1^{er}, point 4^o de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, pour un montant ne pouvant dépasser 60.500.000 euros dans la période du 1^{er} janvier 2024 jusqu'au 31 décembre 2024. Pour la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024, le Gouvernement est autorisé à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés, pour un montant qui ne peut pas dépasser 60 500 000 euros.

Ce montant correspond à la valeur de l'échelle mobile des salaires au 1^{er} avril 2023 de 921,40 points. Le montant est adapté en fonction de la variation de l'échelle précitée.

Art. 2. Les dépenses engagées au titre du projet visé à l'article 1^{er} sont imputées sur le crédit inscrit annuellement à l'article budgétaire 14.0.31.055 « Gardes et astreintes des médecins dans les centres hospitaliers et établissements spécialisés : participation aux frais » du budget des dépenses courantes du Ministère de la Santé.

Art. 3. Art. 2. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1^o À l'article 24, il est ajouté *in fine* un nouveau paragraphe 3 libellé comme suit :

« Pour assurer l'organisation médicale telle que prévue à l'article 24, paragraphe 1^{er}, point 4^o et notamment l'organisation des lignes de garde et d'astreinte découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers telles que prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements

d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire sera indemnisé, à charge du budget de l'Etat, pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs sur base des taux horaires suivants.

Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948.»

« 1° À l'article 24, il est ajouté un nouveau paragraphe 3 libellé comme suit :

« (3) Pour assurer l'organisation des gardes et astreintes découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire est indemnisé, à charge du budget de l'Etat, sur base du nombre d'heures et des taux horaires visés aux alinéas 4, 5 et 6.

Par garde, il y a lieu d'entendre le temps de présence effective des médecins hospitaliers au sein des services hospitaliers concernés.

Par astreinte, il y a lieu d'entendre le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés.

En ce qui concerne les gardes, le nombre d'heures indemnisé est de vingt-quatre heures par jour de garde.

En ce qui concerne les astreintes, le nombre d'heures indemnisé est de treize heures allant de dix-huit le soir à sept heures le lendemain matin les jours ouvrables et de vingt-quatre heures les weekends et les jours fériés.

Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948. » » ;

2° L'Annexeannexe 1 est modifiée comme suit :

- a) Au point 2, le nombre « 670 » est remplacé par le nombre « 710 » ;
- b) Au point 4, le nombre « 3.107 » est remplacé par le nombre « 3.147 ».

3° La lettre A de l'annexe 2 est modifiée comme suit :

- a) A la rangée dénommée « Gériatrie aiguë », le nombre « 120 » est remplacé par le nombre « 195 » ;
- b) A la rangée dénommée « Pédiatrie de proximité », le nombre « 12 » est remplacé par le nombre « 40 » ;
- c) A la rangée dénommée « Psychiatrie juvénile », le nombre « 35 » est remplacé par le nombre « 45 ».

4° A l'annexe 3, dans la ligne « Tomographe à émission de positrons », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 2 ».

5° A l'annexe 3, dans la ligne « Equipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 3 ».

Art. 4Art 3. La présente loi produit ses effets au 1^{er} janvier 2024.

*

FICHE FINANCIERE

Les présents amendements prévoient une augmentation du nombre d'équipements pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA (ostéodensitomètre) d'une unité à trois.

Le coût d'acquisition de deux ostéodensitomètres est évalué à 380.000 euros (ttc), hors frais de personnel et d'entretien.

*

CHECK DE DURABILITÉ - NOHALTEGKEETSCHECK



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

Ministre responsable :

Ministre de la Santé

Projet de loi ou amendement :

Amendements gouvernementaux au projet de loi n°8277 portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

Le check de durabilité est un outil d'évaluation des actes législatifs par rapport à leur impact sur le développement durable. Son objectif est de donner l'occasion d'introduire des aspects relatifs au développement durable à un stade préparatoire des projets de loi. Tout en faisant avancer ce thème transversal qu'est le développement durable, il permet aussi d'assurer une plus grande cohérence politique et une meilleure qualité des textes législatifs.

1. Est-ce que le projet de loi sous rubrique a un impact sur le champ d'action (1-10) du 3^{ème} Plan national pour un développement durable (PNDD) ?
2. En cas de réponse négative, expliquez-en succinctement les raisons.
3. En cas de réponse positive sous 1., quels seront les effets positifs et/ou négatifs éventuels de cet impact ?
4. Quelles catégories de personnes seront touchées par cet impact ?
5. Quelles mesures sont envisagées afin de pouvoir atténuer les effets négatifs et comment pourront être renforcés les aspects positifs de cet impact ?

Afin de faciliter cet exercice, l'instrument du contrôle de la durabilité est accompagné par des points d'orientation – **auxquels il n'est pas besoin de réagir ou répondre mais qui servent uniquement d'orientation**, ainsi que par une documentation sur les dix champs d'actions précités.

1. Assurer une inclusion sociale et une éducation pour tous.

Points d'orientation Documentation Oui Non

L'affirmation est non applicable aux présents amendements gouvernementaux.

2. Assurer les conditions d'une population en bonne santé.

Points d'orientation Documentation Oui Non

Les amendements gouvernementaux aideront à accroître l'accessibilité aux soins.

3. Promouvoir une consommation et une production durables.

Points d'orientation Documentation Oui Non

L'affirmation est non applicable aux présents amendements gouvernementaux.

4. Diversifier et assurer une économie inclusive et porteuse d'avenir.

Points d'orientation Documentation Oui Non

L'affirmation est non applicable aux présents amendements gouvernementaux.

5. Planifier et coordonner l'utilisation du territoire.

Points d'orientation Documentation Oui Non

L'affirmation est non applicable aux présents amendements gouvernementaux.

6. Assurer une mobilité durable.

Points d'orientation Documentation Oui Non

L'affirmation est non applicable aux présents amendements gouvernementaux.

7. Arrêter la dégradation de notre environnement et respecter les capacités des ressources naturelles.

Points d'orientation Documentation Oui Non

L'affirmation est non applicable aux présents amendements gouvernementaux.

8. Protéger le climat, s'adapter au changement climatique et assurer une énergie durable.

Points d'orientation Documentation Oui Non

L'affirmation est non applicable aux présents amendements gouvernementaux.

9. Contribuer, sur le plan global, à l'éradication de la pauvreté et à la cohérence des politiques pour le développement durable.

Points d'orientation Documentation Oui Non

L'affirmation est non applicable aux présents amendements gouvernementaux.

10. Garantir des finances durables.

Points d'orientation Documentation Oui Non

Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
1		Contribue à la réduction du taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale	Taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale	% de la population
1		Contribue à la réduction du nombre de personnes vivant dans des ménages à très faible intensité de travail	Personnes vivant dans des ménages à très faible intensité de travail	milliers
1		Contribue à la réduction de la différence entre taux de risque de pauvreté avant et après transferts sociaux	Différence entre taux de risque de pauvreté avant et après transferts sociaux	pp
1		Contribue à l'augmentation du taux de certification nationale	Taux de certification nationale	%
1		Contribue à l'apprentissage tout au long de la vie en % de la population de 25 à 64 ans	Apprentissage tout au long de la vie en % de la population de 25 à 64 ans	%
1		Contribue à l'augmentation de la représentation du sexe sous-représenté dans les organes de prises de décision	Représentation du sexe sous-représenté dans les organes de prises de décision	%
1		Contribue à l'augmentation de la proportion des sièges détenus par les femmes au sein du parlement national	Proportion des sièges détenus par les femmes au sein du parlement national	%
1		Contribue à l'amélioration de la répartition des charges de travail domestique dans le sens d'une égalité des genres	Temps consacré au travail domestique non payé et activités bénévoles	hh:mm
1		Contribue à suivre l'impact du coût du logement afin de circonscrire le risque d'exclusion sociale	Indice des prix réels du logement	Indice 2015=100
2		Contribue à la réduction du taux de personnes en surpoids ou obèses	Taux de personnes en surpoids ou obèses	% de la population
2		Contribue à la réduction du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH	Nombre de nouveaux cas d'infection au VIH	Nb de personnes

Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
2		Contribue à la réduction de l'incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants	Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants	Nb de cas pour 100 000 habitants
2		Contribue à la réduction du nombre de décès prématurés liés aux maladies chroniques pour 100 000 habitants	Nombre de décès prématurés liés aux maladies chroniques pour 100 000 habitants	Nb de décès pour 100 000 habitants
2		Contribue à la réduction du nombre de suicides pour 100 000 habitants	Nombre de suicides pour 100 000 habitants	Nb de suicides pour 100 000 habitants
2		Contribue à la réduction du nombre de décès liés à la consommation de psychotropes	Nombre de décès liés à la consommation de psychotropes	Nb de décès
2		Contribue à la réduction du taux de mortalité lié aux accidents de la route pour 100 000 habitants	Taux de mortalité lié aux accidents de la route pour 100 000 habitants	Nb de décès pour 100 000 habitants
2		Contribue à la réduction de la proportion de fumeurs	Proportion de fumeurs	% de la population
2		Contribue à la réduction du taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 adolescentes	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 adolescentes	Nb de naissance pour 1 000 adolescentes
2		Contribue à la réduction du nombre d'accidents du travail	Nombre d'accidents du travail (non mortel + mortel)	Nb d'accidents
3		Contribue à l'augmentation de la part de la surface agricole utile (SAU) en agriculture biologique	Part de la surface agricole utile (SAU) en agriculture biologique	% de la surface agricole utile (SAU)
3		Contribue à l'augmentation de la productivité de l'agriculture par heure travaillée	Productivité de l'agriculture par heure travaillée	Indice 2010=100
3		Contribue à la réduction d'exposition de la population urbaine à la pollution de l'air par les particules fines	Exposition de la population urbaine à la pollution de l'air par les particules fines	Microgrammes par m ³
3		Contribue à la réduction de production de déchets par habitant	Production de déchets par habitant	kg/hab
3		Contribue à l'augmentation du taux de recyclage des déchets municipaux	Taux de recyclage des déchets municipaux	%
3		Contribue à l'augmentation du taux de recyclage des déchets d'équipements électriques et électroniques	Taux de recyclage des déchets d'équipements électriques et électroniques	%
3		Contribue à la réduction de la production de déchets dangereux	Production de déchets dangereux	tonnes
3		Contribue à l'augmentation de la production de biens et services environnementaux	Production de biens et services environnementaux	millions EUR
3		Contribue à l'augmentation de l'intensité de la consommation intérieure de matière	Intensité de la consommation intérieure de matière	tonnes / millions EUR

Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
4		Contribue à la réduction des jeunes sans emploi et ne participant ni à l'éducation ni à la formation (NEET)	Jeunes sans emploi et ne participant ni à l'éducation ni à la formation (NEET)	% de jeunes
4		Contribue à l'augmentation du pourcentage des intentions entrepreneuriales	Pourcentage des intentions entrepreneuriales	%
4		Contribue à la réduction des écarts de salaires hommes-femmes	Écarts de salaires hommes-femmes	%
4		Contribue à l'augmentation du taux d'emploi	Taux d'emploi	% de la population
4		Contribue à la création d'emplois stables	Proportion de salariés ayant des contrats temporaires	% de l'emploi total
4		Contribue à la réduction de l'emploi à temps partiel involontaire	Emploi à temps partiel involontaire	% de l'emploi total
4		Contribue à la réduction des salariés ayant de longues heures involontaires	Salariés ayant de longues heures involontaires	% de l'emploi total
4		Contribue à la réduction du taux de chômage	Taux de chômage	% de la population active
4		Contribue à la réduction du taux de chômage longue durée	Taux de chômage longue durée	% de la population active
4		Contribue à l'augmentation du taux de croissance du PIB réel (moyenne sur 3 ans)	Taux de croissance du PIB réel (moyenne sur 3 ans)	%
4		Contribue à l'augmentation de la productivité globale des facteurs	Productivité globale des facteurs	Indice 2010=100
4		Contribue à l'augmentation de la productivité réelle du travail par heures travaillées (taux de croissance moyen sur 3 ans)	Productivité réelle du travail par heures travaillées (taux de croissance moyen sur 3 ans)	%
4		Contribue à l'augmentation de la productivité des ressources	Productivité des ressources	Indice 2000=100
4		Contribue à l'augmentation de la valeur ajoutée dans l'industrie manufacturière	Valeur ajoutée dans l'industrie manufacturière, en proportion de la valeur ajoutée totale des branches	% de la VA totale
4		Contribue à l'augmentation de l'emploi dans l'industrie manufacturière	Emploi dans l'industrie manufacturière, en proportion de l'emploi total	% de l'emploi
4		Contribue à la réduction des émissions de CO ₂ de l'industrie manufacturière	Émissions de CO ₂ de l'industrie manufacturière par unité de valeur ajoutée	% de la VA totale
4		Contribue à l'augmentation des dépenses intérieures brutes de "Research & Development"	Niveau des dépenses intérieures brutes de "Research & Development"	% du PIB

Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
4		Contribue à l'augmentation du nombre de chercheurs	Nombre de chercheurs pour 1 000 actifs	nb pour 1 000 actifs
5		Contribue à la réduction du nombre de personnes confrontées à la délinquance, à la violence ou au vandalisme dans leur quartier, en proportion de la population totale	Nombre de personnes confrontées à la délinquance, à la violence ou au vandalisme dans leur quartier, en proportion de la population totale	%
5		Contribue à la réduction du pourcentage du territoire transformé en zones artificialisées	Zones artificialisées	% du territoire
5		Contribue à l'augmentation des dépenses totales de protection environnementale	Dépenses totales de protection environnementale	millions EUR
6		Contribue à l'augmentation de l'utilisation des transports publics	Utilisation des transports publics	% des voyageurs
7		Contribue à la fertilité des sols sans nuire à la qualité des eaux de surface et/ou les eaux souterraines, de provoquer l'eutrophisation des eaux et de dégrader les écosystèmes terrestres et/ou aquatiques (unité : kg d'azote par ha surface agricole utile surface agricole utile SAU)?	Bilan des substances nutritives d'azote	kg d'azote par ha surface agricole utile (SAU)
7		Contribue à la fertilité des sols sans nuire à la qualité des eaux de surface et/ou les eaux souterraines, de provoquer l'eutrophisation des eaux et de dégrader les écosystèmes terrestres et/ou aquatiques (unité : kg de phosphore par ha surface agricole utile SAU)	Bilan des substances nutritives phosphorées	kg de phosphore par ha surface agricole utile (SAU)
7		Contribue à une consommation durable d'une eau de robinet de qualité potable	Part des dépenses en eau dans le total des dépenses des ménages	%
7		Contribue à l'augmentation du pourcentage des masses d'eau de surface naturelles ayant atteint un état écologique "satisfaisant" et des masses d'eau souterraine ayant atteint un bon état chimique	Pourcentage des masses d'eau de surface naturelles ayant atteint un état écologique "satisfaisant" et des masses d'eau souterraine ayant atteint un bon état chimique	%
7		Contribue à l'augmentation de l'efficacité de l'usage de l'eau	Efficacité de l'usage de l'eau	m ³ /millions EUR
7		Contribuer à une protection des masses d'eau de surfaces et les masses d'eau souterraine par des prélèvements durables et une utilisation plus efficiente de l'eau	Indice de stress hydriques	%
7		Contribue à la préservation et/ou l'augmentation de la part de zones agricoles et forestières	Part des zones agricoles et forestières	% du territoire
7		Contribue à l'augmentation de la part du territoire désignée comme zone protégée pour la biodiversité	Part du territoire désignée comme zone protégée pour la biodiversité	% du territoire
7		Contribue à la protection des oiseaux inscrits sur la liste rouge des espèces menacées	Nombre d'espèces sur la liste rouge des oiseaux	Nb d'espèces
7		Contribue à la lutte contre les espèces exotiques invasives inscrites sur la liste noire	Nombre de taxons sur la liste noire des plantes vasculaires	Nb de taxons

Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
7		Contribue à la favorabilité de l'état de conservation des habitats	État de conservation des habitats	% favorables
8		Contribue à la réduction de l'intensité énergétique	Intensité énergétique	Térajoules/millions EUR
8		Contribue à la réduction de la consommation finale d'énergie	Consommation finale d'énergie	GWh
8		Contribue à l'augmentation de la part des énergies renouvelables dans la consommation finale d'énergie	Part des énergies renouvelables dans la consommation finale d'énergie	%
8		Contribue à la réduction de la part des dépenses énergétiques dans le total des dépenses des ménages	Part des dépenses énergétiques dans le total des dépenses des ménages	%
8		Contribue à la réduction du total des émissions de gaz à effet de serre	Total des émissions de gaz à effet de serre	millions tonnes CO ₂
8		Contribue à la réduction des émissions de gaz à effet de serre hors système d'échanges de quotas d'émission (SEQE)	Émissions de gaz à effet de serre hors système d'échanges de quotas d'émission (SEQE)	millions tonnes CO ₂
8		Contribue à la réduction de l'intensité des émissions de gaz à effet de serre	Intensité des émissions de gaz à effet de serre	kg CO ₂ / EUR
9		Contribue à l'augmentation de l'aide au développement - Éducation	Aide au développement - Éducation	millions EUR
9		Contribue à l'augmentation de l'aide au développement - Agriculture	Aide au développement - Agriculture	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à l'augmentation de l'aide au développement - Santé de base	Aide au développement - Santé de base	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à l'augmentation de la part des étudiants des pays en développement qui étudient au Luxembourg	Part des étudiants des pays en développement qui étudient au Luxembourg	%
9		Contribue à l'augmentation du montant des bourses d'étude	Montant des bourses d'étude	millions EUR
9		Contribue à l'augmentation de l'aide au développement - Eau et assainissement	Aide au développement - Eau et assainissement	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à l'augmentation de l'aide au développement - Énergie	Aide au développement - Énergie	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à l'augmentation de l'aide au développement - Lois et règlements commerciaux	Aide au développement - Lois et règlements commerciaux	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à l'augmentation du montant des dépenses sociales exprimé en ratio du PIB	Montant des dépenses sociales exprimé en ratio du PIB	% du PIB

Champ d'action	Évaluation ¹	Indicateur évaluation	Indicateur national	Unité
9		Contribue à l'augmentation de l'aide publique nette au développement, montant alloué aux pays les moins avancés (absolu)	Aide publique nette au développement, montant alloué aux pays les moins avancés	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à l'augmentation de l'aide publique nette au développement, montant alloué aux pays les moins avancés (en proportion du montant total d'aide au développement)	Aide publique nette au développement, montant alloué aux pays les moins avancés, en proportion du montant total d'aide au développement	%
9		Contribue à l'augmentation de l'aide au développement - Prévention et préparation aux catastrophes	Aide au développement - Prévention et préparation aux catastrophes	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à l'engagement international de 100 milliards USD pour dépenses reliées au climat	Contribution à l'engagement international de 100 milliards USD pour dépenses reliées au climat	millions EUR
9		Contribue à l'augmentation de l'aide au développement avec marqueur biodiversité	Aide au développement avec marqueur biodiversité	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à l'augmentation de l'aide publique nette au développement, montant total, en proportion du revenu national brut	Aide publique nette au développement, montant total, en proportion du revenu national brut	% du RNB
9		Contribue à l'augmentation de l'aide au développement - Coopération technique	Aide au développement - Coopération technique	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à la réduction de la dette publique en proportion du produit intérieur brut	Dette publique en proportion du produit intérieur brut	% du PIB
9		Contribue à l'augmentation du montant investi dans des projets de soutien à l'enseignement supérieur	Montant investi dans des projets de soutien à l'enseignement supérieur	millions EUR (prix constant 2016)
9		Contribue à l'augmentation de l'aide publique au développement - Renforcement de la société civile dans les pays partenaires	Aide publique au développement - Renforcement de la société civile dans les pays partenaires	millions EUR (prix constant 2016)
10		Contribue à l'action climatique dans les pays en développement et à la protection du climat au niveau global	Contributions déterminées au niveau national (CDN) à la réduction des émissions de gaz à effet de serre	millions EUR
10		Contribue à l'augmentation de l'alimentation du fonds climat énergie	Fonds climat et énergie	millions EUR
10		Contribue à l'augmentation de la part des taxes environnementales dans le total des taxes nationales	Part des taxes environnementales dans le total des taxes nationales	% du revenu fiscal

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8277/05

N° 8277⁵

CHAMBRE DES DEPUTES

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

* * *

AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT

(5.12.2023)

Le Conseil d'État a été saisi pour avis le 24 novembre 2023 par le Premier ministre des amendements gouvernementaux sous rubrique.

Le texte desdits amendements était accompagné de remarques préliminaires, d'un commentaire pour chacun des amendements, d'une fiche financière, d'une version coordonnée, par extraits, du projet de loi sous rubrique tenant compte des amendements, d'une version coordonnée de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière que le projet de loi sous rubrique tend à modifier ainsi que d'un « check de durabilité – Nohaltegkeetscheck ».

*

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Amendements 1 et 2

Sans observation.

Amendement 3

L'amendement sous examen tend à répondre à trois oppositions formelles formulées par le Conseil d'État dans son avis du 10 octobre 2023 à l'égard de l'article 3, point 1°, du projet de loi sous avis.

Dans la mesure où les auteurs procèdent à la définition des termes « garde » et « astreinte » en y intégrant les notions de « temps de présence effective » et de « temps de disponibilité », le Conseil d'État est en mesure de lever les deux premières oppositions formelles.

En réponse à la troisième opposition formelle, les auteurs ont inséré dans le texte de l'article 24, paragraphe 3, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, le nombre d'heures indemnisées par garde et par astreinte. Partant, le Conseil d'État est en mesure de lever également la troisième opposition formelle qu'il avait formulée dans son avis précité du 10 octobre 2023.

Amendement 4

Sans observation.

*

OBSERVATIONS D'ORDRE LEGISTIQUE*Amendement 3*

À l'article 2, point 1°, phrase liminaire, dans sa teneur amendée, il y a lieu de faire abstraction des termes « in fine », pour être superfétatoires.

Subsidiairement, le Conseil d'État signale que lorsqu'il est fait référence à des termes latins, ceux-ci sont à écrire en caractères italiques.

À l'article 2, point 1°, pour ce qui concerne l'article 24, paragraphe 3, alinéas 2 et 3, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, dans sa teneur amendée, il y a lieu de remplacer respectivement les termes « Par garde, il y a lieu d'entendre » et « Par astreinte, il y a lieu d'entendre » par les termes « On entend par « garde », » et « On entend par « astreinte », ».

Texte coordonné

En ce qui concerne l'article 2, points 4° et 5°, le Conseil d'État signale qu'il est indiqué de regrouper les modifications qu'il s'agit d'apporter à plusieurs lignes d'une annexe sous un seul point, en reprenant chaque modification sous une lettre minuscule suivie d'une parenthèse fermante. Partant, l'article 2, point 4°, est à reformuler comme suit :

« 4° L'annexe 3 est modifiée comme suit :

- a) Dans la ligne « Tomographe à émission de positrons », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 2 » ;
- b) Dans la ligne « Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 3 ». »

Ainsi délibéré en séance plénière et adopté à l'unanimité des 20 votants, le 5 décembre 2023.

Le Secrétaire général,

Marc BESCH

Le Président,

Christophe SCHILTZ

02

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 6 décembre 2023

Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 21 novembre 2023
2. 8277 Projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
 - Présentation du projet de loi
 - Examen de l'avis du Conseil d'État
 - Présentation des amendements gouvernementaux du 24 novembre 2023
 - Examen de l'avis complémentaire du Conseil d'État
 - Désignation d'un rapporteur
3. Présentation des volets « Santé » et « Sécurité sociale » de l'accord de coalition 2023-2028
4. Divers

*

Présents : Mme Diane Adehm, M. Gilles Baum, M. Marc Baum, M. François Bausch, M. Dan Biancalana, M. Jeff Boonen, M. Mars Di Bartolomeo, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, Mme Carole Hartmann, M. Max Hengel, Mme Françoise Kemp, M. Gérard Schockmel, Mme Alexandra Schoos, M. Marc Spautz

M. Ben Polidori, observateur

Mme Martine Deprez, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

M. Jean-Paul Freichel, M. Laurent Mertz, M. Jean-Claude Neu, Mme Sonja Trierweiler, du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Mme Dani Schumacher, du groupe parlementaire CSV

Mme Patricia Pommerell, de l'Administration parlementaire

Excusé : M. Sven Clement, observateur délégué

*

Présidence : M. Max Hengel, Président de la Commission

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 21 novembre 2023

Le projet de procès-verbal sous rubrique est approuvé à l'unanimité des membres présents.

2. 8277 Projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Après une brève introduction de Monsieur Max Hengel (du groupe politique CSV), Président de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, Madame Martine Deprez, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, procède à la présentation du projet de loi sous rubrique, qui a été déposé et amendé¹ sous la législature précédente.

En premier lieu, le projet de loi sous rubrique crée une base légale pour le système national d'indemnisation des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés qui, pour l'année 2023, était réglé dans le cadre d'un projet pilote par une convention entre l'État et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (ci-après « *FHL* »).

La consécration légale dudit financement par le budget de l'État se situe dans la lignée du projet de loi n°8080 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2023 et l'avis afférent du Conseil d'État.

Le projet de loi procède, en second lieu, à une augmentation des nombres de lits maximaux autorisés par l'annexe 2 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière pour les services de gériatrie aiguë, de pédiatrie de proximité et de psychiatrie juvénile.

En troisième lieu, le projet de loi revoit à la hausse le nombre de certains équipements soumis à planification nationale. Il s'agit d'abord d'une augmentation du nombre de tomographes à émission de positrons, encore appelés « *PET-CT* », d'une unité à deux en raison de la progression notable de passages au Centre national PET. Puis, le nombre d'équipements pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA a été augmenté de 1 à 3 unités par voie d'amendement gouvernemental en date du 24 novembre 2023.

Pour le détail, il est renvoyé à l'exposé des motifs et au commentaire des articles accompagnant le projet de loi.

Dans son avis du 10 octobre 2023, le Conseil d'État a émis trois oppositions formelles, étant donné que certains éléments essentiels ont fait défaut.

¹ Les amendements gouvernementaux du 24 novembre 2023 ont été adoptés par le Conseil de gouvernement du 10 novembre 2023.

Les modifications apportées au projet de loi par voie d'amendement gouvernemental ont permis au Conseil d'État de lever ses oppositions formelles dans son avis complémentaire du 5 décembre 2023.

Étant donné que la loi future devra entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2024, il faut procéder au vote du projet de loi avant les vacances de Noël.

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Monsieur Gérard Schockmel (du groupe politique DP) se réfère à l'avis que le Collège médical a rendu en date du 20 septembre 2023 et dans lequel il critique le fait que toutes les gardes et astreintes prestées par des médecins hospitaliers ne sont pas rémunérées. En effet, le Collège médical « *doit constater que la non-considération de certaines spécialités dans certains hôpitaux constitue une discrimination et a entraîné des problèmes sur le terrain au courant des derniers mois.* ». L'orateur s'interroge sur la meilleure façon de prendre en compte les préoccupations exprimées par le Collège médical.

Les représentants du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale précisent dans leurs réponses respectives que le choix des spécialités médicales incluses dans le périmètre des gardes et astreintes a été opéré sur base des dispositions de l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018 (disponibilité médicale au sein des services hospitaliers mêmes ou sur appel), ainsi que du règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique.

La question des spécialités médicales à inclure dans le périmètre a été discutée au sein du comité d'accompagnement et d'évaluation réunissant les représentants du ministère de la Santé et de la Direction de la santé, de la FHL, des établissements hospitaliers ainsi que des conseils médicaux, qui a été mis en place dans le cadre du projet pilote. Un accord a pu être trouvé pour presque toutes les demandes d'indemnisation des spécialités médicales présentées audit comité.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale annonce son intention d'évaluer le plan hospitalier dans les deux années à venir et d'identifier dans ce contexte les besoins supplémentaires en matière de spécialités médicales qu'il s'agit d'intégrer, le cas échéant, dans le périmètre des gardes et astreintes.

Suite à une demande afférente formulée par Monsieur François Bausch (de la *sensibilité politique déi gréng*), Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale annonce son intention de faire parvenir les rapports du comité d'accompagnement et d'évaluation aux membres de la commission parlementaire en vue de la prochaine réunion prévue le 13 décembre 2023.

Monsieur Gérard Schockmel souhaite encore savoir pourquoi le projet de loi ne couvre que l'année 2024 et s'il est prévu de faire une évaluation du régime d'indemnisation des gardes et astreintes à l'issue de cette période.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale réplique que le libellé de l'article 1^{er} du projet de loi, qui limite le financement des gardes et astreintes

des médecins hospitaliers à l'année 2024, émane d'une demande de l'Inspection générale des finances. Le montant maximal du financement des gardes et astreintes au-delà du 31 décembre 2024 devra être déterminé dans le cadre des prochaines négociations budgétaires.

Monsieur Mars Di Bartolomeo (*du groupe politique LSAP*) se montre favorable à la rémunération des médecins hospitaliers prestant des gardes et astreintes. Ceci dit, l'orateur critique le fait que certains actes médicaux sont rémunérés sans véritable contrepartie, se référant plus spécifiquement à la majoration d'actes médicaux dans le contexte des séjours « *première classe* » qui confèrent l'attribution d'une chambre individuelle. Il souhaite connaître la position du Gouvernement sur cette question et estime que le projet de loi sous rubrique aurait présenté une bonne occasion pour porter remède à une situation qui, selon lui, n'a plus de raison d'être, ceci d'autant plus que le nombre de chambres individuelles est en augmentation constante. Dans ce contexte, l'orateur renvoie à l'accord de coalition 2018-2023 qui avait prévu l'abolition de la majoration d'actes médicaux dans le contexte des chambres individuelles. En outre, il demande des précisions sur l'éventuelle différence de traitement entre médecins salariés et médecins libéraux au niveau de la rémunération des heures supplémentaires.

En réaction aux propos tenus par l'orateur précédent, Monsieur Marc Spautz (*du groupe politique CSV*) rappelle que le projet de loi sous rubrique a été déposé et amendé par le gouvernement précédent.

De manière générale, Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale encourage les membres de la commission parlementaire à présenter leurs idées et propositions visant à améliorer encore le système de santé luxembourgeois. En ce qui concerne plus précisément la question de la majoration d'actes médicaux dans le contexte des chambres individuelles, elle se dit disposée à explorer des pistes pour aborder cette problématique. Alors qu'il ne sera plus possible de régler cette question dans le cadre du projet de loi sous rubrique, Madame la Ministre propose de revenir sur les questions soulevées par Monsieur Di Bartolomeo lors de la présentation des volets « *Santé* » et « *Sécurité sociale* » de l'accord de coalition 2023-2028.

Monsieur Gérard Schockmel demande encore si la prestation des gardes et astreintes par les médecins hospitaliers exerçant à titre libéral est susceptible de créer un lien de subordination par rapport à la direction hospitalière et de leur conférer ainsi un statut de salarié de fait.

En guise de réponse, un représentant du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale précise que les établissements hospitaliers concernés sont responsables pour garantir la continuité de service conformément à la loi précitée du 8 mars 2018 et aux règlements d'exécution afférents. Alors que, d'une part, l'organisme gestionnaire est responsable pour définir l'organisation médicale et donc pour planifier les gardes et astreintes des services hospitaliers dont il a demandé l'autorisation d'exploitation et que, d'autre part, ces gardes et astreintes sont effectuées par les médecins hospitaliers de l'établissement en question, l'indemnisation est versée à l'organisme gestionnaire pour être reversée aux médecins hospitaliers en raison de leur disponibilité médicale au sein des services hospitaliers mêmes ou sur appel. L'orateur estime que ce modèle d'indemnisation n'est pas susceptible de remettre en question le statut des médecins hospitaliers libéraux effectuant des

gardes et astreintes pour les établissements hospitaliers avec lesquels ils ont conclu un contrat de collaboration.

En réponse à une autre question de Monsieur Gérard Schockmel, le représentant du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale précise que c'est la responsabilité civile de l'établissement hospitalier qui est engagée pour l'organisation des services des urgences lors de la prestation d'une garde ou astreinte par un médecin salarié ou libéral, alors que la responsabilité civile et pénale incombe aux médecins prestataires individuels en fonction des actes prestés.

Enfin, Monsieur Gérard Schockmel soulève la question du défaut de paiement des mémoires d'honoraires, un phénomène auquel se verraient confrontés de nombreux médecins hospitaliers prestant des actes médicaux dans les services d'urgence.

Le représentant du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale réplique qu'il est prévu dans le cadre du règlement grand-ducal précité du 25 janvier 2019, qui est en voie de modification, que le service social de l'établissement hospitalier pourra intervenir dans les services d'urgence afin de régulariser les dossiers de patients non affiliés à la sécurité sociale et d'éviter ainsi tout défaut de paiement.

En réponse à une question de Madame Carole Hartmann (du groupe politique DP) sur l'augmentation du nombre de lits dans la gériatrie aiguë, la pédiatrie de proximité et la psychiatrie juvénile, le représentant du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale explique qu'il est prévu de procéder en 2024 à une évaluation des besoins sanitaires sur base des chiffres de 2022 et, le cas échéant, à une adaptation des dispositions de la loi précitée du 8 mars 2018.

Or, plusieurs acteurs ont signalé des besoins sanitaires urgents dans la psychiatrie juvénile, ceci notamment en raison de l'impact de la crise Covid-19 sur le développement social et la santé mentale des enfants et des jeunes, d'où la nécessité de procéder à court terme à une adaptation infrastructurelle en augmentant le nombre maximal de lits par service pour le service national de psychiatrie juvénile aux Hôpitaux Robert Schuman.

En ce qui concerne la pédiatrie de proximité, le service des urgences pédiatriques de la Clinique Pédiatrique du Centre hospitalier de Luxembourg se voit régulièrement confronté à des affluences dépassant ses capacités, ceci notamment lors de la crise de bronchiolite de l'année dernière. Afin de désengorger la Clinique Pédiatrique, il convient d'augmenter le nombre de lits au sein des services de pédiatrie de proximité autorisés auprès des trois autres centres hospitaliers.

Au vu de l'évolution vers une population de plus en plus âgée et plus exposée à des polymorbidités, il paraît également souhaitable d'augmenter le nombre maximal de lits pour faciliter la prise en charge en gériatrie aiguë. En effet, une filière gériatrique est prévue par le règlement grand-ducal précité du 25 janvier 2019, et les acteurs ont signalé des besoins urgents en lits supplémentaires en gériatrie aiguë.

Le projet de loi entend ainsi remédier à court terme aux besoins que les établissements hospitaliers ont signalés dans le cadre de la prorogation des

autorisations d'exploitation prévue pour le 1^{er} janvier 2024 et dont la procédure est détaillée à l'article 11 de la loi précitée du 8 mars 2018.

*

Ensuite, le Président de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, Monsieur Max Hengel, est nommé rapporteur du projet de loi sous rubrique.

Le projet de rapport relatif au projet de loi sous rubrique sera diffusé en amont de la réunion de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale prévue le 13 décembre 2023 à 8.00 heures.

3. Présentation des volets « Santé » et « Sécurité sociale » de l'accord de coalition 2023-2028

En guise d'introduction, Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale précise que sa présentation se limite aux grands axes du programme gouvernemental en matière de santé et de sécurité sociale et vise notamment à refléter l'esprit dans lequel elle compte mettre au point les premiers projets de loi qui seront déposés dans les deux années à venir. Elle annonce son intention de prendre bonne note des observations émises par les membres de la commission parlementaire en vue de la réalisation des différents projets gouvernementaux. Enfin, Madame la Ministre attire l'attention sur le fait que le ministère de la Santé et le ministère de la Sécurité sociale constituent désormais un seul ministère composé de deux départements entre lesquels il s'agit de créer un maximum de synergies.

Par la suite, Madame la Ministre procède à la présentation du volet « *Sécurité sociale* » de l'accord de coalition 2023-2028² à l'aide du diaporama repris en annexe, en commençant par l'assurance pension (page 2 du diaporama).

Sécurité sociale – Assurance pension

Madame la Ministre apporte les commentaires supplémentaires suivants :

Les dernières statistiques de l'Inspection générale de la sécurité sociale font ressortir que le taux de cotisation actuel de 24 pour cent sera insuffisant pour payer le volume des pensions annuelles à partir de l'année 2027. Le Gouvernement juge nécessaire de mener dès à présent des réflexions sur d'éventuels réaménagements visant à garantir la viabilité à long terme du régime de pension afin d'éviter des mesures plus drastiques à un stade ultérieur.

L'accord de coalition se réfère aux trois piliers du régime général de l'assurance pension, à savoir :

1. le régime de pension légal obligatoire ;
2. le régime complémentaire de pension introduit par la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension (plan de retraite professionnelle mis en place par l'employeur en faveur de ses salariés) ;

² Voir les pages 101 à 103 de l'accord de coalition 2023-2028.

3. le régime de prévoyance-vieillesse contracté sur une base individuelle (à l'initiative privée du souscripteur et grâce à des incitations fiscales).

Madame la Ministre précise que l'assurance obligatoire, qui couvre la quasi-totalité des besoins au Luxembourg, restera le pilier central du régime général de pension. Or, suite aux ajustements jugés nécessaires, il se pourrait que les deuxième et troisième piliers gagnent en importance par rapport au premier pilier dont il s'agit de garantir la viabilité à long terme.

Ensuite, il est prévu de procéder à des adaptations ponctuelles afin de faire en sorte que certaines catégories d'assurés dont la carrière d'assurance est lacunaire (bénéficiaires d'une rente accident, personnes en situation de handicap) puissent remplir les conditions d'ouverture du droit à la pension dans le régime général.

Il est également prévu que les salariés et les indépendants pourront profiter des mêmes conditions de cumul entre une pension de vieillesse anticipée et les revenus d'une activité professionnelle. Madame la Ministre se réfère dans ce contexte à la proposition de loi 7922 portant modification du livre III du Code de la sécurité sociale déposée par Messieurs Laurent Mosar et Marc Spautz en date 2 décembre 2021. Il reste à voir si les modifications législatives seront apportées par le biais de cette proposition de loi ou par d'autres moyens.

*

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Monsieur Mars Di Bartolomeo se renseigne sur la position du Gouvernement à l'égard de la loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension³, qui prévoit un certain nombre de mesures agissant tant sur les recettes que sur les dépenses de l'assurance pension. L'orateur se réfère ensuite à l'accord de coalition 2023-2028 qui prévoit l'organisation d'une large consultation de la société civile sur la viabilité à long terme du régime de pension. Il dit comprendre que l'objectif de cette large consultation est d'affaiblir le premier pilier de l'assurance pension au profit des deuxième et troisième piliers et que le Gouvernement exclut donc d'office une augmentation des cotisations. En ce qui concerne l'opportunité d'organiser une large consultation, l'orateur donne à considérer que les conclusions du Rentendesch⁴ n'ont pas eu pour effet de baisser le coût de l'assurance pension.

Dans le même ordre d'idées, Monsieur François Bausch se montre déçu par l'accord de coalition. Il estime que la question du financement du premier pilier devrait donner lieu à une discussion plus large sur les recettes de l'assurance

³ Loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension et modifiant :

1. le Code de la sécurité sociale ;
2. la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois ;
3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ;
4. la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics ;
5. le Code du travail

⁴ Loi du 28 juin 2002

1. adaptant le régime général et les régimes spéciaux de pension ;
2. portant création d'un forfait d'éducation ;
3. modifiant la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti

pension. L'orateur souligne que le système de sécurité sociale, et notamment le régime de pension, repose surtout sur le facteur travail, alors que des phénomènes tels que l'intelligence artificielle et la digitalisation auront pour conséquence de supprimer des centaines de milliers d'emplois en Europe. Au Luxembourg, cette évolution risque d'avoir un impact considérable sur les recettes de l'assurance pension dans la mesure où les gains de productivité provenant de la révolution numérique ne résulteront pas dans une augmentation correspondante des cotisations. Selon l'orateur, il faudrait faire en sorte que les entreprises concernées participent de manière appropriée au financement du régime de sécurité sociale.

En outre, Monsieur Bausch demande des précisions sur les mesures concrètes envisagées par le Gouvernement pour affaiblir le premier pilier de l'assurance pension. Si le Gouvernement souhaite compenser cet affaiblissement par une promotion accrue du troisième pilier grâce à des incitations fiscales, comme annoncé par l'accord de coalition, l'orateur donne à considérer qu'une telle mesure est susceptible de profiter notamment aux contribuables aisés, dont le nombre est pourtant limité. Il s'interroge dès lors sur l'utilité de cette mesure pour consolider le premier pilier de l'assurance pension.

Monsieur Marc Baum (*de la sensibilité politique déi Lénk*) se rallie aux observations émises par les deux orateurs précédents. Il constate que le Luxembourg dispose d'un système de pension performant qui a le mérite de faire en sorte que les personnes âgées de plus de soixante ans appartiennent à la catégorie d'âge la moins exposée au risque de pauvreté. L'orateur est d'avis que le premier pilier du régime général de l'assurance pension est plus performant que les systèmes (privés) des deuxième et troisième piliers. Au vu de ce constat, il estime surprenant que la seule perspective proposée par l'accord de coalition pour assurer la viabilité à long terme du régime de pension prévoit un renforcement des deuxième et troisième piliers au détriment du premier et que la seule piste à explorer consiste en une promotion accrue du troisième pilier grâce à une amélioration des allègements fiscaux. L'orateur constate que l'État préfère donc investir des deniers publics dans le renforcement du troisième pilier plutôt que dans celui du premier pilier. En outre, il souligne l'importance pour la Chambre des Députés d'être entendue dans le contexte de la large consultation annoncée par l'accord de coalition.

Par la suite, Monsieur Baum exprime sa déception quant au fait que l'évolution future de la pension minimum n'est pas mentionnée dans l'accord de coalition, sachant qu'un nombre croissant de cotisants qui prendront leur retraite dans les années à venir auront une carrière d'assurance incomplète.

Enfin, l'orateur se renseigne sur la position du Gouvernement concernant l'avenir du Fonds de compensation commun au régime général de l'assurance pension. Il renvoie aux discussions qui sont en cours sur l'opportunité d'investir les avoirs du Fonds de compensation davantage dans des projets durables réalisés au Luxembourg, par exemple dans le domaine du logement. En outre, se pose la question de savoir si le Fonds de compensation entend continuer à inclure les énergies fossiles dans son portefeuille.

Monsieur Georges Engel (*du groupe politique LSAP*) se réfère aux propos de Madame la Ministre selon lesquels le Gouvernement juge nécessaire de mener dès à présent des réflexions sur des réaménagements à apporter au régime

de pension afin d'éviter des mesures plus drastiques à un stade ultérieur. Il demande des précisions supplémentaires à cet égard.

En réponse aux questions et observations des orateurs précédents, Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale précise que le présent échange de vues constitue la première étape de la large consultation prévue par l'accord de coalition. Ce dernier est délibérément succinct afin de ne pas porter préjudice aux conclusions de la consultation annoncée.

En ce qui concerne la réforme de l'assurance pension de 2012, Madame la Ministre donne à considérer que l'ajustement des pensions en cours à l'évolution des salaires réels n'a pas été suspendu par le passé, à un moment où l'évolution réelle des salaires était pourtant négative. De manière générale, Madame la Ministre estime que les mesures prévues par la loi de 2012 s'avéreront probablement suffisantes pour le court terme, mais qu'il faut encore avoir le courage de les appliquer le moment venu.

En outre, Madame la Ministre juge peu réaliste de prévoir dans la situation économique actuelle une augmentation des cotisations. Il lui semble en effet peu probable que les entreprises soient disposées à effectuer des dépenses aussi conséquentes dans un environnement économique défavorable, sachant que les cotisations sont plafonnées à une rémunération brute équivalent à cinq fois le salaire social minimum par mois. Cela étant dit, Madame la Ministre se dit disposée à considérer la possibilité d'identifier des sources de financement alternatives, à condition de trouver un large consensus autour de cette question et de disposer des moyens nécessaires pour accéder à ces ressources.

Pour ce qui est du Fonds de compensation, Madame la Ministre se réfère aux demandes répétées de plusieurs Députés d'avoir un aperçu de la politique d'investissement de celui-ci. À cette fin, elle juge opportun de se concerter avec le Fonds de compensation et de mener une analyse de sa stratégie d'investissement, qui est basée sur des directives européennes, afin d'éviter que le portefeuille contienne des secteurs jugés problématiques.

Quant à l'agencement entre les trois piliers, Madame la Ministre précise que le renforcement des deuxième et troisième piliers ne se fera pas aux dépens des personnes à faible revenu et qu'il appartient à l'État de faire en sorte que les assurés disposent d'une pension décente à l'issue de leur vie professionnelle. En réponse aux propos de Monsieur Baum concernant l'efficacité du régime de pension, Madame la Ministre donne à considérer que le phénomène de la pauvreté des personnes âgées existe bel et bien au Luxembourg et qu'un nombre considérable de retraités bénéficient d'un complément pension minimum. Elle juge opportun de réformer le premier pilier de manière à faire en sorte que toute personne ayant cotisé pendant quarante ans puisse bénéficier de la pension minimum sans être tributaire d'un complément.

Monsieur Mars Di Bartolomeo reprend la parole pour rappeler que le principe de l'ajustement des pensions en cours à l'évolution des salaires réels n'a pas été créé par la loi précitée du 21 décembre 2012. En revanche, cette loi a introduit un automatisme de l'ajustement des pensions. L'orateur confirme qu'un ajustement négatif des pensions, du fait d'une évolution négative des salaires, a été suspendu par le passé. Or, cette façon de procéder n'est identique ni au mécanisme du modérateur d'ajustement qui est déclenché à partir du moment où le taux de cotisation de 24 pour cent n'est plus suffisant

pour payer le volume des pensions annuelles, ni au mécanisme relatif à l'allocation de fin d'année qui est déclenché dès que les dépenses courantes dépassent les recettes courantes. Selon l'orateur, la seule manière d'éviter un tel scénario est de créer de nouvelles recettes par une augmentation des cotisations ou par le développement de modèles de financement alternatifs qui restent à définir.

Monsieur François Bausch estime que la mesure la plus efficace à court terme dans le domaine de la sécurité sociale est une augmentation des recettes. Si une telle augmentation est jugée impossible, la seule alternative est une diminution des prestations payées au titre du premier pilier, voire la création d'incitations fiscales pour encourager les investissements dans les deuxième et troisième piliers. Or, l'orateur estime que le régime de pension ne doit pas être soumis à des changements brusques, mais qu'il faut respecter le contrat entre générations et prendre en compte les attentes des assurés sur une période de quarante ans. Plutôt que de réduire drastiquement les prestations au titre du premier pilier pour améliorer la situation financière de l'assurance pension, il préfère créer de nouvelles recettes afin de consolider le régime général de l'assurance pension.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale se dit consciente du fait qu'une réforme du régime de pension ne produit des effets que sur le moyen et long terme. Au cas où l'architecture du régime de pension serait effectivement modifiée, il lui semble évident qu'il faut avoir en vue le cycle d'une génération sur quarante ans et prévoir des périodes transitoires suffisamment longues, comme cela a été le cas par le passé. En effet, il s'agit de prendre en compte les attentes des assurés ayant commencé leur carrière sous un régime donné. En revanche, il faut éviter des décisions à court terme, comme le relèvement de l'âge du départ à la retraite, qui risquent de se heurter à une forte opposition.

De manière générale, Madame la Ministre remercie les membres de la commission parlementaire d'avoir présenté des éléments importants qui seront inclus dans le processus de réflexion sur l'assurance pension. Elle espère que cette façon de procéder permettra à la Chambre des Députés de soutenir, le moment venu, une éventuelle réforme du régime de pension. Madame la Ministre garantit que la consultation de la Chambre des Députés se fera parallèlement à celle du terrain. Dès que certaines idées commenceront à se concrétiser, elle compte en saisir la commission parlementaire en temps voulu.

*

Par la suite, Madame la Ministre présente, à l'aide du diaporama repris en annexe, les parties de l'accord de coalition 2023-2028 relatives à la Caisse nationale de santé (ci-après « CNS »), à l'assurance maladie-maternité et à l'assurance dépendance (page 3 du diaporama).

Sécurité sociale – Caisse nationale de santé et assurance maladie-maternité / assurance dépendance

Madame la Ministre apporte les commentaires supplémentaires suivants :

Il est ressorti des négociations de coalition que le mode de fonctionnement et de financement ainsi que la gouvernance de la CNS ne sont pas toujours clairs

et qu'il s'avère opportun d'évaluer les procédures existantes afin de procéder aux adaptations nécessaires.

Alors que l'équilibre des recettes-dépenses de l'assurance maladie-maternité est relativement favorable en 2023, les prévisions semblent être moins favorables pour les années à venir. Afin d'éviter des discussions annuelles sur les cotisations et les prestations, Madame la Ministre souhaite recourir au comité quadripartite en matière d'assurance maladie-maternité pour réagir aux développements sur le terrain.

En outre, le Gouvernement compte rationaliser et accélérer les procédures au niveau de la révision et de l'adaptation de la nomenclature des actes et services. En effet, le Luxembourg tient à maintenir sa propre nomenclature qui permet de répondre aux besoins concrets de la population protégée, qui sont communiqués aux organes de la sécurité sociale par le biais des médecins et des associations spécialisées. Or, la procédure visant à adapter la nomenclature est assez longue et fastidieuse, de sorte que l'inclusion d'un nouvel acte technique dans la nomenclature prend des semaines, voire des mois.

Le Gouvernement entend encore réviser la règle selon laquelle le contrat de travail du salarié cesse de plein droit le jour de l'épuisement de ses droits à l'indemnité pécuniaire de maladie qui lui est accordée, soit après 78 semaines d'incapacité de travail au cours d'une période de référence de 104 semaines. Il existe en effet entre 13 et 24 cas de rigueur par an dont le congé de maladie excède la période de 78 semaines et qui risquent dès lors de perdre leur emploi. Il est prévu d'intégrer une procédure spécifique dans la loi afin de permettre aux personnes concernées de bénéficier d'une dérogation, le cas échéant. D'autres options, comme l'octroi d'une pension d'invalidité provisoire, semblent moins appropriées dans la situation en cause.

En outre, le Gouvernement se prononce en faveur de la couverture universelle des soins de santé (ci-après « CUSS ») qui s'adresse à toute personne qui n'est pas affiliée à la sécurité sociale luxembourgeoise pour quelque raison que ce soit. Il est prévu d'élaborer des critères précis suite à une évaluation détaillée du projet pilote qui avait été lancé en 2022 dans ce contexte et de créer, le cas échéant, un cadre juridique pour la CUSS.

Enfin, il est prévu d'ajuster certaines prestations non couvertes par les dispositions en vigueur dans le cadre de l'assurance dépendance, comme la gestion et l'administration de médicaments dans les structures d'hébergement pour personnes âgées.

*

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Monsieur Mars Di Bartolomeo exprime ses préoccupations quant à l'évaluation prévue du mode de fonctionnement et de financement ainsi que de la gouvernance de la CNS et souhaite savoir si l'intention du Gouvernement est de remettre en question le modèle tripartite de la CNS. En outre, l'orateur critique l'utilisation du terme « *épurer* » dans l'accord de coalition. Celui-ci annonce en effet l'intention du Gouvernement de suivre attentivement le décompte de l'assurance maladie-maternité et de prendre, « *le cas échéant, ensemble avec les partenaires sociaux, les décisions qui s'imposent pour*

maintenir un équilibre des recettes-dépenses tout en épurant éventuellement les missions de prise en charge de la CNS ». Alors que l'orateur se voit en mesure de soutenir les éléments de l'accord de coalition qui s'inscrivent dans la continuité, il estime que l'utilisation d'un tel terme dans le contexte de la sécurité sociale semble annoncer un revirement inquiétant.

Monsieur Marc Baum dit partager les préoccupations exprimées par l'orateur précédent au sujet de l'utilisation du terme « *épurer* » qui semble en effet annoncer une limitation des prises en charge par la CNS. À l'instar de l'assurance pension, il juge opportun de considérer la possibilité d'une augmentation des recettes et donne à considérer que notre régime de sécurité sociale a été créé dans un environnement économique encore plus défavorable que celui d'aujourd'hui.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale confirme dans sa réponse que la gouvernance de la CNS restera entre les mains des partenaires sociaux. Or, il s'agit d'améliorer la transparence de l'agencement entre les travaux opérationnels de la CNS et les discussions menées au niveau du conseil d'administration. Il semble en effet que les partenaires sociaux présents au conseil d'administration ne soient pas toujours au courant de ce qui se passe au sein de la CNS. Il s'agit dès lors de prendre des mesures afin de permettre aux partenaires sociaux d'influencer davantage le processus de prise de décision et de s'investir plus activement dans la gouvernance de la CNS.

En ce qui concerne l'utilisation du terme « *épurer* », Madame la Ministre précise qu'il a été constaté lors des négociations de coalition que la CNS finance certaines prestations qui incombaient par le passé à l'État. Il ne s'agit donc pas de réduire les prestations, mais de rationaliser les missions de la CNS en identifiant celles qui sont à portée nationale et qui ne devraient plus être financées par la CNS.

Pour ce qui est de l'avenir du projet CUSS, Monsieur Mars Di Bartolomeo estime que la définition de critères d'accès à la couverture universelle des soins de santé risque de restreindre le caractère universel de celle-ci.

Dans le même contexte, Monsieur Marc Baum renvoie à la question parlementaire 51 au sujet de la « *suite du projet-pilote visant à mettre en place une couverture universelle des soins de santé* » qu'il a adressée à Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale en date du 28 novembre 2023. L'orateur juge primordial de créer rapidement une base légale, ce qui serait non seulement dans l'intérêt des personnes concernées, mais également dans celui de la santé publique, comme l'a montré la pandémie Covid-19.

En guise de réponse, Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale précise que les critères à inscrire dans la loi sont les mêmes que ceux qui sont à la base du projet pilote. Il s'agit plutôt de fixer légalement la procédure afin de permettre aux intéressés de faire un recours en cas de refus d'une prestation conformément à la procédure administrative non contentieuse.

En ce qui concerne la règle des 78 semaines en cas de maladie de longue durée, Monsieur Marc Baum propose de procéder à une abolition pure et simple de cette règle vu le nombre très limité de cas de rigueur et par analogie avec le régime qui existe dans la Fonction publique.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale réplique que l'abolition pure et simple de la règle des 78 semaines risque de mener à une explosion du nombre de cas, selon l'avis des experts en la matière. Le Gouvernement préfère dès lors procéder à une ouverture minimaliste en prévoyant une dérogation pour les cas de rigueur qui ont été identifiés. Il s'agit donc de décourager les abus, tout en évitant que les personnes concernées reprennent le travail malgré un état de santé dégradé.

Monsieur Marc Baum reprend la parole pour donner à considérer que, dans certains cas, l'employeur accorde une dispense de travail à un salarié en cas de maladie de longue durée afin d'éviter que la personne concernée perde ses droits sociaux.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale précise à cet égard que le cas de figure mentionné par l'orateur précédent sera prévu dans le cadre de la modification législative envisagée.

*

Faute de temps, il est convenu de continuer la présentation du volet « *Sécurité sociale* » et de reporter celle du volet « *Santé* » de l'accord de coalition 2023-2028 à la prochaine réunion de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale qui se tiendra le 13 décembre 2023.

4. Divers

Il est convenu que les réunions de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale débiteront à 8.00 heures par souci d'éviter un chevauchement avec les réunions du Conseil de gouvernement.

Procès-verbal approuvé et certifié exact



L'accord de coalition Santé et Sécurité sociale



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

Sécurité sociale-Assurance pension



- Prise de conscience de la nécessité d'ajustements ponctuels, voire structurels
- Remettre en avant l'agencement des trois piliers comme possibilité de réaménager l'esprit de couverture
- Modifications ponctuelles pour améliorer la couverture des conditions d'ouverture pour certaines catégories d'assurés
- Dispositions anti-cumul à revoir notamment dans le cadre des pensionnés de statut indépendant
- Revoir l'affiliation des assurés de statut "conjoint aidant"

Sécurité sociale-CNS et assurance maladie/dépendance



- Gouvernance, fonctionnement et financement de la CNS à évaluer
- Équilibre recettes-dépenses à surveiller et le cas échéant à adapter dans un sens de durabilité (moyen terme)
- Révision et adaptation continue de la nomenclature des actes, procédure à adapter le cas échéant
- Cas de rigueur 78 semaines à définir
- Couverture universelle (accès aux soins de santé pour tous)
- Possibilité de reconnaissance de thérapies non conventionnelles à analyser
- Ajuster voire intégrer un certain nombre de prestations non prévues par les dispositions en vigueur dans le cadre de l'assurance dépendance

Sécurité sociale – Travail



- Suivi des taux d'absentéisme et actions de prévention conséquentes
- Évaluer les procédures de reclassement notamment à la lumière des décisions du Contrôle médical et de la médecine du travail
- Congés
 - Cohérence, harmonisation des procédures
 - Congé pour raisons familiales (pathologie lourde/oncologique)
 - Congés spéciaux nouveaux (fausse-couche, enfant mort-né, naissance prématurée suivie d'un décès)
- Médecine du travail à évaluer

Santé-Prévention



- Programmes de dépistage
- Programmes nationaux
- Bilans de santé réguliers
- Autotests de dépistage
- Médecine scolaire

Santé-Secteur hospitalier



- Loi hospitalière à adapter en vue d'une planification à moyen voire long terme (y compris les services nationaux à co-gestion évt et les services urgences)
- Financement, gestion et gouvernance à revoir
- Financement à l'activité à analyser (notamment pour les services ambulatoires)
- Introduction en procédure législative du projet de loi CNAL (Centrale nationale d'achat et de logistique)

Santé-Médecine extra-hospitalière



- Médecin référent (meilleure promotion)
- Cabinets médicaux, cabinets de groupe, sociétés de médecin
- Reprise du dossier dit “virage ambulatoire” dans une perspective extrahospitalière
- Nouvelles maisons de garde médicale (alternatives: cabinets de groupe à horaires étendus)
- Urgences et polycliniques
- Hospitalisation à domicile (oncologie, grossesse à risque, suivi post-opératoire)
- Mise en place d’un concept “out of hospital” (hébergement personnes âgées)
- Télémédecine
- Maison de naissance

Santé-Formation et professions de santé



- Healthcareers - Loi du 26 mars 1992 à adapter
- Spécialisations supplémentaires (uni.lu)
 - Master en médecine après évaluation du Bachelor mis en place
 - Infirmières spécialisées (évaluation des cursus existants et analyse de la possibilité d'introduction de nouveaux cursus)
- Médecins en voie de spécialisation (statut unique?)
- Formation continue obligatoire et certification
- Réglementer la profession de psychologue
- Révision de la loi réglementant la profession de psychothérapeute

Santé-Santé mentale



- Plan national santé mentale (sommaire)
 - renforcer le bien-être et la santé mentale
 - réduire la stigmatisation
 - développer la formation des professionnels
 - priorisations des actions du plan
- Accès aux soins psychiatriques pour tous
 - Infrastructures y dédiées à promouvoir et mettre en place voire étendre

Santé-Digitalisation



- Dossier médical individuel électronique
 - Sur base de données structurées disponibles en temps réel
- Initiatives à coordonner i.e. stratégie digitale à mettre en place (DSP, PID, HISL, ...)
- Interopérabilité des bases de données structurées nationales

Santé-Médicaments



- Procédure législative “Agence des médicaments” à finaliser
- Augmentation du nombre de pharmacies
- Renforcement du rôle de “conseiller pharmaceutique”
- Eviter des pénuries de médicaments (voir CNAL)

Santé-Leçons COVID



- Loi “pandémie” à élaborer
- Généraliser la possibilité de se faire vacciner de façon éclairée à partir de 16 ans (12 à 15 ans consentement d’un seul des deux parents)
- Stock de matériel/médicaments à mettre en place (voir CNAL)

Santé-Autres non catégorisés



- Loi “cannabis à usage personnel” à maintenir et observer l’évolution du dossier dans les pays voisins
- Maladies infectieuses
 - Un infectiologue par établissement hospitalier
 - Meilleure prévention des infections nosocomiales par des formations spécifiques des infirmiers spécialisés
- Maladies rares
 - Meilleure sensibilisation et mise en place systématique d’une détection précoce
 - Donner un statut aux maladies de longue durée

Santé-Sujets en relation avec les droits des patients



- Analyse de l'opportunité et de la faisabilité d'un fonds public d'indemnisation d'aléas thérapeutiques
- Procréation médicalement assistée
- Respect des identités non binaires
- Interdictions à émettre (thérapies de conversion et établissement de certificats de virginité)
- Droit à l'oubli à évaluer dans le sens où d'autres maladies sont à inclure
- Accès au don de sang indépendant de l'orientation sexuelle
- Accès aux soins palliatifs dans un environnement familial ou en établissement spécialisé
- Promotion de la directive anticipée et la nomination d'une personne de confiance
- Accès et information concernant les possibilités de recours à l'euthanasie à améliorer

Merci ...



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

- et au plaisir d'entendre vos suggestions/questions
- NB: Il existe des éléments relevant des départements Santé et Sécurité sociale dans d'autres chapitres qui seront examinés en collaboration avec les autres ministères concernés!

8277/06

N° 8277⁶

CHAMBRE DES DEPUTES

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

* * *

AVIS COMPLEMENTAIRE DU COLLEGE MEDICAL

(6.12.2023)

Madame la Ministre,

En réponse à votre demande d'avis du 28 novembre 2023, le Collège médical a l'honneur de vous répondre comme suit :

Amendement 1 :

Le financement des gardes et astreintes est limité à l'année 2024. Le Collège médical renvoie aux critiques formulées dans son avis du 20 septembre 2023 et espère que ceci laisse le temps au nouveau Gouvernement d'en tenir compte pour les années postérieures à 2024, notamment en ce qui concerne le nombre de lignes de garde et le volume horaire.

Le Collège médical rappelle que le projet de loi actuel prévoit le financement de *certaines* lignes de gardes et d'astreintes mais pas de la totalité effectivement prestée dans les établissements hospitaliers.

Amendement 2 :

pas de commentaire

Amendement 3 :

Le Collège médical accueille favorablement une définition précise des termes garde et astreinte. Si la définition d'une « garde » est parfaitement claire, la définition du terme « astreinte », i.e. « le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés » montre bien la pertinence de la critique du Collège médical dans son avis précédent quant à la limitation du financement d'une astreinte à 13h/jour alors que la disponibilité du médecin, selon la définition donnée dans le projet de loi, est de toute évidence de 24 heures/j.

Amendement 4 :

S'il ne critique pas l'augmentation du nombre d'équipements DXA en soi, le Collège médical s'étonne néanmoins de l'insertion d'un nouveau point 5 à l'article 3, devenu le nouvel article 2, du projet de loi, point dont il n'était jamais question auparavant.

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

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,
Dr David HECK

Le Président,
Dr Robert WAGENER

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8277/07

N° 8277⁷

CHAMBRE DES DEPUTES

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

* * *

AVIS COMPLEMENTAIRE DE LA CHAMBRE DES SALARIES

(11.12.2023)

Par lettre en date du 28 novembre 2023, Madame Martine DEPREZ, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale a saisi pour avis notre chambre des amendements gouvernementaux au projet de loi no 8277 portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés.

1. Les présents amendements interviennent suite à l'avis du Conseil d'Etat qui propose un certain nombre de modifications et de compléments de textes concernant le projet de loi initial dont notamment l'article 3, point 1°, devenu le nouvel article 2, point 1° modifiant l'article 24 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en définissant les notions de garde et astreinte qui ont fait défaut dans le texte initial.

2. Si notre chambre n'a pas d'objections à formuler concernant les présents amendements gouvernementaux, elle renvoie toutefois à son avis du 19 octobre 2023 du projet de loi initial susénoncé dans lequel elle a rendu attentif au problème de la pénurie de main-d'œuvre dans les professions médicales et *a fortiori* à la mise en danger de l'accès universel aux soins de santé ainsi qu'aux remèdes auxquels le gouvernement devrait recourir, à savoir :

- faire preuve davantage de flexibilité en ce qui concerne le recrutement de professionnels de santé provenant de pays tiers en leur permettant de compléter leur qualification pendant leur activité professionnelle en vue d'obtenir une équivalence des diplômes ;
- rendre plus attrayant les métiers de la santé ;
- contribuant à une meilleure qualité des soins pour le patient, d'une part et à une amélioration de la work-life balance des médecins hospitaliers en promouvant la salarisation ;
- augmenter le nombre de lits hospitaliers en tenant compte des flux migratoires et du nombre croissant de frontaliers requérant de plus en plus souvent des soins dans notre pays en raison de la fermeture de structures hospitalières dans leur pays de résidence ;
- une meilleure coordination entre les services d'urgences des hôpitaux, les maisons médicales et les médecins traitants ;

Sous réserve des remarques formulées ci-avant, notre chambre a l'honneur de vous communiquer qu'elle marque son accord aux amendements gouvernementaux cités sous rubrique.

Luxembourg, le 11 décembre 2023

Pour la Chambre des salariés,

Le Directeur,
Sylvain HOFFMANN

La Présidente,
Nora BACK

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8277/08

N° 8277⁸

CHAMBRE DES DEPUTES

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

* * *

AVIS DE LA COMMISSION PERMANENTE POUR LE SECTEUR HOSPITALIER

(8.12.2023)

Demande : La demande du Ministère de la Santé (MiSa) consiste à solliciter l'avis de la CPH au sujet du projet de loi n°8277 et des amendements gouvernementaux au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique.

Le juriste du département institutions de santé du MiSa a présenté aux membres de la CPH le projet de loi n°8277 et au projet de règlement sous objet.

Base légale : La CPH donne son avis en application de l'article 22, paragraphe 1^{er}, points 1 et 6, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

*

AVIS :

Projet de loi n°8277

La CPH prend note des explications et précisions fournies de part et d'autre au sujet du projet de loi n° 8277 et dont le détail résulte du compte-rendu de la CPH du 24 novembre 2023.

Amendements gouvernementaux du projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019

La CPH prend note de la volonté politique de voir mettre en place un service d'assistance sociale 24h/24 et 7j/7, même si certains membres remettent en question la nécessité d'un tel service fonctionnant en permanence et de manière obligatoire.

La CPH prend également note des explications relatives à la disponibilité d'un médecin spécialiste en ophtalmologie auquel le médecin urgentiste doit pouvoir faire appel.

Globalement, la CPH demande à être saisie de manière plus précoce en cas d'adaptation du cadre normatif pour lui permettre de réagir en temps utile, eu égard notamment aussi à l'article 45 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui prévoit des sanctions pénales pour toute personne, responsable d'organiser le service d'urgences d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation, refuse ou omet de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services.

Liste des membres présents lors de la prise de décision :

Dr Jean-Claude Schmit	Président de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale
(s) M. Georg Adelman	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale
M. Thomas Dominique	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale
M. Serge Hoffmann	Ministère des Finances (MF)
M. José Balanzategui	Caisse nationale de santé (CNS)
(s) M. Frank Bisenius	Caisse nationale de santé (CNS)
M. Carlos Pereira	Caisse nationale de santé (CNS)
Mme Michèle Marques	Caisse nationale de santé (CNS)
M. Georges Bassing	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
Dr. Marc Berna	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
(s) Dr Romain Nati	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
(s) Dr René Metz	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
Dr Bruno Pereira	Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD)
M. Romain Poos	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)
M. Jean-Paul Freichel	Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux
(s) <i>suppléant</i>	

Le Président de la CPH,
Dr. Jean-Claude SCHMIT

8277/09

N° 8277⁹

CHAMBRE DES DEPUTES

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

* * *

RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE

(13.12.2023)

La Commission se compose de : M. Max HENGEL, Président-Rapporteur ; Mme Diane ADEHM, M. Gilles BAUM, M. Marc BAUM, M. François BAUSCH, M. Dan BIANCALANA, M. Jeff BOONEN, M. Mars DI BARTOLOMEO, M. Georges ENGEL, M. Gusty GRAAS, Mme Carole HARTMANN, Mme Françoise KEMP, M. Gérard SCHOCKMEL, Mme Alexandra SCHOOS, M. Marc SPAUTZ, Membres.

*

I. ANTECEDENTS

Le projet de loi élargé a été déposé à la Chambre des Députés par Madame la Ministre de la Santé en date du 17 juillet 2023. Le texte du projet de loi est accompagné d'un exposé des motifs, d'un commentaire des articles, d'un « *check de durabilité – Nohaltegkeetscheck* », d'une fiche d'évaluation d'impact, d'une fiche financière ainsi que du texte coordonné de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, que le projet de loi sous rubrique tend à modifier.

L'intitulé initial du projet de loi se lit comme suit :

« Projet de loi autorisant l'État à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».

Le projet de loi a été renvoyé à la Commission de la Santé et des Sports de la Chambre des Députés en date du 2 octobre 2023.

Le Conseil d'État a rendu son avis le 10 octobre 2023.

Le 24 novembre 2023, la Chambre des Députés a été saisie d'une série d'amendements gouvernementaux relative au projet de loi sous rubrique adoptée par le Gouvernement en conseil du 10 novembre 2023.

Dans ce contexte, l'intitulé du projet de loi a été changé comme suit :

« Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'État à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés ».

Le projet de loi a été renvoyé à la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale (ci-après « *la Commission* ») en date du 24 novembre 2023.

Le Conseil d'État a rendu son avis complémentaire le 5 décembre 2023.

Dans sa réunion du 6 décembre 2023, la Commission a désigné Monsieur Max Hengel comme rapporteur du projet de loi. Lors de cette même réunion, la Commission a entendu la présentation du projet de loi et a examiné l'avis et l'avis complémentaire du Conseil d'État.

Dans sa réunion du 13 décembre 2023, la Commission a adopté le présent rapport.

*

II. OBJET DU PROJET DE LOI

Le présent projet de loi poursuit trois objectifs différents.

En premier lieu, il crée une base légale pour le système national d'indemnisation des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés qui, pour l'année 2023, était réglé dans le cadre d'un projet pilote par une convention entre l'État et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (ci-après « *FHL* »).

La consécration légale dudit financement par le budget de l'État se situe dans la lignée du projet de loi 8080 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2023 et l'avis afférent du Conseil d'État.

L'ancrage légal du système d'indemnisation dans la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et plus particulièrement dans son article 24 tient au fait que les établissements hospitaliers concernés sont responsables pour garantir la continuité de service conformément à la loi précitée et aux règlements d'exécution afférents. Alors que, d'une part, l'organisme gestionnaire est responsable pour définir l'organisation médicale et donc pour planifier les gardes et astreintes des services hospitaliers dont il a demandé l'autorisation d'exploitation et que, d'autre part, ces gardes et astreintes sont effectuées par les médecins hospitaliers de l'établissement en question, l'indemnisation est versée à l'organisme gestionnaire pour être reversée aux médecins hospitaliers en raison de leur disponibilité médicale au sein des services hospitaliers mêmes ou sur appel.

Les coûts prévisibles des gardes et astreintes à charge du budget de l'État s'élèvent à 60,5 millions d'euros pour l'année 2024.

Le volume horaire pris en charge par le budget de l'État reste inchangé par rapport au projet pilote.

Ainsi, les astreintes sont indemnisées :

- sur un créneau horaire allant de 18 heures du soir à 7 heures du lendemain matin (13 heures au total) les jours ouvrables et
- 24 heures sur 24 les week-ends et les jours fériés.

Les gardes sont indemnisées tous les jours, 24 heures sur 24.

Les taux horaires des gardes et des astreintes sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros (cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948).

Le projet de loi procède, en second lieu, à une augmentation des nombres de lits maximaux autorisés par la loi hospitalière dans son annexe 2 pour les services de gériatrie aiguë, de pédiatrie de proximité et de psychiatrie juvénile.

Concernant les lits en gériatrie aiguë, l'augmentation du nombre maximal de lits pour faciliter la prise en charge en gériatrie aiguë s'explique par l'évolution vers une population de plus en plus âgée et plus exposée à des polymorbidités dans un objectif de garantir une médecine adaptée aux besoins spécifiques de cette population vulnérable nécessitant plus particulièrement une prise en charge holistique. Il faut réagir à ce stade à cette problématique puisque les taux d'occupation des services de gériatrie dépassent les 95 pour cent.

Pour les services de pédiatrie de proximité autorisés auprès des trois centres hospitaliers, le nombre de lits exploités dépasse actuellement le nombre de lits autorisés. Ce manque de lits a été confirmé par la crise de bronchiolite de l'année dernière et la nécessité d'avoir dû procéder à des redistributions de ressources structurales et humaines à l'intérieur de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle il faut adapter les chiffres en ce sens.

En psychiatrie juvénile, l'augmentation de la prise en charge additionnelle s'explique avec l'augmentation de la démographie luxembourgeoise ainsi qu'avec celle du nombre de naissances au

Luxembourg. Il faut aussi relever l'impact important de la crise de Covid-19 sur le développement social et la santé mentale des enfants et des jeunes.

Il est en même temps profité de l'occasion pour rectifier une erreur qui s'est glissée dans le nombre maximal total de lits de moyen séjour pouvant être autorisé suivant l'annexe 1 de la loi du 8 modifiée du 8 mars 2018 précitée.

En troisième lieu, le projet de loi revoit à la hausse le nombre de certains équipements soumis à planification nationale.

Il s'agit d'abord d'une augmentation du nombre de tomographes à émission de positrons, encore appelés « PET-CT », d'une unité à deux en raison de la progression notable de passages au Centre national PET passant de 2 233 passages en 2010 à 6 478 examens réalisés en 2022 et du taux d'occupation de l'équipement PET-CT proche de 100 pour cent, le but étant d'éviter de longs délais d'attente. Puis, le nombre d'équipements pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA est augmenté de 1 à 3 unités pour diminuer les délais d'attente existants et en même temps tenir compte de l'augmentation progressive de la population âgée.

*

III. AVIS DU CONSEIL D'ETAT, DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES ET D'AUTRES ORGANISATIONS CONCERNEES

❖ Avis du Conseil d'Etat

Dans son avis du 10 octobre 2023, le Conseil d'État demande à plusieurs reprises, sous peine d'opposition formelle, des définitions plus précises, notamment en ce qui concerne les termes « garde », « astreintes », « temps de présence effective » et « temps de disponibilité », ceci pour éviter une insécurité juridique.

Le Conseil d'État rend attentif au fait qu'il existe une grande différence entre le nombre d'heures indemnisées entre les gardes et les astreintes. Pourtant, cette différence ne se retrouve pas dans le texte du projet de loi, mais seulement sur la fiche financière. Il demande donc, sous peine d'opposition formelle, d'incorporer le nombre d'heures indemnisées dans le texte du projet de loi.

Dans son avis complémentaire du 5 décembre 2023, le Conseil d'État a levé les oppositions formelles émises dans son premier avis.

Pour le détail, il est renvoyé au point IV. Commentaire des articles ci-après.

❖ Avis du Collège médical

Dans son avis du 20 septembre 2023, le Collège médical critique le choix des lignes de gardes pour lesquelles les gardes et astreintes sont indemnisées. Selon lui, chaque ligne de garde se retrouvant sur le plan de garde doit être rémunérée. Il est d'avis que du moment qu'on décide de financer les gardes et astreintes, le législateur ne peut pas faire une sélection sur base de critères plus ou moins arbitraires, qui en surplus ne sont pas mentionnés dans le texte du projet de loi. Pour le Collège médical, le seul critère valable pour pouvoir profiter du financement est l'existence d'une (sous)spécialité médicale reprise en tant que telle sur le plan de garde officiel des hôpitaux.

Le Collège médical s'oppose au volume horaire des lignes de garde proposé sur la fiche financière du projet de loi. Selon lui, la limitation du financement des astreintes à 13 heures par jour en semaine ne correspond pas à la réalité du terrain. Il souhaite que les astreintes soient financées 24h/24, non seulement le week-end, mais également en semaine.

Le Collège médical rend attentif au fait que le projet de loi ne garantit pas que l'argent versé à l'organisme gestionnaire arrive intégralement au médecin prestataire. Il salue cependant que les montants seront indexés.

Le Collège médical craint que l'indemnisation par l'organisme gestionnaire d'une partie spécifique de l'activité du médecin nécessite des modifications des contrats d'agrément, voire de collaboration entre l'établissement hospitalier et bon nombre de médecins, notamment les médecins libéraux.

Selon le Collège médical, le fait que le médecin est payé par l'hôpital pour une partie spécifique de son activité soulève la question du statut du médecin. Il craint que le système ne crée deux classes de

médecins, les uns, salariés, qui profiteraient d'une exonération d'impôts pour la prestation de gardes et astreintes, du moins pendant certaines plages horaires, et les autres, libéraux, pour qui il n'y aurait pas d'exonération du tout.

En ce qui concerne la modification du nombre de lits en gériatrie aiguë, en pédiatrie ambulatoire et en psychiatrie juvénile, le Collège médical n'a pas de remarques particulières à faire et l'avise favorablement. Il salue également l'augmentation du nombre maximum d'équipements PET-CT à deux.

Dans son avis complémentaire du 6 décembre 2023 concernant les amendements gouvernementaux du 24 novembre 2023, le Collège médical reprend les critiques formulées dans son avis du 20 septembre 2023. Il tient à rappeler que le projet de loi prévoit des indemnisations uniquement pour certaines lignes de garde. En ce qui concerne le troisième amendement, le Collège médical salue les nouvelles définitions pour les termes « *garde* » et « *astreinte* ». Il réitère cependant sa critique quant à la limitation du financement d'une astreinte à 13 heures par jour.

❖ Avis de la Chambre des Salariés

La Chambre des Salariés (ci-après « *CSL* ») salue le projet de loi. Dans son avis du 19 octobre 2023, elle souligne cependant que le projet de loi ne couvre que l'année 2024. Selon la CSL, il est indispensable que ce financement à charge du budget de l'État soit récurrent annuellement afin de garantir l'accès universel des assurés à ces services. Comme le législateur a fait le choix d'indemniser les organismes gestionnaires, la CSL se demande si les fonds versés auront pour objet uniquement de financer les médecins prestataires.

Bien que le nombre de lits de moyen séjour soit augmenté de 40 unités (de 670 à 710) et que, par conséquent, le nombre maximal de lits hospitaliers pouvant être autorisés au niveau national passe de 3 107 à 3 147, la CSL est d'avis que le Gouvernement sous-estime les besoins. La même critique est formulée à l'égard des lits de gériatrie aiguë, en pédiatrie ambulatoire et en psychiatrie juvénile.

La CSL fait également des remarques d'ordre général. Elle est d'avis que le projet de loi ne combat pas les causes de la pénurie de main-d'œuvre dans les professions médicales et de santé. Les problèmes fondamentaux du secteur de la santé (attentes en urgences...) ne sont pas résolus. Elle reste sceptique en ce qui concerne les maisons médicales et demande une évaluation.

Dans son avis complémentaire du 11 décembre 2023 concernant les amendements gouvernementaux du 24 novembre 2023, la CSL ne formule pas d'objections. Pourtant, elle renvoie à ses remarques formulées dans son avis du 19 octobre 2023.

*

IV. COMMENTAIRE DES ARTICLES

La Commission a décidé de reprendre la majorité des observations d'ordre légistique formulées par le Conseil d'État dans son avis du 10 octobre 2023 et son avis complémentaire du 5 décembre 2023.

Intitulé

Suite aux observations émises par le Conseil d'État dans son avis du 10 octobre 2023 à l'endroit des articles 1^{er} et 2 initiaux du projet de loi, il a été décidé d'adapter l'intitulé du projet de loi qui se lit désormais comme suit :

« Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'État à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés ».

Article 1^{er}

L'alinéa 1^{er} de l'article 1^{er} du projet de loi autorise le Gouvernement à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés pour un montant ne pouvant dépasser 60 500 000 euros dans la période allant du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024.

L'autorisation du législateur est nécessaire dans la mesure où l'engagement total de l'État dépasse le montant prévu à l'article 80, paragraphe 1^{er}, lettre d), de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État, en l'occurrence 40 000 000 euros.

Un total de 34 gardes et de 96 astreintes, de même qu'une réserve de 4 gardes et de 10 astreintes, alors qu'au moment du dépôt du projet de loi, le périmètre n'avait pas encore été définitivement arrêté, a été retenu pour le calcul du montant précité.

La date du 1^{er} janvier 2024 s'explique par le fait que la convention conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg, représenté par la ministre de la Santé, et la FHL, mettant en place un projet pilote d'indemnisation national pour les gardes et les astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés prend fin le 31 décembre 2023.

Le périmètre des gardes et astreintes reprend les établissements hospitaliers suivants :

- Centre hospitalier de Luxembourg ;
- Hôpitaux Robert Schuman ;
- Centre hospitalier du Nord ;
- Centre hospitalier Émile Mayrisch ;

ainsi que les établissements hospitaliers spécialisés suivants :

- Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle ;
- Centre François Baclesse ;
- Centre hospitalier neuro-psychiatrique ;
- Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ;
- Rehazenter ;
- Hôpital intercommunal de Steinfort ;
- Centre de réhabilitation du château de Colpach ;
- Omega90.

En ce qui concerne les spécialités médicales incluses dans le périmètre des gardes et astreintes, le Gouvernement s'est basé sur l'article 3 et l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018 ainsi que sur le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique. La question des spécialités médicales à inclure dans le périmètre a été discutée au sein du comité d'accompagnement et d'évaluation réunissant les représentants du ministère de la Santé et de la Direction de la santé, de la FHL, des établissements hospitaliers ainsi que des conseils médicaux, qui a été mis en place dans le cadre du projet pilote. Un accord a pu être trouvé avec la majorité des spécialités concernées.

Il est précisé à l'alinéa 2 de l'article 1^{er} que le montant prévu correspond à la valeur de l'échelle mobile des salaires au 1^{er} avril 2023.

Dans son avis du 10 octobre 2023, le Conseil d'État dit comprendre que la mise en place du financement par l'État de l'indemnisation des gardes et astreintes ne constitue pas un engagement financier limité à l'exercice 2024, mais une dépense pour plus d'un exercice. S'agissant d'une matière réservée à la loi en vertu de l'article 117, paragraphe 4, de la Constitution, la création d'une dépense pour plus d'un exercice doit être encadrée par des critères précis. À cet égard, le Conseil d'État estime que l'article 3 initial de la loi en projet procède à la détermination des critères relatifs à la mise en place du financement par l'État de l'indemnisation des gardes et astreintes, de sorte que l'article 1^{er} est superfétatoire et est dès lors à supprimer.

Dans le cadre des amendements gouvernementaux du 24 novembre 2023, il est pourtant précisé que suite et sur base de ses délibérations du 7 juillet 2023, le Gouvernement réuni en conseil a décidé de limiter à un an le financement des gardes et astreintes sous rubrique. Afin de sceller cet accord politique et de laisser au gouvernement issu des élections législatives du 8 octobre 2023 le soin de fixer le montant maximal pour les années postérieures à l'année 2024, il est proposé de ne pas supprimer l'article 1^{er} du projet de loi, mais de reprendre la proposition de texte que la Haute Corporation a formulée à l'endroit de ses observations d'ordre légistique dans son avis du 10 octobre 2023. Le montant maximal du financement des gardes et astreintes au-delà du 31 décembre 2024 devra être déterminé dans le cadre des prochaines négociations budgétaires.

Le libellé de l'article 1^{er}, tel qu'amendé, ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État dans son avis complémentaire du 5 décembre 2023.

Article 2 initial (supprimé)

L'article 2 initial du projet de loi prévoyait que l'État honore ses engagements financiers pour ce projet par le biais de l'article budgétaire 14.0.31.055 de la loi du 23 décembre 2022 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2023 libellé « *Gardes et astreintes des médecins dans les centres hospitaliers et établissements spécialisés : participation aux frais* ».

Le Conseil d'État relève, dans son avis du 10 octobre 2023, que la ligne budgétaire que l'article 2 initial du projet de loi vise à insérer au budget des dépenses courantes du ministère de la Santé est actuellement déjà inscrite audit budget.

Au vu de cette observation, il a été décidé de procéder à la suppression de l'article 2 initial et à la renumérotation des articles suivants.

Article 2 nouveau (article 3 initial) – Loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

L'article 3 initial devient l'article 2 nouveau.

L'article 2 nouveau (article 3 initial) du projet de loi entend modifier ponctuellement la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Point 1^o – article 24 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 1^o de l'article 2 nouveau (article 3 initial) du projet de loi entend insérer un paragraphe 3 nouveau dans l'article 24 de la loi précitée du 8 mars 2018.

L'alinéa 1^{er} du paragraphe 3 nouveau, dans sa teneur initiale, prévoyait que « *[p]our assurer l'organisation médicale telle que prévue à l'article 24, paragraphe 1^{er}, point 4^o et notamment l'organisation des lignes de garde et d'astreinte découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers telles que prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire sera indemnisé, à charge du budget de l'État, pour pouvoir honorer les prestations réalisées par les médecins prestataires respectifs sur base des taux horaires suivants.* ».

En effet, l'organisme gestionnaire est responsable pour assurer l'organisation médicale et la mise en œuvre des lignes de garde et d'astreinte découlant des dispositions de la loi précitée du 8 mars 2018 ainsi que des règlements afférents. Comme l'organisme gestionnaire demande une autorisation d'exploitation pour les services hospitaliers, il s'engage par la suite à les exploiter conformément aux normes prévues aux articles 4 et 5 et à l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018 et aux règlements d'exécution afférents. Dès lors, alors que, d'une part, l'organisme gestionnaire est responsable pour définir l'organisation médicale et donc pour planifier les gardes et astreintes des services hospitaliers dont il a demandé l'autorisation d'exploitation et que, d'autre part, ces gardes et astreintes sont effectuées par les médecins hospitaliers de l'établissement en question, l'indemnisation est versée à l'organisme gestionnaire pour être reversée aux médecins hospitaliers en raison de leur disponibilité médicale au sein des services hospitaliers mêmes ou sur appel. Il convient de noter que le modèle proposé n'est pas susceptible de remettre en question le statut des médecins hospitaliers libéraux effectuant des gardes et astreintes pour les établissements hospitaliers avec lesquels ils ont conclu un contrat de collaboration.

Le libellé de l'alinéa 1^{er} appelle plusieurs observations de la part du Conseil d'État dans son avis du 10 octobre 2023.

D'abord, la Haute Corporation constate que la loi précitée du 8 mars 2018 ne comprend pas de définition claire du terme « *garde* » et que le terme « *astreinte* » n'y est tout simplement pas cité. Quant au terme « *garde* », celui-ci apparaît dans l'article 4, paragraphe 6, de la loi précitée, exigeant que « *les centres hospitaliers sont obligés de participer au service de garde* », ainsi que dans l'article 33, paragraphe 3, de la même loi, qui dispose que le médecin hospitalier « *participe à la continuité des soins et des gardes, [...]. Il respecte le plan de service établi notamment en vue d'assurer la permanence médicale dans l'établissement pendant le temps où celui-ci est de garde.* » La notion de garde traduit donc dans la loi précitée du 8 mars 2018 la participation de l'hôpital à un service de garde (national), alors que les termes « *garde* » et « *astreinte* » utilisés à l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi

précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, semblent viser des formes de disponibilité médicale. Le Conseil d'État constate également que les termes « *lignes de garde et d'astreinte* » utilisés au paragraphe 3 diffèrent des termes employés à l'intitulé de la loi en projet, à savoir « *financement des gardes sur place et des astreintes* ». En l'absence d'une définition précise de ces deux notions qui est adaptée au cas prévu par le projet de loi sous avis, l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, est source d'insécurité juridique. Partant, le Conseil d'État demande, sous peine d'opposition formelle, d'insérer une définition des termes « *garde* », ou « *garde sur place* » en fonction de la terminologie que les auteurs entendent retenir, et « *astreinte* » dans l'article 24, paragraphe 3, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Ensuite, le Conseil d'État constate que l'article 24, paragraphe 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, vise d'abord le financement de l'organisation médicale de manière générale pour citer ensuite l'organisation des « *lignes de garde et d'astreinte* » comme un exemple de l'organisation médicale en ayant recours au terme « *notamment* ». Cela ne reflète toutefois pas l'objet de la loi en projet, qui vise uniquement la mise en place du financement par l'État de l'indemnisation des gardes et astreintes.

Enfin, la Haute Corporation tient à signaler que le terme « *prestations* » est inapproprié étant donné que le projet de loi détermine à l'alinéa 2 initial du nouveau paragraphe 3 les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité que l'État est autorisé à financer, sans qu'une prestation soit réellement effectuée.

L'alinéa 2 initial du paragraphe 3 nouveau prévoit que « *[l]es taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948.* ».

Dans le projet de loi 8080 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2023, il était initialement prévu d'insérer une disposition relative à la prise en charge par le budget de l'État de l'indemnisation des médecins hospitaliers pour leur temps de présence effective et de disponibilité pour assurer la continuité de service et les gardes. Pourtant, le Conseil d'État avait émis une opposition formelle à l'égard cette disposition parce que « *l'exercice d'une profession libérale (article 11, paragraphe 6, de la Constitution) et les charges grevant le budget de l'État pour plus d'un exercice (article 99 de la Constitution) constituent des matières réservées à la loi formelle. Il rappelle que dans de telles matières réservées à la loi, il incombe au législateur de régler les éléments essentiels du régime d'indemnisation en cause* ». Afin de se mettre en conformité avec l'avis du Conseil d'État relatif au projet de loi 8080 précité, il a été décidé d'insérer une disposition précisant les taux horaires bruts applicables.

Dans le cadre du projet pilote susmentionné, le taux horaire était prévu comme montant fixe, à savoir 40 euros pour une astreinte et 96 euros pour une garde sur place. Suite à la proposition soumise par la FHL de manière concertée pour tous les établissements hospitaliers, il est proposé que ces montants soient convertis en montants indexés, le point indiciaire de référence étant 877,01 au 1^{er} avril 2022.

Le Conseil d'État constate, dans son avis du 10 octobre 2023, que la terminologie employée diffère de celle employée à l'alinéa 1^{er} en ce que l'alinéa 2 initial emploie les termes « *temps de présence effective* » et « *temps de disponibilité* » et l'alinéa 1^{er} ceux de « *garde* » et d'« *astreinte* ». Au vu de ce qui précède, le Conseil d'État se demande si les auteurs du texte sous avis entendent relier la notion de « *temps de présence effective* » à celle de « *garde* » et les termes « *temps de disponibilité* » à celle d'« *astreinte* ». Ou, à l'inverse, s'ils entendent rémunérer le médecin au cours de sa permanence au taux de 10,95 euros, indice 100, pour le temps où il est « *présent effectivement sur place* » à l'hôpital et de 4,56 euros, indice 100, pour le reste du temps où il assure une simple disponibilité sur appel. Le Conseil d'État note qu'une réponse est fournie par la fiche financière dans la mesure où celle-ci prévoit que les gardes sur place sont payées au taux horaire de 10,95 euros, indice 100, et les astreintes au taux de 4,56 euros, indice 100. Ainsi, dans un souci de sécurité juridique, le Conseil d'État demande, sous peine d'opposition formelle, de relier l'alinéa 1^{er} à l'alinéa 2 initial en intégrant les notions de « *temps de présence effective* » et de « *temps de disponibilité* » dans les définitions des termes « *garde* » ou « *garde sur place* », en fonction de ce que retiennent les auteurs, et « *astreinte* » qu'il s'agit d'insérer à l'alinéa 1^{er}.

Le Conseil d'État constate encore que la fiche financière révèle que le nombre d'heures indemnisées diffère sensiblement entre garde sur place et astreinte : les jours ouvrables, une garde sur place est rémunérée vingt-quatre heures alors qu'une astreinte n'est rémunérée que treize heures (seule la disponibilité entre dix-huit heures et sept heures du lendemain est indemnisée). Le Conseil d'État note

que l'article 24, paragraphe 3, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, est muet quant au nombre d'heures à rémunérer.

Dans ce contexte, la Haute Corporation se doit de souligner que la matière couverte par la disposition nouvellement insérée à l'endroit de l'article 24 de la loi précitée du 8 mars 2018 relève des matières réservées à la loi en vertu des articles 35 et 117, paragraphe 4, de la Constitution, en ce qu'elle touche à l'exercice d'une profession libérale et qu'elle prévoit des dépenses pour plus d'un exercice. Elle rappelle¹ que dans de telles matières réservées à la loi, il incombe au législateur de régler les éléments essentiels du régime d'indemnisation en cause, dont fait notamment partie le nombre d'heures à indemniser. Par conséquent, le Conseil d'État exige, sous peine d'opposition formelle, de modifier le libellé de l'article 24, paragraphe 3, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, en y indiquant le nombre d'heures indemnisées par garde sur place et par astreinte.

Au vu de toutes ces considérations, le Gouvernement propose de reformuler le paragraphe 3 nouveau de l'article 24 de la loi précitée du 8 mars 2018 dans le cadre des amendements soumis en date du 24 novembre 2023.

Partant, la version amendée de l'alinéa 1^{er} du paragraphe 3 nouveau de l'article 24 ne se réfère plus à l'organisation médicale dans sa globalité, mais vise uniquement l'organisation des gardes et astreintes conformément à l'objet du projet de loi. De même, il est proposé de ne plus faire référence aux « *prestations* » des médecins hospitaliers.

En outre, les amendements gouvernementaux du 24 novembre 2023 visent à insérer dans le paragraphe 3 nouveau des alinéas 2 et 3 nouveaux qui contiennent des définitions claires des notions de « *garde* » et d'« *astreinte* », en y incluant les notions de « *temps de présence effective* » et de « *temps de disponibilité* », tel que suggéré par le Conseil d'État dans son avis du 10 octobre 2023.

Ensuite, il est proposé d'insérer des alinéas 4 et 5 nouveaux dans le paragraphe 3 nouveau afin d'incorporer dans le texte de loi en projet le nombre d'heures indemnisé par garde et par astreinte, information qui se trouvait reléguée à la fiche financière.

Bien que le nombre et le taux horaire de l'indemnisation soient fonction du temps de présence effective du médecin hospitalier dans l'hôpital (garde) ou du temps de disponibilité sur appel de celui-ci (astreinte), il convient de préciser que le financement des gardes et astreintes en question transitera via l'organisme gestionnaire qui est responsable de l'organisation médicale et *a fortiori* également de l'organisation des gardes et astreintes. S'agissant de « *recettes affectées* », celles-ci doivent être utilisées pour l'indemnisation des médecins hospitaliers assurant les gardes ou les astreintes.

Suite à l'insertion des alinéas 2 à 5 nouveaux, l'alinéa 2 initial du paragraphe 3 nouveau devient l'alinéa 6 nouveau.

Les modifications apportées au point 1° de l'article 2 nouveau (article 3 initial) permettent au Conseil d'État de lever ses oppositions formelles dans son avis complémentaire du 5 décembre 2023.

Point 2° – annexe 1 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 2° de l'article 2 nouveau (article 3 initial) du projet de loi entend rectifier certains chiffres à l'annexe 1 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Lettre a)

En ce qui concerne les lits de moyen séjour, la version actuelle de l'annexe 1 prévoit un nombre total maximal de 670 lits.

Si on considère la somme des maximums de lits de moyen séjour de l'annexe 2, et que l'établissement de Colpach exploitant les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique ne peut avoir que 60 lits suivant l'article 5, paragraphe 5, de la loi précitée du 8 mars 2018, le total autorisable est effectivement de 710 lits. Il convient dès lors de rectifier à l'annexe 1 le total du nombre maximal de lits de moyen séjour pouvant être autorisé.

¹ Avis du Conseil d'État n° 52.905 du 16 juillet 2021, sur le projet de loi portant modification : 1. du Code du travail ; 2. de la loi du 21 décembre 2007 portant réforme de l'Inspection du travail et des mines, (doc. parl. n° 7319^o) pp. 18 et 19.

Lettre b)

Suite à l'augmentation du total du nombre maximal de lits de moyen séjour, il convient d'adapter le total du nombre maximal de lits hospitaliers en conséquence.

Le libellé du point 2° ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 10 octobre 2023.

Point 3° – annexe 2 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 3° de l'article 2 nouveau (article 3 initial) du projet de loi entend apporter des modifications à l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Il vise à adapter aux besoins sanitaires actuels le nombre maximal de lits autorisables au niveau national pour les services de même type, et ceci conformément à l'avis du Conseil d'État du 23 décembre 2016 relatif au projet de loi 7056 devenu la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, qui précise que « [l]e nombre de lits maximal par service et le nombre maximal au niveau national sont à déterminer par les auteurs en fonction des besoins sanitaires nationaux ».

Lettre a)

Le nombre maximal de lits en gériatrie aiguë doit ainsi être augmenté, étant donné que les taux d'occupation des services de gériatrie dépassent les 95 pour cent. Ceci a un impact direct sur les services d'urgences et en particulier sur leur filière gériatrique, les patients devant attendre parfois 24 à 48 heures pour être hospitalisés, ce qui conduit à de nombreuses plaintes. Les patients sont aussi, par manque de lits de gériatrie, hospitalisés dans d'autres services souvent moins adaptés aux besoins médicaux de cette patientèle.

Au vu de l'évolution vers une population de plus en plus âgée et plus exposée à des polymorbidités et dans un objectif de garantir une médecine adaptée aux besoins spécifiques de cette population vulnérable nécessitant plus particulièrement une prise en charge holistique, il paraît souhaitable d'augmenter le nombre maximal de lits pour faciliter la prise en charge en gériatrie aiguë et de permettre aux centres hospitaliers de transposer des projets d'augmentation ou de réaffectation de lits aigus.

À la date du 1^{er} janvier 2019, le nombre de lits exploités (autorisés) dans les services de gériatrie aiguë s'élève à 25 (25) au Centre hospitalier du Nord, à 19 (19) au Centre hospitalier de Luxembourg, à 48 (42) au Centre hospitalier Émile Mayrisch et à 34 (34) aux Hôpitaux Robert Schuman, ce qui correspond à un total de 126 (120) lits.

Le nombre de lits demandés par les centres hospitaliers pour les services de gériatrie aiguë lors du renouvellement des autorisations d'exploitation au 1^{er} janvier 2024 s'élève à 41 pour le Centre hospitalier du Nord, à 29 pour le Centre hospitalier de Luxembourg, à 68 pour le Centre hospitalier Émile Mayrisch et à 51 pour les Hôpitaux Robert Schuman, ce qui correspond à un total de 189 lits.

Il existe donc un besoin d'adaptation de 69 lits par rapport au nombre maximal défini dans l'annexe 2 qui s'élève actuellement à 120 lits.

En tenant compte d'une légère marge de flexibilité, il y a lieu d'augmenter le nombre maximal par service de lits de gériatrie aiguë à 195 lits.

Lettre b)

Pour les services de pédiatrie de proximité autorisés auprès des trois centres hospitaliers (Centre hospitalier Émile Mayrisch, Centre hospitalier du Nord et Hôpitaux Robert Schuman), alors que les services nationaux de pédiatrie sont localisés à la Clinique Pédiatrique du Centre hospitalier de Luxembourg, le nombre de lits exploités dépasse actuellement le nombre de lits autorisés. En complément, un manque de lits a été confirmé par la crise de bronchiolite de l'année dernière, et il s'est avéré nécessaire de procéder à des redistributions de ressources structurales et humaines à l'intérieur de l'hôpital. Le service des urgences pédiatriques de la Clinique Pédiatrique constate régulièrement des affluences dépassant les capacités, alors que le projet d'adaptation des infrastructures ne pourra augmenter le nombre de lits que de façon limitée. Même si des variations d'activité restent (épidémies automnales et hivernales), celles-ci sont moins flagrantes actuellement (le virus respiratoire syncytial est survenu en automne, alors qu'il est habituellement hivernal). Lors des pics d'activité, les ressources doivent être disponibles pour y faire face.

L'organisation actuelle des services prévoit un service national pour la pédiatrie spécialisée et des services de pédiatrie de proximité. La coordination entre les deux types de service doit être optimale afin d'éviter tout défaut de soins. Ainsi, il y a lieu de permettre aux services de pédiatrie de proximité de disposer d'un nombre de lits adapté aux besoins et de permettre aux centres hospitaliers de réaliser des projets d'adaptation y relatifs.

À la date du 1^{er} janvier 2019, le nombre de lits exploités (autorisés) dans les services de pédiatrie de proximité s'élève à 3 (3) au Centre hospitalier du Nord, à 6 (4) au Centre hospitalier Émile Mayrisch et à 13 (5) aux Hôpitaux Robert Schuman, ce qui correspond à un total de 22 (12) lits.

Le nombre de lits demandés par les centres hospitaliers pour les services de pédiatrie de proximité lors du renouvellement des autorisations d'exploitation au 1^{er} janvier 2024 s'élève à 3 pour le Centre hospitalier du Nord, à 10 pour le Centre hospitalier Émile Mayrisch et à 23 pour le Hôpitaux Robert Schuman, ce qui correspond à un total de 36 lits.

Il existe donc un besoin d'adaptation de 24 lits par rapport au nombre maximal défini dans l'annexe 2 qui s'élève actuellement à 12 lits.

Une marge de flexibilité de planification de 10 pour cent serait à considérer, ce qui donne un total de 40 lits pour la pédiatrie de proximité incluant la néonatalogie non intensive.

Lettre c)

Finally, it is planned to increase the maximum number of beds per service for the national service of juvenile psychiatry at Hôpitaux Robert Schuman. The evolution of the Luxembourgish demographic and the number of births in Luxembourg leads to an increase in cases requiring care in juvenile psychiatry. It is also necessary to take into account the important impact of the Covid-19 crisis on social development and the mental health of children and young people. In comparison with the foreign country, the canton of Zurich, in its estimation for 2032, foresees an increase of 45 per cent in specific psychiatric disorders in children and adolescents.

Actuellement, les Hôpitaux Robert Schuman exploitent 30 lits dans le service national de psychiatrie juvénile. Une demande anticipée d'autorisation pour 45 lits a été formulée. Étant donné que le nombre maximal de lits défini au niveau de l'annexe 2 est de 35 lits, il est proposé d'augmenter le nombre maximal de lits par service à 45.

Le libellé du point 3° ne soulève pas d'observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 10 octobre 2023.

Point 4° nouveau (point 4° initial et point 5° nouveau introduit par voie d'amendement gouvernemental) – annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 4° nouveau de l'article 2 nouveau (article 3 initial) du projet de loi tend à apporter des adaptations à l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Lettre a) nouvelle (point 4° initial)

Le point 4° initial de l'article sous rubrique prévoit une adaptation de l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018 aux besoins sanitaires nationaux par l'augmentation du nombre maximal de tomographies à émission de positrons (ci-après « PET-CT ») d'un à deux.

The total number of patients in Luxembourg who have recourse to the unique national PET-CT equipment at the National PET Centre (ci-après « CNPET ») has progressed in a spectacular manner from year to year, passing from 2 223 in 2010 and 4 348 in 2019 to 6 478 examinations in 2022 (Report on the activity of the CN PET 2021). This exponential evolution is in line with the prediction models of activity. In the same report, the current actual occupancy rate is described as being close to 100 per cent (up to 35 examinations per day), including certain Saturdays, when the target of 85 per cent occupancy rate is exceeded since 2019. All possible measures aimed at increasing the number of cases taken in charge are already being implemented, such as the extension of the maximum working hours of the staff, the optimization of the organization of examinations or the possibilities of optimization of the delivery of tracers. The taking in charge of patients for urgent indications (for example initial diagnostic of cancer or therapeutic adaptation during treatment of anticancer drugs) within a week at maximum is only possible thanks to the prioritization made by the doctors. Since 2019, it has been observed that there is a strong increase in the use of new tracers and indications, notably as a result of the reorganization of the specific laboratory of PET. As a result of this, the scientific committee accompanying the activities of the CN PET asks for the implementation of the measures mentioned above.

en place d'un deuxième équipement PET-CT afin de répondre aux besoins sanitaires croissants. Le renforcement des capacités du CN PET permettra d'augmenter les capacités du centre national et d'éviter ainsi de longs délais d'attente.

Le libellé du point 4° initial n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 10 octobre 2023.

Suite à l'insertion d'un point 5° nouveau par voie d'amendement gouvernemental et au vu des observations d'ordre légistique émises par le Conseil d'État dans son avis complémentaire du 5 décembre 2023, le point 4° initial devient la lettre a) nouvelle du point 4° nouveau.

Lettre b) nouvelle (point 5° nouveau inséré par voie d'amendement gouvernemental)

Les amendements gouvernementaux du 24 novembre 2023 entendent insérer dans l'article 2 nouveau (article 3 initial) un point 5° nouveau visant à apporter une autre modification à l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Afin de diminuer les délais d'attente existants qui ont augmenté progressivement à plus d'un an pour accéder à l'équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA et au vu de l'augmentation progressive de la population âgée, il est ainsi préconisé d'augmenter le nombre d'équipements DXA d'un à trois, tout en maintenant le statut d'équipement à planification nationale.

L'insertion du point 5° nouveau ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État dans son avis complémentaire du 5 décembre 2023 quant au fond. La Haute Corporation signale cependant, dans ses observations d'ordre légistique, qu'il est indiqué de regrouper les modifications qu'il s'agit d'apporter à plusieurs lignes d'une annexe sous un seul point, en reprenant chaque modification sous une lettre minuscule suivie d'une parenthèse fermante.

Les membres de la Commission ont décidé de réserver une suite favorable à cette recommandation. Partant, le point 5° nouveau devient la lettre b) nouvelle du point 4° nouveau.

Article 3 nouveau (article 4 initial)

L'article 4 initial devient l'article 3 nouveau.

L'article 3 nouveau (article 4 initial) prévoit que la loi future produira ses effets au 1^{er} janvier 2024.

Le libellé de l'article sous rubrique ne suscite aucune observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 10 octobre 2023 quant au fond. La Haute Corporation recommande pourtant, dans ses observations d'ordre légistique, de remplacer les termes « *produit ses effets au* » par ceux de « *entre en vigueur le* », au cas où la loi en projet serait adoptée avant la date du 1^{er} janvier 2024.

Étant donné que le projet de loi sera effectivement adopté avant la date du 1^{er} janvier 2024, les membres de la Commission ont décidé de suivre le Conseil d'État en remplaçant les termes « *produit ses effets au* » par ceux de « *entre en vigueur le* ».

*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale recommande à la Chambre des Députés d'adopter le projet de loi 8277 dans la teneur qui suit :

*

V. TEXTE PROPOSE PAR LA COMMISSION

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

Art. 1^{er}. Pour la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024, le Gouvernement est autorisé à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés, pour un montant qui ne peut pas dépasser 60 500 000 euros.

Ce montant correspond à la valeur de l'échelle mobile des salaires au 1^{er} avril 2023 de 921,40 points. Le montant est adapté en fonction de la variation de l'échelle précitée.

Art. 2. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1° À l'article 24, il est ajouté un nouveau paragraphe 3 libellé comme suit :

« (3) Pour assurer l'organisation des gardes et astreintes découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire est indemnisé, à charge du budget de l'État, sur base du nombre d'heures et des taux horaires visés aux alinéas 4, 5 et 6.

On entend par « garde », le temps de présence effective des médecins hospitaliers au sein des services hospitaliers concernés.

On entend par « astreinte », le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés.

En ce qui concerne les gardes, le nombre d'heures indemnisé est de vingt-quatre heures par jour de garde.

En ce qui concerne les astreintes, le nombre d'heures indemnisé est de treize heures allant de dix-huit le soir à sept heures le lendemain matin les jours ouvrables et de vingt-quatre heures les weekends et les jours fériés.

Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948. » ;

2° L'annexe 1 est modifiée comme suit :

a) Au point 2, le nombre « 670 » est remplacé par le nombre « 710 » ;

b) Au point 4, le nombre « 3.107 » est remplacé par le nombre « 3.147 ».

3° La lettre A de l'annexe 2 est modifiée comme suit :

a) À la rangée dénommée « Gériatrie aiguë », le nombre « 120 » est remplacé par le nombre « 195 » ;

b) À la rangée dénommée « Pédiatrie de proximité », le nombre « 12 » est remplacé par le nombre « 40 » ;

c) À la rangée dénommée « Psychiatrie juvénile », le nombre « 35 » est remplacé par le nombre « 45 ».

4° L'annexe 3 est modifiée comme suit :

a) Dans la ligne « Tomographe à émission de positrons », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 2 » ;

b) Dans la ligne « Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 3 ».

Art. 3. La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Luxembourg, le 13 décembre 2023

Le Président-Rapporteur,
Max HENGEL

03

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 13 décembre 2023

Ordre du jour :

1. 8277 Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'État à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés
- Rapporteur : Monsieur Max Hengel

- Présentation et adoption d'un projet de rapport
2. Présentation des volets « Santé » et « Sécurité sociale » de l'accord de coalition 2023-2028

- Continuation des travaux
3. Examen du programme de travail de la Commission européenne pour l'année 2024 (volets santé et sécurité sociale)
4. Divers

*

Présents : Mme Diane Adehm, M. Gilles Baum, M. François Bausch, M. Dan Biancalana, M. Jeff Boonen, M. Mars Di Bartolomeo, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, Mme Carole Hartmann, M. Max Hengel, Mme Françoise Kemp, M. Gérard Schockmel, Mme Alexandra Schoos, M. Marc Spautz

M. Sven Clement, observateur délégué

M. Ben Polidori, observateur

Mme Martine Deprez, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

M. Jean-Paul Freichel, M. Laurent Mertz, Mme Sonja Trierweiler, du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Mme Juliana D'Alimonte, de la Direction de la santé

Mme Dani Schumacher, du groupe parlementaire CSV

Mme Patricia Pommerell, de l'Administration parlementaire

Excusé : M. Marc Baum

*

Présidence : M. Max Hengel, Président de la Commission

*

1. 8277 Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'État à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

Monsieur Max Hengel (du groupe politique CSV), Président de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale et rapporteur du projet de loi sous rubrique, présente brièvement le projet de rapport relatif audit projet de loi.

Monsieur Mars Di Bartolomeo (du groupe politique LSAP) prend la parole pour rappeler que le projet de loi sous rubrique a été déposé et amendé par le gouvernement précédent. En revanche, et contrairement à des informations relayées dans la presse, le nouveau gouvernement n'a pas apporté d'améliorations au texte de loi.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale confirme cet état des choses et annonce son intention de présenter l'historique du projet de loi dans le cadre de son rapport oral.

Par la suite, un représentant du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale présente, à l'aide du diaporama repris en annexe, la synthèse des travaux du comité d'accompagnement et d'évaluation qui a été mis en place dans le cadre du projet pilote visant à régler le système national d'indemnisation des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés et qui fait l'objet d'une convention signée le 17 novembre 2022 entre l'État et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois.

L'orateur apporte les commentaires supplémentaires suivants :

- L'assemblée constituante du comité d'accompagnement et d'évaluation a eu lieu au mois de janvier 2023 et la dernière réunion s'est tenue en novembre 2023.
- Les modalités d'exécution de la convention du 17 novembre 2022 concernent notamment les modalités de paiement de l'indemnisation qui est versée à l'organisme gestionnaire pour être reversée aux médecins hospitaliers en raison de leur disponibilité médicale au sein des services hospitaliers mêmes ou sur appel, ceci sur base des gardes et astreintes effectivement prestées.
- Suite à l'adaptation du périmètre des gardes et astreintes indemnisées pour l'année 2024, le total du nombre de gardes s'élève désormais à 35 et celui des astreintes à 101. Par ligne nationale, on entend une ligne accordée par service national, comme par exemple pour le service de chirurgie maxillo-faciale situé à l'Hôpital Kirchberg. En outre, chaque

centre hospitalier s'est vu accorder des lignes supplémentaires, par exemple dans le service de réanimation et soins intensifs.

- Le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique est en cours de modification afin d'y inclure des astreintes supplémentaires, comme la disponibilité d'un médecin spécialiste en ophtalmologie auquel le médecin urgentiste peut faire appel.
- Alors que le comité d'accompagnement et d'évaluation n'a pas encore fixé les modalités et les critères de l'évaluation du projet pilote, il a d'ores et déjà jugé opportun de privilégier des critères qualitatifs par rapport à des critères quantitatifs. Les discussions sur cette question se poursuivront en 2024. À un stade ultérieur, il s'agit d'intégrer les critères qualitatifs retenus dans le règlement grand-ducal précité du 25 janvier 2019.
- Il a été possible de trouver un consensus sur le périmètre des gardes et astreintes pour 2024, et un avenant à la convention a été élaboré sur cette base. Alors que la traumatologie n'a pas encore pu être intégrée dans la convention, des réflexions sont en cours pour régler cette question au niveau d'un service national ou d'un réseau de compétences.

En réponse à une question de Monsieur Sven Clement (de la sensibilité politique Piraten) sur les critères qualitatifs de l'évaluation du projet pilote, le représentant du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale cite à titre d'exemple le délai d'intervention du médecin hospitalier appelé.

Madame Martine Deprez, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, précise encore que ses services pourront faire parvenir aux membres de la commission parlementaire les rapports du comité d'accompagnement et d'évaluation, si tel est le souhait de la commission.

*

Par la suite, les membres de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale procèdent au vote du projet de rapport qui est adopté à l'unanimité des membres présents.

2. Présentation des volets « Santé » et « Sécurité sociale » de l'accord de coalition 2023-2028

- Continuation des travaux

Après une brève introduction de Monsieur le Président de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale continue la présentation du volet « *Sécurité sociale* » de l'accord de coalition 2023-2028¹ à l'aide du diaporama repris en annexe (page 4 du diaporama).

¹ Voir les pages 101 à 103 de l'accord de coalition 2023-2028.

Sécurité sociale – Travail

Madame la Ministre apporte les commentaires supplémentaires suivants :

Le Gouvernement a l'intention de suivre l'évolution du taux d'absentéisme pour cause de maladie et de mener des actions de prévention à cette fin. Il est prévu de continuer l'analyse que l'Inspection générale de la sécurité sociale a effectuée à cet égard et qui a permis de constater que le taux d'absentéisme est passé de 3,7 à plus de 5 pour cent.

En ce qui concerne le reclassement professionnel, force est de constater que les décisions du Contrôle médical de la Sécurité sociale et celles du médecin du travail peuvent conduire à des avis médicaux contradictoires. Le Gouvernement entend prendre un certain nombre de mesures afin de remédier à ces incohérences. Il s'efforcera en outre de moderniser la médecine du travail et de définir plus clairement les missions du médecin du travail.

En outre, le ministère du Travail entend vérifier la cohérence des congés spéciaux existants, y inclus celle du congé pour raisons familiales qui relève de la compétence du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. Il est prévu de revoir les dispositions légales y afférentes afin de mieux répondre aux besoins réels d'accompagnement et d'encadrement des familles ayant des enfants porteurs d'une pathologie lourde ou oncologique.

*

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

En ce qui concerne l'évaluation des congés spéciaux existants, Monsieur Georges Engel (du groupe politique LSAP) se renseigne sur l'intention du Gouvernement d'introduire des jours de carence.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale précise dans sa réponse qu'une telle mesure n'est pas prévue par l'accord de coalition.

En outre, Monsieur Georges Engel rappelle que le gouvernement précédent avait l'intention de rattacher la médecine du travail au ministère du Travail, suivant ainsi la majorité des États membres de l'Union européenne. Il demande si le Gouvernement a l'intention de continuer à mener des réflexions dans ce sens.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale réplique que la question soulevée par l'orateur précédent n'a pas été abordée lors des négociations de coalition. Dans la mesure où il est prévu d'améliorer la coopération entre la médecine du travail et le Contrôle médical de la Sécurité sociale, elle juge préférable que les deux attributions relèvent d'un seul ministère. Si les discussions concluaient pourtant sur l'opportunité de procéder à un changement d'attribution de la médecine du travail, Madame la Ministre serait disposée à considérer cette possibilité.

*

Par la suite, Madame la Ministre procède à la présentation du volet « Santé » de l'accord de coalition 2023-2028² à l'aide du diaporama repris en annexe, en commençant par la partie relative à la prévention (page 5 du diaporama).

Santé – Prévention

Madame la Ministre apporte les commentaires supplémentaires suivants :

Le Gouvernement a l'intention de dresser un inventaire des programmes nationaux et des programmes de dépistage actuellement en place. Les différents programmes feront l'objet d'un contrôle de qualité et d'une analyse d'efficacité et seront prolongés en fonction des résultats de cette analyse.

En outre, l'accord de coalition propose d'introduire à partir de l'âge de trente ans une offre de bilans de santé réguliers chez le médecin généraliste ou le médecin référent. Or, les experts en la matière ont attiré l'attention sur le fait que l'introduction automatique de bilans de santé réguliers risque d'être très coûteuse et peu efficace. En revanche, il serait préférable de proposer des bilans de santé réguliers en fonction de l'état de santé du patient, en prévoyant par exemple un accompagnement régulier des personnes à risque d'obésité.

Enfin, le Gouvernement accordera une grande importance au développement de la médecine scolaire, qui a fait l'objet d'un audit dont les résultats seront publiés en janvier ou en février 2024.

*

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Monsieur Mars Di Bartolomeo se réfère au plan de lutte contre le tabagisme et regrette que la tendance à la baisse du nombre de fumeurs et notamment de jeunes fumeurs qui a pu être constatée à la suite des mesures législatives prises par les gouvernements précédents se soit inversée ces dernières années. Il se demande si le Gouvernement compte prendre des mesures supplémentaires à la suite de l'évaluation du plan de lutte contre le tabagisme. En outre, l'orateur fait remarquer que le prix des produits du tabac a connu une augmentation considérable en Belgique et en France et que le prix avantageux de ces produits au Luxembourg risque d'inciter les résidents étrangers à exporter des quantités importantes de produits du tabac vers leur pays de résidence. Cette pratique risque de perturber les relations avec nos pays limitrophes, non seulement au niveau du fisc, mais également au niveau des autorités sanitaires.

En guise de réponse, Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale annonce l'intention du Gouvernement d'adopter des modifications à la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac et propose de revenir sur la question de l'augmentation de la consommation de produits du tabac par les jeunes lors de la présentation du projet de loi en question. Madame la Ministre précise que l'accord de coalition est muet sur la question du prix du tabac et que, selon les experts de la Direction de la santé, une hausse du prix du tabac de l'ordre de 0,2 ou de 0,3 pour cent n'est pas forcément susceptible de réduire la consommation chez les jeunes. Elle estime que la question du prix du tabac pourrait faire l'objet d'une discussion dans le cadre de la modification de la loi

² Voir les pages 86 à 100 de l'accord de coalition 2023-2028.

précitée du 11 août 2006 et se dit disposée à en saisir le Conseil de gouvernement, le cas échéant.

La représentante de la Direction de la santé confirme que le nombre de jeunes fumeurs est en augmentation. Elle précise que la division de la médecine préventive de la Direction de la santé assure une coopération étroite avec les établissements scolaires et a l'intention de lancer des actions concrètes dans le cadre des programmes de prévention prévus par le pacte pour la jeunesse. En ce qui concerne le monde du travail, la Direction de la santé entend renforcer la coopération avec les médecins du travail et des interlocuteurs comme le Service de santé au travail multisectoriel afin de mettre en œuvre des programmes préventifs. Un projet pilote a d'ores et déjà été lancé en coopération avec le Centre hospitalier de Luxembourg, projet pilote dont il s'agit d'évaluer l'impact.

En réponse à une autre question de Monsieur Mars Di Bartolomeo, Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale précise que le nombre de programmes nationaux s'élève à 22 au moins, sachant qu'il existe des chevauchements entre certains programmes.

Monsieur Mars Di Bartolomeo reprend la parole pour souligner l'importance pour le Gouvernement de procéder à une évaluation et une adaptation régulières des programmes nationaux.

Madame Alexandra Schoos (*du groupe politique ADR*) demande des précisions sur la mise en œuvre pratique des bilans de santé réguliers afin d'inciter les patients visés à participer à une telle mesure de prévention.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale souligne que ses services ne disposent pas de données sur l'état de santé des assurés, étant donné qu'ils ne sont pas autorisés, pour des raisons de protection des données, à accéder aux actes remboursés par la Caisse nationale de santé (ci-après « CNS »). Il s'agit plutôt de sensibiliser les médecins généralistes et les médecins référents sur l'opportunité de proposer des actes de prévention spécifiques aux patients à risque de développer telle ou telle maladie. En effet, l'accord de coalition prévoit que le médecin généraliste et le médecin référent joueront un rôle décisif dans le cadre de la médecine préventive.

*

Par la suite, Madame la Ministre présente, à l'aide du diaporama repris en annexe, la partie de l'accord de coalition 2023-2028 relative au secteur hospitalier (page 6 du diaporama).

Santé – Secteur hospitalier

Madame la Ministre ajoute que les autorisations d'exploitation des établissements hospitaliers ont été prorogées pour une durée de deux ans. Pendant cette période, il est prévu de remettre sur le métier la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et d'améliorer notamment la planification à moyen et à long terme en fonction de l'évolution démographique.

*

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Monsieur Sven Clement estime que l'accord de coalition laisse une marge de manœuvre considérable au Gouvernement, de sorte que le secteur hospitalier risque de donner lieu à des discussions intenses dans les années à venir. L'orateur s'interroge plus particulièrement sur l'opportunité de créer une centrale nationale d'achat et de logistique, estimant que les achats centralisés effectués par l'État dans le secteur de la santé laissent à désirer en termes d'efficacité, comme l'ont montré les problèmes d'approvisionnement en cannabis médicinal ou l'acquisition de vaccins contre la Covid-19 au niveau de l'Union européenne.

Monsieur Mars Di Bartolomeo estime que les affirmations de l'accord de coalition sont contradictoires en ce qui concerne le rôle à jouer par les établissements hospitaliers. L'accord de coalition semble en effet préconiser un renforcement des hôpitaux qui, en même temps, sont censés se concentrer désormais sur les pathologies lourdes. Or, cette vision ne correspond pas à la réalité du terrain. Dans la mesure où ils disposent de plateaux médico-techniques à la pointe du progrès, les hôpitaux sont appelés à dispenser non seulement des traitements stationnaires, mais également des traitements ambulatoires sans nuitée, selon l'orateur.

Dans ce contexte, Monsieur Di Bartolomeo se renseigne sur l'intention du Gouvernement de modifier la loi du 29 juillet 2023 portant modification : 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ; 3° du Code de la sécurité sociale, qui est faussement appelée « *loi sur le virage ambulatoire* ». ³ L'orateur constate dans ce contexte que des réalités sont en train d'être créées par des acteurs privés sur le terrain, ceci plus particulièrement à Esch-sur-Alzette. Il souhaite savoir comment le Gouvernement entend réagir à cette situation dans le cadre de la modification prévue de la loi précitée du 29 juillet 2023, alors que cette loi a permis d'éviter une prolifération non contrôlée de centres médicaux privés. Selon l'orateur, une telle prolifération risque en effet d'affaiblir les établissements hospitaliers et de remettre en question le système de santé luxembourgeois, qui est basé sur les valeurs de solidarité, d'accessibilité universelle et d'équité de traitement.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est d'accord pour dire que la notion de « *virage ambulatoire* » n'est pas correcte pour désigner l'objet de la loi précitée du 29 juillet 2023. De manière générale, Madame la Ministre donne à considérer que le Gouvernement actuel n'est pas responsable de la situation qui se présente sur le terrain. Elle souligne que la création d'un centre médical privé à Esch-sur-Alzette est la conséquence de la situation au Potaschbiert où un centre médical avait installé un équipement d'imagerie par résonance magnétique, situation que la loi précitée du 29 juillet 2023 entendait régulariser. Or, le Centre médical Potaschbiert ne fonctionne aucunement dans le cadre du virage ambulatoire, mais fait désormais partie intégrante du Centre hospitalier de Luxembourg. À Esch-sur-Alzette, le Centre hospitalier Émile Mayrisch est en train de mener des discussions avec le nouvel acteur

³ Cette loi vise à régler les modalités pour l'autorisation de sites dédiés en dehors des murs des hôpitaux existants qui sont censés fonctionner sous forme d'antennes de services. En outre, elle crée une base légale permettant de réserver un certain nombre d'équipements et d'appareils dits « *lourds* » au milieu hospitalier en les intégrant dans l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018.

privé. À l'instar de son prédécesseur, Madame la Ministre n'a pas l'intention d'interférer dans ces négociations. Dans le contexte de la modification de la loi précitée du 8 mars 2018, il est prévu de créer un cadre susceptible de dissiper les craintes de ceux qui redoutent une prolifération non contrôlée de centres médicaux privés.

Monsieur Mars Di Bartolomeo reprend la parole pour préciser que le risque lié à une prolifération non contrôlée de centres médicaux privés est réel et qu'il s'agit d'éviter une situation comme celle de l'Allemagne où le secteur de la santé est de plus en plus dominé par les investisseurs institutionnels.

Dans sa réponse, Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale réitère qu'elle doit analyser les conséquences des décisions prises par le gouvernement précédent avant de créer, le cas échéant, un cadre juridique approprié.

Monsieur Dan Biancalana (*du groupe politique LSAP*) demande des précisions sur l'intention du Gouvernement de revoir les modalités sur le financement, la gestion et la gouvernance des établissements hospitaliers.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale réplique qu'actuellement un budget est mis à la disposition des établissements hospitaliers dont l'exécution est contrôlée par le service du Commissaire du Gouvernement aux hôpitaux. Or, cette façon de procéder a été critiquée dans le cadre des négociations de coalition pour manquer de transparence. Il est donc prévu d'améliorer la transparence au niveau de l'élaboration et de l'exécution du budget. En ce qui concerne la gouvernance, il s'agit d'établir des critères afin d'améliorer la qualité du rendement des conseils d'administration des établissements hospitaliers et de faire en sorte que les patients soient représentés au sein de ces derniers.

*

Par la suite, Madame la Ministre présente, à l'aide du diaporama repris en annexe, la partie de l'accord de coalition 2023-2028 relative à la médecine extrahospitalière (page 7 du diaporama).

Santé – Médecine extrahospitalière

Madame la Ministre apporte les commentaires supplémentaires suivants :

Le Gouvernement a l'intention de promouvoir le concept du médecin référent et de faire en sorte que les autres acteurs impliqués dans la prise en charge du patient communiquent à celui-ci les données de santé nécessaires.

Ensuite, le Gouvernement entend créer des incitations à la promotion des cabinets de groupe ainsi qu'un cadre juridique pour les sociétés de médecins. En ce qui concerne cette dernière question, Madame la Ministre renvoie au projet de loi 8013 portant modification : 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ; 2° de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ; 3° de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute, qui avait été déposé en date du 30 mai 2022. Il a été décidé de retirer ce projet de loi du

rôle des affaires et de lancer une nouvelle consultation, étant donné que les dispositions du texte de loi déposé ne sont pas applicables telles quelles.

Madame la Ministre revient ensuite sur la loi précitée du 29 juillet 2023, appelée faussement « *loi sur le virage ambulatoire* », qui propose de dédier des sites hospitaliers supplémentaires aux services de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale et d'oncologie. Or, toutes ces possibilités n'ont pas encore été utilisées par les acteurs du terrain, d'où l'opportunité de réexaminer ladite loi en coopération avec les parties prenantes.

Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires en zone rurale, l'accord de coalition se prononce en faveur de l'ouverture d'une maison médicale de garde dans la région Est et d'une deuxième maison médicale dans la région Nord du pays. Or, les acteurs du terrain ont signalé des difficultés concernant l'ouverture de maisons médicales supplémentaires au vu de la pénurie de médecins et d'autres professionnels de santé. Partant, Madame la Ministre propose de considérer également des alternatives, comme la création de cabinets pluridisciplinaires avec des horaires d'ouverture élargis.

Ensuite, le Gouvernement a l'intention d'effectuer une analyse détaillée du système des services d'urgence et des polycliniques dans les hôpitaux et d'adapter ce système en fonction des réalités sur le terrain.

Il est encore prévu de développer un concept cohérent pour l'hospitalisation à domicile, notamment dans le domaine de l'oncologie, des grossesses à risque et du suivi post-opératoire. À l'instar des maisons médicales de garde, il convient de prendre en compte la démographie médicale lors de la mise en œuvre de ce projet. En ce qui concerne plus particulièrement les personnes âgées, il est proposé que la rééducation gériatrique post-hospitalière puisse être dispensée en dehors de l'hôpital.

Enfin, Madame la Ministre précise que le Conseil scientifique du domaine de la santé a d'ores et déjà émis des recommandations relatives à la création d'une maison de naissance assorties de critères précis, dont notamment la proximité d'un hôpital aigu afin d'assurer une prise en charge en cas d'urgence.

*

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Monsieur Mars Di Bartolomeo estime qu'il y a plusieurs raisons pour lesquelles l'introduction du concept de médecin référent n'a pas rencontré le succès escompté, dont notamment la position adoptée par les parties prenantes au sein de la CNS qui considèrent le médecin référent soit comme un facteur de coût, soit comme une sorte de *gatekeeper*. De manière générale, l'orateur exprime son soutien aux efforts du Gouvernement visant à renforcer le rôle du médecin référent et du médecin généraliste.

Monsieur Jeff Boonen (du groupe politique CSV) souligne à son tour l'importance qui revient au médecin référent et au médecin généraliste. Il estime qu'il faut prendre les mesures nécessaires dans le cadre des études spécialisées en médecine générale qui sont proposées par l'Université du Luxembourg pour faire en sorte que les futurs médecins généralistes soient outillés pour jouer le rôle qui leur est dévolu. Il convient également de

sensibiliser les patients dont l'approche par rapport au médecin généraliste a changé dans l'ère numérique.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale précise à cet égard que les médecins généralistes nouvellement diplômés sont conscients du rôle de premier ordre qui leur revient dans le système de santé luxembourgeois.

Monsieur Mars Di Bartolomeo se réfère ensuite aux propos de Madame la Ministre au sujet des maisons médicales et constate que le nouveau gouvernement semble avoir reconnu les difficultés auxquelles se heurtaient les gouvernements précédents. En ce qui concerne le projet de loi 8013 sur l'exercice en société, il exprime le souhait que le concept des sociétés commerciales à la base de ce projet soit reconsidéré.

En guise de réponse, Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale rappelle que les sociétés visées par le projet de loi 8013 sont inspirées des sociétés d'avocats qui prennent la forme d'une société commerciale tout en conservant leur nature civile. Elle juge peu approprié de prévoir la possibilité de constituer une société sous la forme d'une société commerciale dans le domaine de la santé. En outre, le projet de loi 8013 prévoit la possibilité pour les médecins et les médecins-dentistes visés par la loi précitée du 29 avril 1983 de s'associer avec les professionnels de santé visés par la loi précitée du 26 mars 1992 ainsi qu'avec les psychothérapeutes visés par la loi précitée du 14 juillet 2015. Madame la Ministre juge dès lors nécessaire de créer une nouvelle forme de société, à savoir une société de professions de santé, en s'inspirant des exemples qui existent à l'étranger. Il convient de relancer les discussions avec les acteurs du terrain afin de connaître le but concret de leurs revendications, sachant qu'il existe d'ores et déjà des associations de fait qui sont réglées par une convention.

Monsieur Gérard Schockmel (du groupe politique DP) juge important d'éviter tout conflit d'intérêt lors de la création de sociétés de médecins. En effet, un médecin ayant une participation financière dans une société exploitant par exemple un laboratoire ou un équipement de radiologie participe au profit généré par cette activité lorsqu'il prescrit une analyse médicale ou un examen de radiologie. Afin d'éviter une telle situation, l'orateur se prononce pour une stricte séparation entre le médecin traitant qui prescrit des actes médicaux et les exploitants d'un laboratoire d'analyses médicales ou d'un équipement de radiologie. En outre, il faut éviter que le médecin traitant et prescripteur soit mis sous pression pour créer un revenu, comme c'est le cas dans certaines cliniques privées en Allemagne où le médecin est évalué sur son chiffre d'affaires, ce qui pourrait l'amener à prescrire des actes non nécessaires. Dans le cas idéal, le médecin travaillant dans une société de médecins doit continuer à pouvoir facturer directement ses actes avec la CNS, même s'il participe, le cas échéant, au financement des frais de loyer et de secrétariat de la société. De même, il faudrait assurer que le loyer imputé au médecin traitant reste raisonnable, par exemple en exigeant que le loyer reste 5 pour cent en dessous du prix du marché. De façon générale, le texte de loi devra assurer que le médecin traitant soit exempt de toute sorte de pression directe ou indirecte.

Monsieur Mars Di Bartolomeo exprime son soutien à la position exprimée par l'orateur précédent.

Madame Carole Hartmann (du groupe politique DP) renvoie à la motion sur la promotion du secteur extrahospitalier qui a été adoptée lors du vote du projet

de loi 8009 devenu la loi précitée du 29 juillet 2023. Cette motion invite le Gouvernement à « mener une étude approfondie et sans préjugés sur la possibilité de permettre la réalisation de mammographies dans les cabinets des médecins, ainsi que son potentiel pour raccourcir les délais d'attente pour les femmes ayant besoin d'une mammographie tout en garantissant la qualité et la pertinence des examens, en vue d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge plus rapide des pathologies, et à présenter les résultats à la Chambre des Députés ». L'oratrice souligne l'importance qu'elle continue à accorder à cette question, même si l'établissement hospitalier ayant annoncé un délai d'attente de dix-huit mois pour les cas non urgents a pu ramener ce délai à douze mois et que le parc d'équipements de mammographie a été renouvelé et élargi par la suite.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale réplique que son prédécesseur a mis en place un dispositif visant à garantir que les personnes nécessitant une mammographie de diagnostic obtiennent rapidement un rendez-vous après qu'une suspicion a été établie. Un autre dispositif a été mis en place pour les patientes amenées à réaliser une mammographie de dépistage en dehors du programme national de dépistage du cancer du sein grâce à la mise à disposition de plages horaires non utilisées. Toutes ces mesures prises par le gouvernement précédent ont permis de réduire les délais d'attente pour une mammographie. Cela étant dit, il reste à étudier la faisabilité d'installer un équipement de mammographie dans un cabinet médical.

La représentante de la Direction de la santé ajoute qu'une nouvelle procédure a été lancée en octobre dernier en coopération avec les quatre centres hospitaliers, qui inclut la mise en place d'une nouvelle ligne téléphonique et d'une nouvelle adresse électronique ainsi qu'une fiche à remplir par le médecin généraliste ou le gynécologue. Grâce à cette procédure accélérée, les patientes obtiennent au bout de quelques jours un rendez-vous pour une mammographie en cas de suspicion de cancer. En outre, il s'agit d'encourager un maximum de femmes âgées de cinquante à soixante-dix ans à participer au programme national de dépistage. En effet, un grand nombre de femmes invitées à participer à ce programme choisissent de ne pas prendre un rendez-vous ou de ne pas honorer le rendez-vous pris. De surcroît, il est prévu d'ouvrir le programme national de dépistage aux femmes à partir de l'âge de quarante-cinq ans.

En ce qui concerne la faisabilité d'installer un équipement de mammographie dans un cabinet médical, l'oratrice donne à considérer qu'il faut également disposer de personnel spécialisé en imagerie médicale, et notamment de radiologues qui sont en mesure d'interpréter correctement les résultats d'une mammographie. En outre, afin d'assurer la qualité du dépistage, les cabinets médicaux autorisés à exploiter un équipement de mammographie devraient être en mesure d'alimenter correctement le Registre national du cancer.

En ce qui concerne les maisons de naissance, Monsieur Sven Clement se réfère aux discussions qui ont lieu sur cette question et aux arguments avancés par plusieurs Députés de la majorité actuelle qui ont estimé que la sécurité des femmes accouchant dans une maison de naissance ne peut pas être garantie. En même temps, l'accord de coalition 2023-2028 compte les grossesses à risque parmi les domaines utiles pour l'hospitalisation à domicile. L'orateur constate une incohérence à cet égard.

Monsieur Gérard Schockmel juge évident que certains critères médicaux doivent être remplis pour pouvoir accoucher dans une maison de naissance et qu'une femme qui subit une grossesse à risque ne peut pas y accoucher.

Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale précise à cet égard que les maisons de naissance sont réservées à l'accouchement, alors que les femmes subissant une grossesse à risque sont en état de grossesse et soumises à un traitement médical spécifique (comme l'alitement). Or, une hospitalisation n'est pas forcément nécessaire et peu indiquée d'un point de vue psychologique en cas de grossesse à risque, à condition que les soins de santé nécessaires puissent être prodigués à domicile, d'où l'opportunité de mettre en place un dispositif spécifique.

*

Faute de temps, il est convenu de continuer la présentation du volet « Santé » de l'accord de coalition 2023-2028 lors de la prochaine réunion de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale qui se tiendra le 20 décembre 2023.

3. Examen du programme de travail de la Commission européenne pour l'année 2024 (volets santé et sécurité sociale)

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale se réfère à un courrier de Monsieur le Président de la Chambre des Députés en date du 7 décembre 2023, par lequel les présidents des différentes commissions parlementaires sont invités à mettre à l'ordre du jour d'une prochaine réunion le programme de travail de la Commission européenne pour l'année 2024, et ceci avant le 18 décembre 2023. Il s'est pourtant avéré par la suite que l'examen du programme de travail de la Commission européenne pourra être reporté au mois de janvier 2024. Monsieur le Président de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale invite dès lors les membres de la commission parlementaire à étudier les documents diffusés le 11 décembre 2023⁴ en vue d'une prochaine réunion qui aura lieu dans le courant du mois de janvier 2024.

4. Divers

Aucun point divers n'est abordé.

Procès-verbal approuvé et certifié exact

⁴ Courrier n°302923

Indemnisation des gardes et astreintes hospitalières

SYNTHÈSE DES TRAVAUX DU COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET
D'ÉVALUATION DU PROJET PILOTE (CONVENTION ETAT-FHL DU 17
NOVEMBRE 2022)

Comité d'accompagnement et d'évaluation

Composition:

- deux représentants du ministère de la Santé
- un représentant de la Direction de la Santé, médecin
- un représentant de la FHL
- 4 représentants des centres hospitaliers
- 4 représentants des conseils médicaux
- 1 représentant des établissements hospitaliers spécialisés
- Invités permanents: AMMD, MSH

Nombre de réunions en 2023: 7

Comité d'accompagnement et d'évaluation (2)

Le comité d'accompagnement et d'évaluation a traité les points suivants:

- Modalités d'exécution de la convention du 17.11.2022
- Adaptation du périmètre pour 2024 des gardes et astreintes indemnisées: + 5 gardes et + 16 astreintes (lignes nationales respectivement par centre hospitalier)
- Adaptations des textes législatif et réglementaire pour constituer les bases de financement (PL 8277) et pour tenir compte de l'évolution du périmètre (projet de RGD modifiant le RGD du 25 janvier 2019 (normes service d'urgences))
- Avenants à la convention pour 2023 et 2024
- Modalités/critères d'évaluation du projet pilote
- Règlement d'ordre interne

Comité d'accompagnement et d'évaluation (3)

Conclusions et suite des travaux :

- Accord consensuel sur le périmètre retenu pour 2024
- Critères d'évaluation du projet pilote: pas d'indicateurs définitifs - continuation des réflexions en 2024
- Poursuite des activités du comité pendant l'année 2024 sur base de la convention à renouveler par avenant pour le nouvel exercice budgétaire



L'accord de coalition Santé et Sécurité sociale



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

Sécurité sociale-Assurance pension



- Prise de conscience de la nécessité d’ajustements ponctuels, voire structurels
- Remettre en avant l’agencement des trois piliers comme possibilité de réaménager l’esprit de couverture
- Modifications ponctuelles pour améliorer la couverture des conditions d’ouverture pour certaines catégories d’assurés
- Dispositions anti-cumul à revoir notamment dans le cadre des pensionnés de statut indépendant
- Revoir l’affiliation des assurés de statut “conjoint aidant”

Sécurité sociale-CNS et assurance maladie/dépendance



- Gouvernance, fonctionnement et financement de la CNS à évaluer
- Équilibre recettes-dépenses à surveiller et le cas échéant à adapter dans un sens de durabilité (moyen terme)
- Révision et adaptation continue de la nomenclature des actes, procédure à adapter le cas échéant
- Cas de rigueur 78 semaines à définir
- Couverture universelle (accès aux soins de santé pour tous)
- Possibilité de reconnaissance de thérapies non conventionnelles à analyser
- Ajuster voire intégrer un certain nombre de prestations non prévues par les dispositions en vigueur dans le cadre de l'assurance dépendance

Sécurité sociale – Travail



- Suivi des taux d'absentéisme et actions de prévention conséquentes
- Évaluer les procédures de reclassement notamment à la lumière des décisions du Contrôle médical et de la médecine du travail
- Congés
 - Cohérence, harmonisation des procédures
 - Congé pour raisons familiales (pathologie lourde/oncologique)
 - Congés spéciaux nouveaux (fausse-couche, enfant mort-né, naissance prématurée suivie d'un décès)
- Médecine du travail à évaluer

Santé-Prévention



- Programmes de dépistage
- Programmes nationaux
- Bilans de santé réguliers
- Autotests de dépistage
- Médecine scolaire

Santé-Secteur hospitalier



- Loi hospitalière à adapter en vue d'une planification à moyen voire long terme (y compris les services nationaux à co-gestion évt et les services urgences)
- Financement, gestion et gouvernance à revoir
- Financement à l'activité à analyser (notamment pour les services ambulatoires)
- Introduction en procédure législative du projet de loi CNAL (Centrale nationale d'achat et de logistique)

Santé-Médecine extra-hospitalière



- Médecin référent (meilleure promotion)
- Cabinets médicaux, cabinets de groupe, sociétés de médecin
- Reprise du dossier dit “virage ambulatoire” dans une perspective extrahospitalière
- Nouvelles maisons de garde médicale (alternatives: cabinets de groupe à horaires étendus)
- Urgences et polycliniques
- Hospitalisation à domicile (oncologie, grossesse à risque, suivi post-opératoire)
- Mise en place d’un concept “out of hospital” (hébergement personnes âgées)
- Télémédecine
- Maison de naissance

Santé-Formation et professions de santé



- Healthcareers - Loi du 26 mars 1992 à adapter
- Spécialisations supplémentaires (uni.lu)
 - Master en médecine après évaluation du Bachelor mis en place
 - Infirmières spécialisées (évaluation des cursus existants et analyse de la possibilité d'introduction de nouveaux cursus)
- Médecins en voie de spécialisation (statut unique?)
- Formation continue obligatoire et certification
- Réglementer la profession de psychologue
- Révision de la loi réglementant la profession de psychothérapeute

Santé-Santé mentale



- Plan national santé mentale (sommaire)
 - renforcer le bien-être et la santé mentale
 - réduire la stigmatisation
 - développer la formation des professionnels
 - priorisations des actions du plan
- Accès aux soins psychiatriques pour tous
 - Infrastructures y dédiées à promouvoir et mettre en place voire étendre

Santé-Digitalisation



- Dossier médical individuel électronique
 - Sur base de données structurées disponibles en temps réel
- Initiatives à coordonner i.e. stratégie digitale à mettre en place (DSP, PID, HISL, ...)
- Interopérabilité des bases de données structurées nationales

Santé-Médicaments



- Procédure législative “Agence des médicaments” à finaliser
- Augmentation du nombre de pharmacies
- Renforcement du rôle de “conseiller pharmaceutique”
- Eviter des pénuries de médicaments (voir CNAL)

Santé-Leçons COVID



- Loi “pandémie” à élaborer
- Généraliser la possibilité de se faire vacciner de façon éclairée à partir de 16 ans (12 à 15 ans consentement d’un seul des deux parents)
- Stock de matériel/médicaments à mettre en place (voir CNAL)

Santé-Autres non catégorisés



- Loi “cannabis à usage personnel” à maintenir et observer l’évolution du dossier dans les pays voisins
- Maladies infectieuses
 - Un infectiologue par établissement hospitalier
 - Meilleure prévention des infections nosocomiales par des formations spécifiques des infirmiers spécialisés
- Maladies rares
 - Meilleure sensibilisation et mise en place systématique d’une détection précoce
 - Donner un statut aux maladies de longue durée

Santé-Sujets en relation avec les droits des patients



- Analyse de l'opportunité et de la faisabilité d'un fonds public d'indemnisation d'aléas thérapeutiques
- Procréation médicalement assistée
- Respect des identités non binaires
- Interdictions à émettre (thérapies de conversion et établissement de certificats de virginité)
- Droit à l'oubli à évaluer dans le sens où d'autres maladies sont à inclure
- Accès au don de sang indépendant de l'orientation sexuelle
- Accès aux soins palliatifs dans un environnement familial ou en établissement spécialisé
- Promotion de la directive anticipée et la nomination d'une personne de confiance
- Accès et information concernant les possibilités de recours à l'euthanasie à améliorer

Merci ...



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

- et au plaisir d'entendre vos suggestions/questions
- NB: Il existe des éléments relevant des départements Santé et Sécurité sociale dans d'autres chapitres qui seront examinés en collaboration avec les autres ministères concernés!

Bulletin de vote n°7 - Projet de loi N°8277

Date: 19/12/2023 18:12:04

Scrutin: 7

Président: M. Wiseler Claude

Vote: PL 8277 - Gardes et astreintes

Secrétaire Général: M. Scheeck Laurent

Description: Projet de loi N°8277

	Oui	Abst	Non	Total
Présents:	54	0	0	54
Procurations:	6	0	0	6
Total:	60	0	0	60

Nom du député	Vote	(Procuration)	Nom du député	Vote	(Procuration)
---------------	------	---------------	---------------	------	---------------

CSV

Adehm Diane	Oui		Arendt épouse Kemp Nancy	Oui	
Bauer Maurice	Oui		Boonen Jeff	Oui	
Donnersbach Alex	Oui		Eicher Emile	Oui	
Eischen Félix	Oui	(Arendt épouse Kemp Nancy)	Galles Paul	Oui	(Lies Marc)
Hansen Christophe	Oui		Hengel Max	Oui	
Kemp Françoise	Oui		Lies Marc	Oui	
Modert Octavie	Oui		Morgenthaler Nathalie	Oui	
Mosar Laurent	Oui		Spautz Marc	Oui	
Weiler Charel	Oui		Weydert Stéphanie	Oui	
Wiseler Claude	Oui		Wolter Michel	Oui	(Spautz Marc)
Zeimet Laurent	Oui				

DP

Agostino Barbara	Oui	(Graas Gusty)	Arendt Guy	Oui	
Bauler André	Oui		Baum Gilles	Oui	
Beissel Simone	Oui		Cahen Corinne	Oui	
Emering Luc	Oui	(Cahen Corinne)	Etgen Fernand	Oui	
Goldschmidt Patrick	Oui		Graas Gusty	Oui	
Hartmann Carole	Oui		Minella Mandy	Oui	
Polfer Lydie	Oui		Schockmel Gérard	Oui	

LSAP

Biancalana Dan	Oui		Bofferding Taina	Oui	
Braz Liz	Oui		Closener Francine	Oui	
Cruchten Yves	Oui		Delcourt Claire	Oui	
Di Bartolomeo Mars	Oui	(Cruchten Yves)	Engel Georges	Oui	
Fayot Franz	Oui		Haagen Claude	Oui	
Lenert Paulette	Oui				

ADR

Engelen Jeff	Oui		Kartheiser Fernand	Oui	
Keup Fred	Oui		Schoos Alexandra	Oui	
Weidig Tom	Oui				

déi gréng

Bausch François	Oui		Sehovic Meris	Oui	
Tanson Sam	Oui		Welfring Joëlle	Oui	

Date: 19/12/2023 18:12:04

Scrutin: 7

Président: M. Wiseler Claude

Vote: PL 8277 - Gardes et astreintes

Secrétaire Général: M. Scheeck Laurent

Description: Projet de loi N°8277

	Oui	Abst	Non	Total
Présents:	54	0	0	54
Procurations:	6	0	0	6
Total:	60	0	0	60

Nom du député	Vote (Procuration)	Nom du député	Vote (Procuration)
---------------	--------------------	---------------	--------------------

Piraten

Clement Sven	Oui	Goergen Marc	Oui
Polidori Ben	Oui		

DÉI LÉNK

Baum Marc	Oui	Wagner David	Oui
-----------	-----	--------------	-----

Le Président:

Le Secrétaire Général:

Texte voté - Projet de loi N°8277

N° 8277

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'État à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

*

Art. 1^{er}. Pour la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024, le Gouvernement est autorisé à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés, pour un montant qui ne peut pas dépasser 60 500 000 euros.

Ce montant correspond à la valeur de l'échelle mobile des salaires au 1^{er} avril 2023 de 921,40 points. Le montant est adapté en fonction de la variation de l'échelle précitée.

Art. 2. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1° À l'article 24, il est ajouté un nouveau paragraphe 3 libellé comme suit :

« (3) Pour assurer l'organisation des gardes et astreintes découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire est indemnisé, à charge du budget de l'État, sur base du nombre d'heures et des taux horaires visés aux alinéas 4, 5 et 6.

On entend par « garde », le temps de présence effective des médecins hospitaliers au sein des services hospitaliers concernés.

On entend par « astreinte », le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés.

En ce qui concerne les gardes, le nombre d'heures indemnisé est de vingt-quatre heures par jour de garde.

En ce qui concerne les astreintes, le nombre d'heures indemnisé est de treize heures allant de dix-huit le soir à sept heures le lendemain matin les jours ouvrables et de vingt-quatre heures les weekends et les jours fériés.

Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948. » ;

2° L'annexe 1 est modifiée comme suit :

- a) Au point 2, le nombre « 670 » est remplacé par le nombre « 710 » ;
- b) Au point 4, le nombre « 3.107 » est remplacé par le nombre « 3.147 ».

3° La lettre A de l'annexe 2 est modifiée comme suit :

- a) À la rangée dénommée « Gériatrie aiguë », le nombre « 120 » est remplacé par le nombre « 195 » ;
- b) À la rangée dénommée « Pédiatrie de proximité », le nombre « 12 » est remplacé par le nombre « 40 » ;
- c) À la rangée dénommée « Psychiatrie juvénile », le nombre « 35 » est remplacé par le nombre « 45 ».

4° L'annexe 3 est modifiée comme suit :

- a) Dans la ligne « Tomographe à émission de positrons », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 2 » ;
- b) Dans la ligne « Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 3 ».

Art. 3. La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Projet de loi adopté par la Chambre des Députés
en sa séance publique du 19 décembre 2023

Le Secrétaire général,

s. Laurent Scheeck

Le Président,

s. Claude Wiseler

8277/10

N° 8277¹⁰

CHAMBRE DES DEPUTES

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

* * *

AVIS DE LA CHAMBRE DE COMMERCE

(15.12.2023)

Le projet de loi sous avis (ci-après le « Projet ») a pour objet d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et de modifier la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (ci-après la « loi modifiée du 8 mars 2018 »).

En bref

- Au vu de la situation précaire de l'assurance maladie-maternité, la Chambre de Commerce en appelle à la responsabilité du gouvernement de respecter les principes d'une gestion financière saine et prudente.
- Elle s'étonne de l'absence d'un mécanisme anti-cumul entre les montants d'indemnisation respectifs et les honoraires découlant des actes prestés et les éventuelles majorations des services prestés de nuit, les dimanches et jours fériés.
- Elle demande aux auteurs de clarifier dans quelle mesure les adaptations du Projet sous avis sont conformes au mécanisme de planification actuellement en place, basé sur la carte sanitaire.
- La Chambre de Commerce ne peut pas approuver le projet de loi sous avis et demande que le projet de loi soit modifié selon les propositions faites dans le présent avis.

*

REMARQUE PREALABLE

A la lecture du dossier parlementaire sur le site internet de la Chambre des députés, il apparaît que le Collège médical et la Chambre des Salariés ont été saisis pour avis. Tout comme le Conseil d'Etat dans son premier avis sur le Projet en date du 10 octobre 2023, la Chambre de Commerce s'étonne d'un processus de consultation incomplet et peu transparent.

Au regard de l'importance de ce Projet pour l'avenir du système de soins de santé et de ses répercussions sur les finances publiques et l'équilibre financier des organismes de sécurité sociale, la Chambre de Commerce estime utile et nécessaire de s'autosaisir et de prendre position.

*

CONSIDERATIONS GENERALES

Comme expliqué dans l'exposé des motifs, le Projet sous avis vise à créer un cadre légal afin d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés, en modifiant l'article 24 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et cela en conformité avec l'article 117, paragraphe 3 de la Constitution, vu que le montant de la dépense (60.500.000 euros) dépasse le seuil de 60.000.000 euros prévu par l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat.

Le financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers s'inscrit actuellement dans le cadre d'une convention entre l'Etat du Grand-Duché du Luxembourg et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (ci-après « FHL »), visant la mise en place d'un projet pilote d'indemnisation nationale pour les gardes sur place et les astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et certains établissements spécialisés.

Par ailleurs, en vue de « remédier immédiatement aux besoins sanitaires », le Projet prévoit d'apporter des modifications aux annexes 1, 2 et 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018. L'objectif est de modifier le nombre maximal autorisé de lits pour les services de gériatrie aiguë, de pédiatrie de proximité et de psychiatrie juvénile (annexes 1 et 2) et d'augmenter le nombre des appareils soumis à planification nationale (annexe 3).

*

CONTEXTE DU PROJET

La loi du 8 mars 2018¹ oblige les médecins agréés ou salariés des établissements hospitaliers à prêter des gardes et astreintes, sous peine de sanctions pénales à leur encontre. Suite à cela, l'Association des médecins et médecins dentistes (ci-après, « AMMD ») a réclamé un financement pour ces prestations.

Dans ce contexte, une convention a été signée entre l'Etat du Grand-Duché, représenté par la ministre de la Santé de l'époque et la FHL (mais sans l'AMMD), visant la mise en place d'un projet pilote d'indemnisation nationale pour les gardes sur place et astreintes. Cette convention répond aux obligations découlant du cadre légal et réglementaire en vigueur qui oblige les établissements hospitaliers respectifs, d'une part, à assurer la continuité de service, via la garde sur place, et de l'autre, à assurer un service médical de garde, via les astreintes d'appel. L'argument mis en avant était la valorisation de la médecine hospitalière et la mise en place d'une indemnisation de la prestation médicale en milieu hospitalier, tant pour les gardes sur place que pour les astreintes.

La fixation de l'entrée en vigueur du Projet à la date du 1^{er} janvier 2024 s'explique par le fait que ladite convention prend fin le 31 décembre 2023.

Pour une planification financière solide et soutenable

Afin d'aboutir à un accord politique, le Gouvernement – réuni en conseil le 7 juillet 2023 – a décidé de limiter le financement de gardes et astreintes à un an, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024. Sur cette période, le montant est de maximum 60.500.000 euros. Pour les années postérieures à 2024, le montant maximal mobilisable devra être fixé ultérieurement.

Au vu de ce montant et alors que la hausse des dépenses des soins hospitaliers en 2023 est estimée à +20,9% par rapport à 2020², **la Chambre de Commerce en appelle au gouvernement à mener une discussion ouverte et transparente sur la façon de procéder, incluant l'ensemble des parties prenantes, y compris les Chambres professionnelles.** Le contexte géopolitique incertain et les récentes estimations macro-économiques du STATEC, plus pessimistes que celles utilisées pour établir

¹ Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

² Cf. IGSS, *Rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité en vue de la réunion du comité quadripartite en date du 19 octobre 2022*, 2022.

le budget 2024, tablent sur une récession pour 2023.³ Cette situation risque d'impacter directement les recettes de l'assurance maladie-maternité, sachant que l'équilibre financier est déjà précaire du fait d'une croissance plus importante des dépenses que des recettes. A titre d'exemple, les dépenses pour les soins hospitaliers en 2024 atteindront 1.413,9 millions d'euros, soit une hausse de 4% par rapport à 2023. Or, il ressort du rapport de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité d'octobre 2023, établi en vue de la réunion du comité quadripartite en date du 8 novembre 2023⁴, que les dépenses prévues pour 2024 n'incluent pas les coûts relatifs au temps de présence effective et de disponibilité du médecin hospitalier qui seront pris en charge par l'Etat.

Afin d'assurer la soutenabilité du système de santé et d'éviter toute hausse des cotisations sociales, la Chambre de Commerce invite les instances compétentes à effectuer une analyse détaillée de l'ensemble des recettes et des dépenses. Elle invite également les auteurs du Projet à préciser quel mécanisme sera mis en place, au cas où les 60.500.000 euros prévus seraient insuffisants et à éviter tout transfert de charges vers l'assurance maladie-maternité, dans une situation déjà précaire. Dans ce sens, la Caisse nationale de santé (CNS) soulignait dès 2021 l'« *impératif de contenir l'évolution des dépenses existantes [de l'assurance maladie-maternité] qui ne doivent pas croître plus vite que les recettes. C'est par ce biais que de nouvelles prestations peuvent être financées dans le cadre de l'utile et du nécessaire et qu'un accès à des soins de qualité peut être garanti dans un environnement plus contraignant* ».⁵

Dans le Projet sous avis, les montants d'indemnisation respectifs s'ajoutent, sans limites, au paiement des honoraires découlant des actes prestés et aux éventuelles majorations pour les services prestés de nuit, les dimanches et jour fériés. **La Chambre de Commerce s'étonne de l'absence d'un mécanisme anti-cumul. Dans le Projet sous avis, les montants d'indemnisation respectifs viennent s'ajouter sans limites au paiement des honoraires découlant des actes prestés et aux éventuelles majorations des services prestés de nuit, les dimanches et jours fériés. Il incombe aux décideurs d'évaluer si le risque systémique basé sur une politique d'indemnisation sans garde-fous pourra être maintenu en 2024 et au-delà.** A ses yeux, il est évident que le seul fait de vouloir résoudre le problème de pénurie de médecins hospitaliers par des indemnisations exorbitantes n'est plus une voie à suivre. Dans ce cadre, une volonté politique de faire respecter les principes d'une gestion financière saine et prudente s'impose. Par ailleurs, elle plaide pour l'intégration des discussions et décisions futures dans une approche concertée, prenant en considération les dépenses liées au développement du volet hospitalier, mais aussi extrahospitalier.

Pour une planification hospitalière fiable

La carte sanitaire est un rapport qui dresse un état des lieux détaillé du secteur hospitalier. Elle inclut un inventaire couvrant les ressources structurelles et humaines, leur organisation, le relevé des activités et les taux d'activités des différentes structures. La carte sanitaire sert de fondement pour estimer les besoins sanitaires nationaux en termes de nombre d'établissements hospitaliers nécessaires, de lits ou encore de services hospitaliers. En outre, ses informations fournies sont censées alimenter les réflexions préliminaires sur la planification hospitalière et aider à la prise de décision.

Or, en l'absence de toute mention de la carte sanitaire du Projet sous-avis, **la Chambre de Commerce s'interroge sur la conformité des adaptations de ce Projet au mécanisme de planification actuellement en place. Elle invite les auteurs à éclaircir ce point.**

3 Au deuxième trimestre 2023, Le PIB a reculé de 0,1% par rapport au trimestre précédent et de 1,7% par rapport au même trimestre de 2022. En variation annuelle, cela fait trois trimestres consécutifs que le PIB recule. L'acquis de croissance pour 2023 tombe en territoire négatif (-1,1%). Au vu de ces évolutions, le STATEC prévoit une récession pour 2023. Le FMI anticipe, quant à lui, un recul de 0,4% du PIB en 2023, suivi d'une progression de +1,5% en 2024 (*World Economic Outlook : Navigating Global Divergences*, octobre 2023).

4 Rapport IGSS 2022 susmentionné.

5 CNS, Comptes annuels de l'assurance maladie-maternité 2021.

**Pour une gouvernance transparente
et une meilleure coordination**

Face à l'augmentation continue des dépenses de l'assurance maladie-maternité et à la baisse concomitante de ses réserves, le Comité de Coordination Quadripartite a décidé de mettre en place un groupe de travail dédié à la soutenabilité financière de l'assurance maladie-maternité. Dans ce cadre, **une consultation préalable pour toute dépense financière grevant ou risquant de grever le budget de l'assurance maladie-maternité aurait dû être envisagée**, notamment en amont de la réunion du comité du 19 octobre 2022.

La Chambre de Commerce relève l'observation du Conseil d'Etat dans son avis du 10 octobre 2023, concernant le fait que les chambres professionnelles et organes consultatifs légalement compétents n'aient pas été consultés et partage son étonnement.

*

Après consultation de ses ressortissants, la Chambre de Commerce ne peut pas approuver le projet de loi sous avis et demande que le projet de loi soit modifié selon les propositions faites dans le présent avis.

8277/11

N° 8277¹¹

CHAMBRE DES DEPUTES

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

* * *

DISPENSE DU SECOND VOTE CONSTITUTIONNEL PAR LE CONSEIL D'ETAT

(22.12.2023)

Le Conseil d'État,

appelé par dépêche du Président de la Chambre des députés du 19 décembre 2023 à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel du

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'Etat à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

qui a été adopté par la Chambre des députés dans sa séance du 19 décembre 2023 et dispensé du second vote constitutionnel ;

Vu ledit projet de loi et les avis émis par le Conseil d'État en ses séances des 10 octobre et 5 décembre 2023 ;

se déclare d'accord

avec la Chambre des députés pour dispenser le projet de loi en question du second vote prévu par l'article 78, paragraphe 4, de la Constitution.

Ainsi décidé en séance publique à l'unanimité des 12 votants, le 22 décembre 2023.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Christophe SCHILTZ

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

Mémorial A N° 839 de 2023



Loi du 22 décembre 2023 portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'État à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés.

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

Le Conseil d'État entendu ;

Vu l'adoption par la Chambre des Députés ;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 19 décembre 2023 et celle du Conseil d'État du 22 décembre 2023 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote ;

Avons ordonné et ordonnons :

Art. 1^{er}.

Pour la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024, le Gouvernement est autorisé à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés, pour un montant qui ne peut pas dépasser 60 500 000 euros.

Ce montant correspond à la valeur de l'échelle mobile des salaires au 1^{er} avril 2023 de 921,40 points. Le montant est adapté en fonction de la variation de l'échelle précitée.

Art. 2.

La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1° À l'article 24, il est ajouté un nouveau paragraphe 3 libellé comme suit :

« (3) Pour assurer l'organisation des gardes et astreintes découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire est indemnisé, à charge du budget de l'État, sur base du nombre d'heures et des taux horaires visés aux alinéas 4, 5 et 6.

On entend par « garde », le temps de présence effective des médecins hospitaliers au sein des services hospitaliers concernés.

On entend par « astreinte », le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés.

En ce qui concerne les gardes, le nombre d'heures indemnisé est de vingt-quatre heures par jour de garde.

En ce qui concerne les astreintes, le nombre d'heures indemnisé est de treize heures allant de dix-huit le soir à sept heures le lendemain matin les jours ouvrables et de vingt-quatre heures les weekends et les jours fériés.

Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948. » ;

2° L'annexe 1 est modifiée comme suit :

a) Au point 2, le nombre « 670 » est remplacé par le nombre « 710 » ;

- b) Au point 4, le nombre « 3.107 » est remplacé par le nombre « 3.147 ».
- 3° La lettre A de l'annexe 2 est modifiée comme suit :
- a) À la rangée dénommée « Gériatrie aiguë », le nombre « 120 » est remplacé par le nombre « 195 » ;
 - b) À la rangée dénommée « Pédiatrie de proximité », le nombre « 12 » est remplacé par le nombre « 40 » ;
 - c) À la rangée dénommée « Psychiatrie juvénile », le nombre « 35 » est remplacé par le nombre « 45 ».
- 4° L'annexe 3 est modifiée comme suit :
- a) Dans la ligne « Tomographe à émission de positrons », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 2 » ;
 - b) Dans la ligne « Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA », le chiffre « 1 » est remplacé par le chiffre « 3 ».

Art. 3.

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

*La Ministre de la Santé
et de la Sécurité sociale,*
Martine Deprez

Crans-Montana, le 22 décembre 2023.
Henri

Doc. parl. 8277 ; sess. ord. 2022-2023 et législature 2023-2028.



Résumé

PROJET DE LOI

portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'autoriser l'État à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés

RÉSUMÉ

Le présent projet de loi poursuit trois objectifs différents.

En premier lieu, il crée une base légale pour le système national d'indemnisation des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés qui, pour l'année 2023, était réglé dans le cadre d'un projet pilote par une convention entre l'État et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (ci-après « *FHL* »).

La consécration légale dudit financement par le budget de l'État se situe dans la lignée du projet de loi 8080 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2023 et l'avis afférent du Conseil d'État.

L'ancrage légal du système d'indemnisation dans la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et plus particulièrement dans son article 24 tient au fait que les établissements hospitaliers concernés sont responsables pour garantir la continuité de service conformément à la loi précitée et aux règlements d'exécution afférents. Alors que, d'une part, l'organisme gestionnaire est responsable pour définir l'organisation médicale et donc pour planifier les gardes et astreintes des services hospitaliers dont il a demandé l'autorisation d'exploitation et que, d'autre part, ces gardes et astreintes sont effectuées par les médecins hospitaliers de l'établissement en question, l'indemnisation est versée à l'organisme gestionnaire pour être reversée aux médecins hospitaliers en raison de leur disponibilité médicale au sein des services hospitaliers mêmes ou sur appel.

Les coûts prévisibles des gardes et astreintes à charge du budget de l'État s'élèvent à 60,5 millions d'euros pour l'année 2024.

Le volume horaire pris en charge par le budget de l'État reste inchangé par rapport au projet pilote.

Ainsi, les astreintes sont indemnisées :

- sur un créneau horaire allant de 18 heures du soir à 7 heures du lendemain matin (13 heures au total) les jours ouvrables et
- 24 heures sur 24 les week-ends et les jours fériés.

Les gardes sont indemnisées tous les jours, 24 heures sur 24.

Les taux horaires des gardes et des astreintes sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros (cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1^{er} janvier 1948).

Le projet de loi procède, en second lieu, à une augmentation des nombres de lits maximaux autorisés par la loi hospitalière dans son annexe 2 pour les services de gériatrie aiguë, de pédiatrie de proximité et de psychiatrie juvénile.

Il est en même temps profité de l'occasion pour rectifier une erreur qui s'est glissée dans le nombre maximal total de lits de moyen séjour pouvant être autorisé suivant l'annexe 1 de la loi du 8 modifiée du 8 mars 2018 précitée.

En troisième lieu, le projet de loi revoit à la hausse le nombre de certains équipements soumis à planification nationale.

Il s'agit d'abord d'une augmentation du nombre de tomographes à émission de positrons, encore appelés « *PET-CT* », d'une unité à deux en raison de la progression notable de passages au Centre national PET passant de 2 233 passages en 2010 à 6 478 examens réalisés en 2022 et du taux d'occupation de l'équipement PET-CT proche de 100 pour cent, le but étant d'éviter de longs délais d'attente. Puis, le nombre d'équipements pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA est augmenté de 1 à 3 unités pour diminuer les délais d'attente existants et en même temps tenir compte de l'augmentation progressive de la population âgée.