



Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 14 février 2017

Ordre du jour :

1. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen
- Continuation de l'examen des articles et de l'avis du Conseil d'État
2. Divers

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Martine Hansen remplaçant Mme Nancy Arendt, M. Marc Baum, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Roger Negri remplaçant M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, M. Aly Kaes remplaçant Mme Françoise Hetto-Gaasch, M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Edy Mertens

Mme Lydia Mutsch, Ministre de la Santé

M. Jean-Claude Schmit, Directeur de la Santé
Mme Françoise Berthet, de la Direction de la Santé
M. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Nancy Arendt, M. Georges Engel, Mme Françoise Hetto-Gaasch

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

*

1. 7056 **Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification**

hospitalière

[La commission se voit distribuer une documentation établie par le Ministère de la Santé contenant une note sur le centre de diagnostic, les statuts des différents hôpitaux, ainsi qu'un rapport sur l'anatomopathologie, des documents requis par des membres de la commission au cours des réunions précédentes. Cette note a également été envoyée aux membres de la commission parlementaire par courrier électronique préalablement à la présente réunion.]

Par ailleurs, comme demandé lors des réunions précédentes, la commission se voit transmettre trois propositions d'amendements concernant les articles 1^{er} à 3, établies par le Ministère de la Santé.

Article 1^{er}

Il est proposé de modifier l'article 1^{er} du projet de loi comme suit :

a) Le point 1^{er}, paragraphe 3, prendra la teneur suivante :

« 1. « hôpital », tout établissement ayant principalement une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie **et ou** de l'obstétrique ainsi que de soins préventifs et palliatifs et disposant de services dans lesquels les patients sont admis ; »

b) Le paragraphe 4 prendra la teneur suivante :

« (4) Dans le cadre de l'exercice d'activités réservées à une profession réglementée du domaine de la santé, l'utilisation des termes « hôpital », **ou** « clinique », « **centre de diagnostic** » ou de tout terme pouvant être confondu avec ces **deux trois** termes dans la dénomination sur les notes d'honoraires ou dans des actes est réservée aux établissements hospitaliers autorisés conformément à l'article 6. »

Commentaire

En effet, la modification au point 1^{er}, paragraphe 3 de l'article 1^{er} tient compte du fait que le terme « hôpital » est un terme générique pour les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés et que ces derniers n'exploitent pas de service d'obstétrique.

La modification au paragraphe 4 du même article 1^{er} vise à réserver dans le domaine de la santé non seulement l'utilisation des termes « hôpital » ou « clinique », mais également l'utilisation du terme « centre de diagnostic » aux établissements hospitaliers visés par la présente loi.

Article 2

Les points 1^{er} et 2 du paragraphe 1^{er} de l'article 2 du même projet de loi sont modifiés et les points subséquents du paragraphe 1^{er} sont à renuméroter en tenant compte de cette modification :

« 1. « unité de soins » : une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune ;

2. « service hospitalier » : unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital ;

3. « service national » : service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national ; »

Commentaire

Cet amendement vise à préciser qu'une unité de soins doit se trouver dans une section architecturale bien définie qui constitue une unité, comme, par exemple, pour les unités de soins d'hospitalisation, un étage ou une partie d'un étage avec des chambres et un poste de soins ou, pour les unités médico-techniques, un plateau rassemblant les diverses salles et équipements permettant d'héberger les activités visées.

Chaque unité de soins est située dans un seul bâtiment, alors qu'un service hospitalier qui peut être composé de plusieurs unités de soins doit se trouver sur un même site (sauf pour ses antennes éventuelles) même si les unités de soins qui le composent peuvent éventuellement se trouver dans différentes sections d'un bâtiment ou différents bâtiments localisés sur ce même site.

En effet, pour clarifier les notions « unité de soins » et « service hospitalier », il faut comprendre qu'un service hospitalier ne consiste pas seulement en un étage avec des lits. Un service hospitalier doit aussi avoir des structures d'exploration fonctionnelle (par exemple un service de cardiologie sera également doté d'une unité médico-technique avec des salles d'examen qui permettent l'exécution d'épreuves fonctionnelles). Afin de comprendre qu'un service de cardiologie ne peut pas se passer de ce type de ressources et d'infrastructure, les services sont divisés en unités de soins. Une unité de soins peut être une unité d'hospitalisation avec des lits, un poste infirmier et tout ce qui est nécessaire à l'étage, ainsi qu'une unité de soins d'exploration ou médico-technique qui permet d'organiser, rassemblées sur une place, toutes les infrastructures (c'est-à-dire les salles et les équipements qui sont nécessaires à l'exercice de ces activités). Ainsi, un service peut être éclaté au sein d'un même bâtiment ou de bâtiments différents, puisqu'une unité d'exploration peut se trouver à un autre étage ou un autre endroit dans l'établissement hospitalier que le service d'hospitalisation avec des lits. Par contre l'unité de soins est rassemblée dans un même lieu.

Pour ce qui est de l'enceinte architecturale, telle que définie ci-dessus, un membre du groupe politique CSV donne à considérer que cette définition aurait pour conséquence, qu'à titre d'exemple, une analyse de sang ne pourrait dorénavant uniquement se faire dans un hôpital et ne pourrait plus être effectuée dans un laboratoire privé, si l'on se situe dans une logique d'hospitalisation.

Article 3

Il est rappelé qu'il résulte du premier avis du Conseil d'État que l'ajustement engendré par l'évolution des besoins sanitaires du pays ne devra pas concerner le nombre minimal de lits par service, qui est plutôt dicté par des impératifs d'une organisation efficiente que par des besoins sanitaires variables dans le temps. La liste des équipements et appareils médicaux soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières est visée par le règlement grand-ducal prévu à l'endroit de l'article 14 et ne doit donc pas être mentionnée à l'endroit de l'article sous revue.

En ce qui concerne les pathologies ou groupes de pathologies pouvant être pris en charge dans des réseaux de compétences et le nombre maximal de ces derniers, il s'agit d'une

disposition figurant à l'article du projet de loi sous revue. Comme une décision ministérielle ne peut modifier la loi, ce point doit être supprimé.

Finalement, quant aux différents éléments constituant la carte sanitaire, le Conseil d'État estime que le taux d'utilisation mentionné au point a) devrait considérer aussi bien des aspects qualitatifs que des aspects quantitatifs. Il est d'avis que le recours aux données personnalisées, prévu à l'alinéa 4, devrait être obligatoire, et non facultatif, pour le ministre. Parmi ces données devraient figurer celles relatives aux délais d'attente pour toutes les prestations hospitalières, et non seulement celles déterminées par la Direction de la Santé.

Afin de donner suite à la suggestion du Conseil d'État relative au taux d'utilisation mentionné aux points 1^{er} et 2, qui devraient considérer aussi bien des aspects quantitatifs que des aspects qualitatifs, il est proposé de modifier par voie d'amendement les points 1^{er} et 2 du paragraphe 2 de l'article 3 du projet de loi comme suit :

« 1. l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général, **du niveau de qualité des prestations** et de leur taux d'utilisation ;

2. l'inventaire des réseaux de compétences, de leurs services hospitaliers et de leurs membres extrahospitaliers, de leur organisation générale, **du niveau de qualité des prestations** et de leur taux d'utilisation ; »

Pour ce qui est du contrôle du niveau de qualité de prestations, il est précisé que ce contrôle incombe au Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières, instance dont la mission comporte également la détermination nationale des référentiels de qualité à suivre.

Un membre du groupe politique CSV attire l'attention sur la prise de position de la CNS du 15 novembre 2016, dans laquelle la CNS constate que dans le passé le mécanisme d'autorisation des services a été largement défaillant, illustré par le fait qu'aucun service hospitalier n'est actuellement agréé en bonne et due forme. L'attribution de lits et de services nécessite une rigueur exemplaire ainsi qu'un contrôle efficace, qui font actuellement défaut. Etant donné qu'actuellement quasiment aucun service hospitalier n'est dûment autorisé suivant les dispositions légales et réglementaires encore en vigueur, le projet de loi devrait être complété par des dispositions transitoires adaptées, ainsi que par l'allocation de ressources humaines correspondantes pour les services ministériels devant gérer les procédures correspondantes.

Le représentant du ministère confirme que les hôpitaux ne disposent actuellement plus d'autorisations pour leur service. Une procédure « allégée » est prévue à l'article 4 du projet de loi, en vertu de laquelle chaque hôpital devra obligatoirement exploiter un certain nombre de services hospitaliers, prévu par le projet de loi.

Il estime qu'en l'occurrence une disposition transitoire ne constituerait pas un instrument approprié pour régler cette situation, ainsi il paraît difficile de prolonger par ce moyen des autorisations qui n'existent pas à l'état actuel.

Le membre du groupe politique CSV renvoie également à l'avis de la Chambre des salariés du 16 novembre 2016, dans le cadre de l'article 3 du projet de loi, notamment pour ce qui est de l'article 20 du Code de la sécurité sociale. En effet, la Chambre des salariés souligne que dans le cadre d'une prise en charge de prestations de soins transfrontaliers sur base d'une autorisation préalable de la CNS, l'article 20, paragraphe 2, point 2) du Code de la sécurité sociale fait référence, en dehors du recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses que sont les centres de compétences nationaux (il faudra

dorénavant changer la terminologie en utilisant l'expression « réseaux de compétences » aux services nationaux et les établissements spécialisés de rééducation, de convalescence et de cures thermales aux équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux, qui sont déterminés au plan hospitalier national en exécution de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers).

En outre, la Chambre des salariés tient à préciser qu'il y a lieu de modifier le renvoi à l'article 20, paragraphe 2, point 2 du Code de la sécurité sociale, dans la mesure où l'article 56 du présent projet de loi l'abroge en renvoyant à la loi modifiée du 28 août 1998 précitée. Elle tient à souligner que le règlement grand-ducal visé à l'article 3, point 4), auquel il est renvoyé, mais qui fait malheureusement défaut, concerne également la deuxième partie du libellé du point 2, paragraphe 2 de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, dans la mesure où il vise les « équipements médicaux et hautement spécialisés ».

Le représentant du ministère précise à cet égard qu'il y a lieu de distinguer entre trois types d'équipements. Dans le présent projet de loi seront intégrés les équipements soumis à planification (subventionnables à 80% par le budget du Ministère de la Santé, le solde des 20% restant étant à charge de la CNS), ceux dépassant un certain seuil financier qui ne seront pas subventionnés mais à autoriser par le Ministère de la Santé, ainsi que ceux financés par la Commission technique d'investissement de la CNS, comprenant les autres équipements dont un hôpital a besoin pour fonctionner. C'est probablement cette dernière catégorie, à laquelle la CNS s'est référée. Seules les deux premières catégories seront intégrées dans le projet de loi.

La liste et le nombre des équipements soumis à planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières dont l'exploitation par un établissement hospitalier devra être autorisée par le ministre, conformément à l'article 14, et qui pourront faire l'objet d'un subventionnement, ne seront pas déterminés dans la présente loi, mais dans un règlement grand-ducal. Le présent projet de loi se limite à réglementer les équipements médicaux et appareils prévus aux points e) de cet article, à savoir « les équipements et appareils soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières ». L'acquisition ou l'utilisation de ces équipements ou appareils sera soumise à une autorisation du ministre qui demandera au préalable l'avis de la CPH. Les équipements seront subventionnables à 80% par le budget du Ministère de la Santé, le solde des 20% restants étant à charge de la CNS.

Le lieu d'implantation de ces différents équipements ou appareils qui sont pour la plupart liés à un service hospitalier national, sera déterminé dans l'autorisation d'exploitation des établissements hospitaliers.

L'attention est dans ce contexte également attirée sur l'avis du Conseil d'État qui remarque que la liste des équipements et appareils médicaux soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières est visée par le règlement grand-ducal prévu à l'article 14 du projet de loi. Il estime par conséquent que ceci ne doit donc pas être mentionné au présent article.

En outre, concernant l'article sous examen, le membre du groupe politique CSV renvoie aux remarques du Collège médical, émises dans son avis complémentaire du 13 octobre 2016.

En effet, le Collège médical constate dans cet avis que le nombre maximal de lits hospitaliers autorisés, bien que revu à la hausse, reste néanmoins fixé à l'unité près. Il estime qu'il y a contradiction entre le cadre rigoureux d'une loi définissant irréfutablement la taille maximale des services (Annexe 1), alors que les besoins sanitaires de la population sont à mettre à jour tous les deux ans par la carte sanitaire en tenant compte « d'une évaluation démographique de la population résidente, des données relatives à l'état de santé de la population résidente ainsi que des comparaisons internationales ».

Le caractère absolu du nombre de lits hospitaliers, défini à l'Annexe 1, ne permettrait pas une adaptation de ce nombre en temps utile, si jamais l'analyse, suite aux résultats de la carte sanitaire, devait faire conclure à un changement des besoins, puisqu'il faudrait procéder à une modification de la loi.

Les résultats recueillis par la carte sanitaire seront toujours biaisés du fait qu'ils se basent sur les prestations en fonction de l'offre des soins. Comme la carte sanitaire ne recensera pas, ou seulement incomplètement des besoins pour lesquels l'offre est inexistante ou insuffisante, elle ne pourra jamais donner une image réelle des vrais besoins d'une population.

Le Collège médical estime que l'excellence d'un service et son succès sont liés étroitement à l'engagement de ses protagonistes. Un carcan d'affectation de lits aussi rigide que celui préconisé par le présent projet de loi mettrait une entrave sévère au développement de l'excellence. Si jamais le Luxembourg devait disposer d'un service de renommée internationale, attirant des bénéficiaires de soins de santé d'outre-frontières, il ne pourrait se développer en fonction des besoins réels, mais serait tributaire des restrictions imposées par les besoins nationaux recensés par les auteurs de la carte sanitaire. »

Par ailleurs, le membre du groupe politique CSV attire encore l'attention sur la prise de position de la CNS du 15 novembre 2016, concernant le nombre maximal de lits de rééducation gériatrique, l'annexe 1 prévoit 310 lits de moyen séjour et l'annexe 2 en prévoit 160 à la page 12.

L'orateur renvoie également à la remarque de la Chambre des salariés, dans son avis du 16 novembre 2016 en ce qui concerne le point h) de l'alinéa 2 de l'article 3. En effet, elle propose de préciser « le nombre de demandes et de motifs de prises en charge par la CNS pour des soins de santé à l'étranger tant en milieu stationnaire qu'en milieu ambulatoire, le nombre de demandes accordées et refusées ainsi que les motifs à la base d'un tel refus ».

L'orateur attire encore l'attention sur le fait que les frontaliers ne sont pas suffisamment pris en compte dans les statistiques.

Finalement, il estime qu'en cas de non-respect des autorisations, des moyens de sanctions efficaces devraient être introduits dans le projet de loi.

Il est rappelé, par le représentant du ministère, qu'au vu du fait que le projet de loi ne prévoit pas expressément de recours, c'est le droit commun qui est d'application. Le recours administratif de droit commun est le recours en annulation, qui peut être introduit dans le délai de trois mois. Un administré peut saisir le juge d'un tel recours lorsqu'il s'estime lésé par un acte administratif auquel il reproche l'un des vices énoncés par l'article 2 de la loi du 7 novembre 1996 : « incompétence, excès ou détournement de pouvoir, violation de la loi ou des formes destinées à protéger les intérêts privés ».

Pour ce qui est de la nouvelle catégorie de lits prévue par le projet de loi, à savoir les lits d'hospitalisation de longue durée pour des patients qui nécessitent des soins médicaux pour une durée d'hospitalisation prolongée ou de longue durée dispensés en milieu hospitalier par des équipes médicales et des soignants spécifiquement formés, un membre de la commission souhaite savoir ce que le Gouvernement ferait en cas d'insuffisance de lits d'hospitalisation de longue durée. Madame la Ministre rappelle que le projet de loi prévoit que le nombre maximal de lits d'hospitalisation de longue durée pouvant être autorisé est de 87. Le but de ces lits est de désengorger les lits aigus dans les hôpitaux, c'est-à-dire les lits prévus pour les patients devant bénéficier de soins curatifs.

Un membre du groupe politique DP donne à considérer qu'actuellement, environ 400 lits aigus sont occupés. Souvent, après 6 mois, ces lits sont considérés comme « lits d'hébergement » par la CNS, ce qui implique qu'ils ne sont plus pris en charge par cette dernière. Quant est-il des lits d'hospitalisation de longue durée ? Il est suggéré de vérifier auprès de la CNS si ce nouveau type de lits ne sera pas classé comme lit d'hébergement.

La commission est informée que le Ministère de la Santé s'est préalablement concerté avec le secteur ainsi qu'avec la CNS. A noter que la création de ce type de lits ne répond pas à une demande de la CNS, mais a été initié par le Ministère de la Santé.. Le nombre de lits du nouveau type a été approuvé par tous les acteurs.

Article 4

Cet article a trait aux hôpitaux et aux services attribuables, en distinguant :

- les services dont doit disposer un centre hospitalier ;
- les services non nationaux dont peut disposer un centre hospitalier,
- les services nationaux.

A noter à titre liminaire que suite à la fusion entre la Clinique Sainte-Thérèse („ZithaKlinik“) et les établissements hospitaliers gérés par la fondation François Elisabeth, récemment renommée Fondation Robert Schuman, (HK-Clinique Bohler-Clinique Ste Marie) et aux autres fusions d'établissements hospitaliers ayant eu lieu ces dernières années, il n'existe plus que 4 grands groupes hospitaliers aigus dans la catégorie des hôpitaux.

Le texte gouvernemental initial a retenu de maintenir la classification en hôpitaux et non en centres hospitaliers alors que le terme „hôpital“, et non „centre hospitalier“, est utilisé à travers tout le Code de la Sécurité sociale et diverses autres législations et réglementations.

Or, ces 4 hôpitaux sont autorisés à utiliser la dénomination centre hospitalier.

Ainsi, pourront être autorisés quatre hôpitaux qui sont actuellement tous multi-sites c.-à-d. leurs activités hospitalières ont lieu dans plusieurs bâtiments dans des lieux géographiques distincts et bien identifiés.

Ainsi actuellement:

- Le Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) se compose des sites de Strassen et d'Eich;
- le Centre hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman (CHRS) se compose des sites de la Gare de Luxembourg, du Kirchberg et d'Esch/Alzette;
- le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) se compose des sites d'Esch/Alzette, de Dudelange et de Niederkorn;
- le Centre hospitalier du Nord (CHDN) se compose des sites de Wiltz et d'Ettelbrück.

Un hôpital doit disposer de 300 lits aigus au moins et peut être autorisé à exploiter 700 lits aigus au maximum. L'exploitation de lits aigus est limitée sur deux sites hospitaliers au maximum. Le service d'urgence d'un hôpital doit être localisé sur un seul site.

Par ailleurs, les hôpitaux devront obligatoirement exploiter un certain nombre de services hospitaliers (points 1 à 15).

La liste des services devant obligatoirement être exploités par un hôpital est réduite au minimum nécessaire à l'accueil sécurisé des patients, dans la perspective d'éventuels regroupements de compétences dans les années qui viennent. Cette réduction des services „minimaux“ ne porterait pas préjudice aux patients, pour autant que des filières de prise en charge soient établies. Dans un tel modèle, certaines urgences relevant de services hospitaliers absents de cette liste, comme l'ORL, la gynécologie, ou la neurologie, peuvent néanmoins être assurées par les médecins de ces spécialités agréées à l'hôpital. Par contre,

les cas complexes relevant de ces disciplines seraient orientés vers un hôpital disposant d'un tel service. Ce type d'organisation est déjà en vigueur dans les pays voisins.

Pour les services hospitaliers qui ne seront pas obligatoirement attribués à chaque hôpital (points a) à k)) ainsi que les services hospitaliers nationaux (points i. à xviii.), les hôpitaux devront se soumettre à la procédure d'autorisation prévue aux articles 9 et 11.

La détermination du nombre maximal de services hospitaliers pouvant être autorisé a fait l'objet de discussions au sein de la CPH mais figurait également dans les avis relatifs à l'avant-projet de loi. Les auteurs du présent projet ont tenu compte de certaines observations justifiées et qui ont notamment été exprimées par la CSL, la FHL et l'AMMD. Ainsi, il a été décidé:

- d'augmenter le nombre des services de pneumologie et d'urologie pouvant être autorisé de trois à quatre services;
- d'introduire et de définir deux services de chirurgie esthétique ainsi qu'un service de réhabilitation physique et un service de réhabilitation post-oncologique;
- de mentionner les structures pédiatriques ambulatoires et de pédiatrie de courte durée assurant une prise en charge de courte durée non intensive d'enfants que le CHEM, le CHHRS et le CHdN pourront exploiter.

Le nombre de lits, sites hospitaliers et services hospitaliers que chaque hôpital pourra exploiter seront déterminés dans son autorisation d'exploitation.

Il résulte du premier avis du Conseil d'État qu'à l'alinéa 1^{er}, il n'y a pas lieu d'écrire qu'un hôpital (centre hospitalier selon le Conseil d'État) peut comprendre un ou plusieurs établissements hospitaliers spécialisés. Comme chaque établissement hospitalier dispose d'une personnalité juridique et d'un organisme gestionnaire, ces établissements gardent leur indépendance, et l'un ne peut faire partie intégrante de l'autre que par une fusion ou une absorption. Suite à ses observations faites à l'endroit de l'article 1^{er}, le Conseil d'État suggère de donner à l'alinéa 1^{er} le libellé suivant :

« La gestion d'un centre hospitalier ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire. Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites hospitaliers. »

Par analogie avec l'article 5 concernant les établissements hospitaliers spécialisés, il est indiqué de préciser dans cet article que, pour chaque centre hospitalier, le nombre exact de lits autorisés, est arrêté dans l'autorisation d'exploitation.

Le Conseil d'État estime qu'il est utile de préciser que le centre hospitalier, qui exploitera le service national de néphrologie, doit exploiter en parallèle un service de dialyse, une activité de dialyse faisant logiquement également partie de l'activité de ce service national de néphrologie.

La disposition prévoyant que « les hôpitaux qui disposent d'une maternité de niveau 1 selon la définition mentionnée à l'annexe 2 sont autorisés à hospitaliser des enfants pour une durée inférieure à 72 heures dans un secteur aménagé » soulève plusieurs observations de la part du Conseil d'État.

D'abord, il n'y a pas de lien fonctionnel direct entre une maternité et un tel « secteur aménagé », à moins que ce secteur aménagé doive accueillir des nouveau-nés à problème en dehors de la maternité. Ensuite, les auteurs créent avec les « secteurs aménagés » une nouvelle notion, à côté de celle de services, d'antennes, d'unités d'un service. Le Conseil d'État comprend que la mesure projetée sert à assurer la disponibilité de pédiatres auprès d'une maternité en leur aménageant une activité circonscrite. Il estime également qu'une certaine activité de pédiatrie se justifie dans chaque centre hospitalier et qu'il faut garder des capacités suffisantes en lits pour enfants au niveau national. Il recommande, en conséquence, de remplacer la notion de « secteur aménagé » par celle de « service de

pédiatrie générale » dont les attributions seraient complémentaires à celles du service national de pédiatrie qui prendra la dénomination de « service national de pédiatrie spécialisée ».

Le Conseil d'État constate que les auteurs veulent limiter le nombre de services de chirurgie esthétique à deux, qui s'ajoutent au service de chirurgie plastique qui, outre la chirurgie reconstructrice, pourra également offrir des prestations de chirurgie esthétique. La chirurgie esthétique ne pourra donc être offerte que dans trois des quatre centres hospitaliers. Si la chirurgie esthétique, traitant, selon la définition donnée à l'annexe 2, des « altérations morphologiques ou disgrâces acquises ou constitutionnelles non pathologiques », n'est pas opposable à la CNS pour autant qu'elle ne fait pas partie de l'utile et du nécessaire, le Conseil d'État se demande en quoi elle correspond alors à un besoin sanitaire qui devrait faire l'objet d'une planification. Est-ce que tout centre hospitalier qui ne comporte pas de service de chirurgie plastique ne devrait pas pouvoir être autorisé à exploiter un service de chirurgie esthétique dont les frais occasionnés ne seraient également pas opposables à la CNS ?

Il n'est pas nécessaire de faire figurer à l'endroit de cet article le nombre de services autorisables, puisque ces données sont fournies par l'annexe 2.

En ce qui concerne les services nationaux, le Conseil d'État propose de faire figurer sur la liste énumérant les différents services nationaux, tous les services nationaux aigus. La disposition qui prévoit que l'hôpital qui souhaite exploiter un service national doit en faire la demande auprès du ministre conformément aux articles 9 et 11 de la loi en projet ouvre cette possibilité aussi bien à un centre hospitalier qu'à un établissement hospitalier spécialisé. À l'annexe 2, les lits ne sont pas différenciés entre les deux services de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle. Les médecins des deux services collaborent par ailleurs sur des équipements communs. Le Conseil d'État se demande, par conséquent, s'il ne faut pas fusionner les services de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle sur la liste sous rubrique où figurera également le service de radiothérapie.

La disposition qui prévoit que « l'hôpital qui souhaite exploiter un service national mentionné ci-avant doit en faire la demande auprès du ministre conformément aux articles 9 et 11 » n'est pas spécifique aux services nationaux et doit être élargie à tous les services.

En ce qui concerne l'alinéa 11, le Conseil d'État rappelle d'abord que l'annexe 2 ne définit pas un service d'obstétrique de niveau 2, mais une maternité de niveau 2. S'il existe un lien étroit entre une maternité de niveau 2 et un service de néonatalogie intensive et un service PMA, entre un service de néonatalogie intensive et un service de réanimation pédiatrique, entre ces services de soins intensifs, un service hospitalier de pédiatrie spécialisée, un service national de chirurgie pédiatrique et un service national d'urgences pédiatriques, le Conseil d'État s'interroge sur le lien avec un service national de psychiatrie infantile. Il propose donc de supprimer la référence à ce service dans cet alinéa.

Les auteurs du projet de loi sous avis indiquent que la réforme a pour objet une planification pluriannuelle visant une meilleure organisation des activités. Le plan hospitalier aurait ainsi notamment comme objectif d'utiliser d'une façon plus efficiente les ressources disponibles. Dans cette lignée, le Conseil d'État a souligné dans ses considérations générales, la nécessité de pouvoir mettre en oeuvre une sélectivité dans la planification. Or, prévoir des dispositions pour des services particuliers sans prendre des mesures évitant que toute prise en charge puisse être dispensée partout risque de vider de sens la création de services nationaux tout comme la limitation du nombre de certains services spécialisés. Pour atteindre le but recherché par les auteurs, il est donc indispensable que l'article sous revue comporte une disposition qui permettra de mettre en oeuvre le principe du « pas tout partout ». Le Conseil d'État propose, à cet égard, qu'un règlement grand-ducal précise, pour les services énumérés dans l'article sous revue, les actes et services réservés aux médecins spécialistes qui y sont attachés suivant la classification d'actes retenue dans le projet de loi ou à défaut suivant la nomenclature des actes et services des médecins. Ce règlement

grand-ducal peut également déterminer par service la liste de pathologies à laquelle doit correspondre une majorité des diagnostics d'admission des patients hospitalisés dans ces services. Un ordre de grandeur de 80 pour cent pourrait être retenu à cet égard. Le cadre constitutionnel tracé par l'article 32(3) de la Constitution permet le recours à un règlement grand-ducal, tel que proposé par le Conseil d'État, alors que l'article 4 de la loi en projet fixe l'objectif des mesures d'exécution et les conditions auxquelles elles sont soumises.

Comme indiqué dans les considérations générales, le Conseil d'État propose de faire figurer dans cet article la plupart des dispositions résultant des articles 5 à 12 de la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente, hormis celles concernant les médecins qu'il conviendra d'intégrer à l'article 35. Les dispositions pénales figurant à l'article 13 de loi précitée du 27 février 1986 pourront être intégrées à l'endroit de l'article 47 (44 selon le Conseil d'État). Le Conseil d'État propose toutefois d'adapter le montant de l'indemnité destinée à couvrir les frais résultant de la disponibilité du personnel de garde, reprise de l'article 12 de cette loi, en fixant un pourcentage et ce afin de respecter le prescrit de l'article 103 de la Constitution.

Eu égard aux observations qui précèdent, le Conseil d'État propose de donner à l'article 4 la teneur suivante :

« **Art. 4.** La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire.

.Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites hospitaliers.

Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgences sur un seul de ses sites.

Un centre hospitalier doit disposer de 300 lits aigus au moins et peut être autorisé à exploiter 700 lits aigus au maximum. Il exploite des lits aigus sur au maximum deux sites hospitaliers. Pour chaque centre hospitalier, le nombre exact de lits est arrêté dans l'autorisation d'exploitation.

Tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer d'une autorisation d'exploitation pour les services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 :

1. Cardiologie
2. Chirurgie viscérale
3. Néphrologie ou dialyse
4. Gastroentérologie
5. Gériatrie aiguë
6. Hospitalisation de jour chirurgicale
7. Hospitalisation de jour non chirurgicale
8. Imagerie médicale
9. Médecine interne générale
10. Obstétrique
11. Psychiatrie aiguë
12. Soins intensifs
13. Soins palliatifs
14. Traumatologie
15. Urgence

Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de néphrologie, doivent disposer d'un service de dialyse.

Un centre hospitalier peut exploiter un des services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 et dans la limite du nombre maximal national autorisable :

1. Chirurgie esthétique
2. Chirurgie vasculaire
3. Gynécologie
4. Neurologie
5. Neuro-vasculaire

6. Oncologie
7. ORL
8. Orthopédie
9. Pneumologie
10. Rééducation gériatrique
11. Urologie
12. Pédiatrie générale

Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de pédiatrie spécialisée, peuvent être autorisés à exploiter un service de pédiatrie générale. Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de chirurgie plastique, peuvent être autorisés à exploiter un service de chirurgie esthétique.

Chacun des services hospitaliers suivants est qualifié « de service national » et, en tant que tel, son exploitation ne peut être autorisée que dans un seul hôpital :

1. Chirurgie pédiatrique
2. Chirurgie plastique
3. Hémato-oncologie
4. Immuno-Allergologie
5. Maladies infectieuses
6. Médecine de l'environnement
7. Néonatalogie intensive
8. Néphrologie
9. Neurochirurgie
10. Ophtalmologie
11. Pédiatrie spécialisée
12. Procréation médicalement assistée
13. Psychiatrie infantile
14. Psychiatrie juvénile
15. Soins intensifs pédiatriques
16. Urgence pédiatrique
17. Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque
18. Radiothérapie

Les services de chirurgie pédiatrique, de néonatalogie intensive, de pédiatrie spécialisée, de procréation médicalement assistée, de soins intensifs pédiatriques et d'urgence pédiatrique sont obligatoirement réunis dans un même centre hospitalier disposant d'une maternité de niveau 2, telle que définie à l'annexe 2.

L'hôpital, qui souhaite exploiter un service hospitalier mentionné ci-avant, doit en faire la demande auprès du ministre conformément aux articles 9 et 11.

Un centre hospitalier qui en fait la demande peut être autorisé à exploiter 30 à 70 lits de moyen séjour dans le domaine de la rééducation gériatrique.

Un seul centre hospitalier peut être autorisé à exploiter 20 lits d'hospitalisation de longue durée au maximum.

Un règlement grand-ducal précise pour chaque service, tel que défini à l'annexe 2, les interventions et examens médicaux réservés aux médecins spécialistes qui y sont attachés suivant la classification visée à l'article 37 ou suivant la nomenclature des actes et services des médecins. Ce règlement grand-ducal détermine par service la liste des diagnostics principaux suivant la classification visée à l'article 37 auxquels doivent correspondre au moins 80 pour cent des diagnostics d'admission des patients hospitalisés dans ces services.

Les centres hospitaliers sont obligés de participer au service d'urgences.

Ils conviennent entre eux de l'établissement du plan du service d'urgences, le directeur de la Santé entendu en son avis. Ils communiquent ce plan pour approbation au ministre, six mois à l'avance et pour une période semestrielle. Le plan indique la personne responsable de l'organisation du service d'aide médicale urgente de chaque centre hospitalier. Tout changement à ce plan est immédiatement communiqué au ministre, qui est censé ratifier le changement, à moins de faire connaître sans délai son opposition. Dans ce cas, il doit prendre les mesures propres à assurer le fonctionnement du service. Si les centres hospitaliers n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'établissement du plan du service d'urgences, le ministre établit ce plan d'office.

Un règlement grand-ducal précise les exigences auxquelles ces services doivent répondre en ce qui concerne leur équipement et la présence effective ou la disponibilité du personnel médical et soignant, ainsi que les modalités suivant lesquelles ces services assurent la prise en charge des urgences.

Les centres hospitaliers reçoivent une indemnité destinée à couvrir **xxx pour cent** des frais résultant de la présence ou de la disponibilité du personnel de garde.

En cas de calamité publique ou de catastrophe, le ministre ou le membre du Gouvernement qui le remplace en cas d'empêchement peut prendre toutes les mesures que la situation exige, et même ordonner la réquisition des établissements hospitaliers et du personnel médical, soignant et technique qui leur est attaché. La réquisition est faite oralement ou par écrit à un responsable de l'établissement. Elle comporte pour celui-ci l'obligation d'avertir, en spécifiant qu'il agit sur ordre du ministre, un nombre suffisant de médecins et de membres du personnel soignant et technique pour assurer le service qui est demandé à l'établissement. Toute prestation effectuée en vertu de la réquisition par un établissement hospitalier ou par un médecin donne droit à une indemnisation. Si celle-ci ne peut pas être obtenue de la part de la personne qui a bénéficié de la prestation ou de l'organisme de sécurité sociale dont elle relève, elle est à charge de l'État. »

*

De l'échange de vues qui s'ensuit, il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit :

Un membre du groupe politique DP relève que son groupe a toute une série d'observations à faire à l'endroit du présent article. En effet, tout d'abord, il est constaté que la première liste de l'article sous examen débute par « tout centre hospitalier », tandis que la deuxième liste commence par « un centre hospitalier ». Il estime, par conséquent, qu'il y a lieu d'harmoniser le libellé de ces paragraphes.

Par ailleurs, l'orateur propose une redistribution des listes : en effet, ne figure actuellement pas sur la première liste l'anesthésie-réanimation, la chirurgie vasculaire (figurant à l'état actuel sur la deuxième liste), l'urologie, la neurologie de base, la neurochirurgie de base, la strokeunit type 1, la pneumologie et l'ORL de base. Sur la troisième liste, le terme « néphrologie » (point 8) est à compléter par la « médecine de transplantation », les expressions « neurochirurgie » et « **ophtalmologie** » sont à compléter par l'expression « spécialisée ». Par contre, sont à biffer de la troisième liste : la chirurgie plastique (numéro 2 de la troisième liste) et l'urgence pédiatrique (numéro 16 de la troisième liste).

Il s'ensuit, que son groupe politique n'est par conséquent pas d'accord avec les listes telles qu'elles se présentent à l'état actuel. Il propose de transmettre à la commission des amendements par écrit y relatifs lors de la prochaine réunion.

Un membre du groupe politique CSV partage en grand partie les remarques de l'orateur précédent, tout en renvoyant à l'avis de l'AMMD. Pour ce qui est de la proposition du Conseil d'État de remplacer la notion de « secteur aménagé » par celle de « service de pédiatrie générale », dont les attributions seraient complémentaires à celles du service national de pédiatrie, prenant la dénomination de « service national de pédiatrie spécialisée », alors qu'il estime qu'une certaine activité de pédiatrie se justifie dans chaque centre hospitalier et qu'il faudrait par conséquent garder des capacités suffisantes en lits pour enfants au niveau national, l'orateur note que ceci est l'opposé de ce que demande les pédiatres. Par ailleurs, son groupe politique partage la position de la Chambre des fonctionnaires et employés publics pour ce qui est des services nationaux. En effet, ce dernier note que s'il est vrai que certains services doivent être hautement spécialisés et équipés et qu'une certaine masse critique de patients est requise pour garantir continuellement une qualité irréprochable, il n'est pas moins vrai que de tels services nationaux assument une fonction monopolistique par rapport aux prestations offertes. La Chambre des fonctionnaires et employés publics, tout en ne s'opposant pas au régime prévu par le projet de loi, estime que le principe du libre choix du médecin par le patient devrait tout de même être garanti, dans la mesure où la législation en matière d'assurance maladie ne devrait pas limiter la prise en charge de ces types de prestations aux seuls services nationaux.

Madame la Ministre précise à cet égard que par le bout de phrase « Tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer » il y a lieu de comprendre que chaque centre hospitalier doit exploiter les services figurant sur la première liste. Par le bout de phrase « Un centre hospitalier peut exploiter un des services hospitaliers suivants », il y a lieu de comprendre que chaque centre hospitalier a la possibilité respectivement la faculté d'exploiter les services figurant sur la deuxième liste sans y être contraint.

Pour ce qui est plus particulièrement du premier avis du Conseil d'État, concernant la proposition de préciser que le centre hospitalier, qui exploitera le service national de néphrologie, doit exploiter en parallèle un service de dialyse, une activité de dialyse faisant logiquement également partie de l'activité de ce service national de néphrologie, Madame la Ministre propose de ne pas suivre le Conseil d'État sur ce point en vue d'éviter toute confusion. En effet, chaque centre hospitalier devrait exploiter un service de dialyse, tandis que le service de néphrologie devrait être un service national. Pour ce qui est de la deuxième liste, Madame la Ministre propose de remplacer les termes « pédiatrie générale » par « pédiatrie de proximité », le terme « général » prêtant à confusion. Pour ce qui est plus particulièrement de la pédiatrie générale, respectivement de la pédiatrie de proximité, il est précisé qu'en tenant compte de certaines observations justifiées, qui ont notamment été exprimées par la CSL, la FHL et l'AMMD dans leurs avis respectifs, il a été décidé de mentionner les structures pédiatriques ambulatoires et de pédiatrie de courte durée assurant une prise en charge de courte durée non intensive d'enfants que le CHEM, le CHHRS et le CHdN pourront exploiter dans la deuxième liste. Ainsi, les hôpitaux qui disposent d'une maternité de niveau 1 (l'annexe 2) sont autorisés à hospitaliser des enfants pour une durée inférieure à 72 heures dans un secteur aménagé répondant aux besoins spécifiques de l'enfant à condition que la disponibilité sur appel d'un médecin spécialiste en pédiatrie y soit garantie pendant toute la durée du séjour de l'enfant.

Madame la Ministre propose en outre de maintenir inchangé dans le projet de loi la durée de 72 heures (soit 3 jours) de prise en charge et de ne pas suivre la proposition du Conseil d'État de ne pas réduire cette durée à 48 heures.

Concernant les spécialités qui ne sont pas représentées dans les listes respectives, et bien entendu la question relative à l'anesthésie, il est précisé qu'il y a lieu de comprendre que le paradigme de la dénomination des services ne repose pas sur la spécialité des médecins, travaillant principalement dans ces services, mais repose sur la question de savoir de quoi souffre le patient. C'est la raison pour laquelle toutes les spécialités médicales reconnues au

Luxembourg (une cinquantaine actuellement), dont notamment l'anesthésie, ne se retrouvent pas dans cette liste. Ainsi, ce n'est pas par exemple un service pour les anesthésistes ou encore les cardiologues, de manière relativement exclusive par rapport aux autres spécialités, mais il s'agit de services où des patients arrivent avec des problèmes, par exemple avec un problème cardiaque, qui nécessitent certaines compétences. Cela devrait permettre de décloisonner l'activité des médecins et d'avoir des médecins de diverses spécialités qui se retrouvent autour d'un patient pour répondre à ses besoins spécifiques. Ceci répond d'ailleurs au programme gouvernemental, « le patient au centre des soins ».

Concernant la question de la transplantation, il est donné à considérer qu'il n'y a pas lieu de perdre de vue que le patient qui vient pour une transplantation vient en premier lieu pour un problème d'organe, dont une des modalités thérapeutiques de prise en charge pourrait être la transplantation. Donc, il a semblé un peu inapproprié – pour le moment en tout cas – de créer un service de transplantation. Il est apparu plus approprié par contre de développer une centralisation des problèmes complexes de certains patients qui pourront alors faire appel à des techniques de transplantations.

Pour ce qui est de la transplantation, un membre du groupe politique CSV estime néanmoins qu'il serait tout de même préférable de l'inscrire dans la loi, et ceci afin de créer une base légale notamment dans le cas où il y aurait une telle activité dans les années à venir. Il saluerait également une ouverture dans ce sens pour la dialyse, ou tout au moment il y aurait lieu de la mentionner dans le commentaire des articles.

A la question de savoir pourquoi ne pas combiner la néphrologie et la dialyse, il est répondu que le nombre de patients qui sont hospitalisés avec un problème néphrologique est relativement faible, le nombre correspondant de séjour ne dépassant pas l'activité d'un service au niveau national. Il est évident que des néphrologues sont nécessaires dans tous les établissements hospitaliers, puisque la dialyse doit être à proximité du patient avec une insuffisance rénale et être accessible à courte distance dans une courte période de temps. Ainsi, des néphrologues doivent certes être disponibles pour suivre ces patients, néanmoins il est constaté que l'activité d'hospitalisation pour de telles pathologies, nécessitant la contribution interdisciplinaire de plusieurs spécialités, ne représente pas un grand volume au Luxembourg. C'est pourquoi il est apparu intéressant de proposer une centralisation de ces activités afin que tous ces problèmes rénaux, qui nécessitent la prise en charge par du personnel spécialisé, soient rassemblés avec la contribution de tous les néphrologues.

Pour ce qui est de la médecine interne générale, un domaine qui a perdu de son importance au cours des dernières années, il est précisé que le service de médecine interne générale n'est en réalité pas à considérer comme un anachronisme, parce qu'il permet de garder une approche holistique du patient qui ne repose pas sur une approche de problèmes spécifiques et permettant de voir le patient dans sa globalité. En réalité, il faut aussi comprendre que certains patients ont des problèmes qui sont plus généraux et pour lesquels l'on ne sait pas à l'avance de quel type de problème il s'agit (par exemple cardiaque ou neurologique). Le service de médecine interne générale permet effectivement ce bilan, cette mise au point avec l'aide des divers spécialistes, dont y compris des médecins spécialistes qui n'ont pas de services dédiés comme des endocrinologues. Donc il a semblé important pour le Ministère de la Santé de garder les notions de « médecine interne générale ». Ces listes sont à lire en combinaison avec les explications contenues dans l'annexe 2, contenant notamment des définitions, des précisions sur le fonctionnement etc.. Plus particulièrement, la médecine interne générale est définie dans ladite annexe comme « *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.* »

Ce sont par conséquent des critères médicaux objectifs figurant dans l'annexe 2 qui ont été pris en considération afin de déterminer quel service est à inscrire sur quelle liste. L'inscription de services sur la deuxième liste permet d'assurer et de garantir aux hôpitaux, par une procédure « allégée », qui leur a permis de mettre en place ces services. Il s'agit par conséquent d'une faculté et non d'une obligation de mettre en place lesdits services.

Il ya lieu de distinguer entre les services de base, qui sont obligatoires, les services facultatifs, sous réserve de remplir les conditions définies dans l'annexe 2, et les services nationaux inscrits sur la troisième liste.

Par ailleurs, Madame la Ministre estime qu'il s'agit d'une bonne suggestion de préciser « ophtalmologie intensive » dans la liste respective.

Pour ce qui est des services nationaux « Psychiatrie infantile » et « Psychiatrie juvénile », prévus dans la troisième liste, des services nationaux actuellement déjà existants dans le CHL et dans l'hôpital Robert Schuman, il est confirmé que la présente disposition ne changera pas la situation actuelle.

Un membre du groupe politique CSV constate que le service « Gériatrie aiguë » figure dans la première liste, tandis que le service « Rééducation gériatrique » figure dans la deuxième liste. Tenant compte de l'évolution démographique, la question qui se pose est de savoir s'il ne serait pas nécessaire d'intégrer le service « Rééducation gériatrique » dans la première liste, notamment afin d'éviter que les personnes âgées doivent se déplacer d'un hôpital vers un autre pour leur rééducation gériatrique. Il est répondu que l'obligation d'avoir un service « Gériatrie aiguë » a été proposée, afin qu'il soit assuré que les patients âgés, qui souvent nécessitent beaucoup de temps et une approche spécifique, puissent être pris en charge dans chaque établissement hospitalier de soins aigus. S'il y a un service d'urgence, il y aura forcément des personnes âgées qui arriveront et qui devront pouvoir être prises en charge dès le début par une équipe spécialisée, et ceci afin de limiter la perte d'autonomie que l'on observe extrêmement rapidement ; notamment dès l'instant où un patient âgé se trouve dans un lit d'hôpital et est aidé pour tous les actes de la vie courante. Cette aide est aussi un facteur de risque pour une perte d'autonomie et rend un retour au domicile, respectivement dans le lieu de vie beaucoup plus difficile. Concernant la rééducation gériatrique, il est noté qu'il s'agit de lits de moyens séjours, alors que les établissements aigus n'ont pas d'obligation d'avoir des lits de moyens séjour. Il est par contre souligné que les services de gériatries aiguës sont obligés de travailler en collaboration étroite avec les services de rééducation gériatrique, de telle manière à permettre le flux des patients d'une structure de soins aigus vers une structure de soins de moyen séjours. Le projet de loi prévoit les définitions de services, mais il ne détaille ni les modalités de prise en charge ni l'itinéraire clinique respectivement le parcours du patient, qui doivent effectivement faire l'objet d'un travail au sein des établissements ensemble avec les acteurs concernés. Ceci ne figure effectivement pas dans les définitions de services.

Pour ce qui est des services nationaux, il est rappelé que le Conseil d'État propose de faire figurer sur la liste énumérant les différents services nationaux tous les services nationaux aigus. La disposition qui prévoit que l'hôpital, qui souhaite exploiter un service national, doit en faire la demande auprès du ministre conformément aux articles 9 et 11 du projet de loi , ouvrant cette possibilité aussi bien à un centre hospitalier qu'à un établissement hospitalier spécialisé. À l'annexe 2, les lits ne sont pas différenciés entre les deux services de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle. Les médecins des deux services collaborent par ailleurs sur des équipements communs. Le Conseil d'État se demande, par conséquent, s'il ne faut pas fusionner les services de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle sur la liste sous rubrique où figurera également le service de radiothérapie.

Madame la Ministre estime la suggestion du Conseil d'État justifiée et propose à la commission de suivre le Conseil d'État sur ce point.

Pour ce qui est de la proposition du Conseil d'État qu'un règlement grand-ducal devrait précisé, pour les services énumérés dans l'article sous examen, les actes et services réservés aux médecins spécialistes qui y sont attachés suivant la classification d'actes retenue dans le projet de loi ou à défaut suivant la nomenclature des actes et services des médecins, il est donné à considérer qu'à l'état actuel, l'on n'a qu'une idée très grossière des actes et des prestations médicales qui sont réalisés dans les services hospitaliers, parce que la carte sanitaire ne permet pas de récolter ces informations. Il est par conséquent apparu un peu aventureux, de déterminer *à priori* quel seraient les actes pouvant ou non être réalisés dans certains services, sans avoir une cartographie de ce qui devrait se faire dans les hôpitaux. Par ailleurs, il est donné à considérer qu'à l'état actuel les services dans les établissements hospitaliers ne répondent pas à une définition « palpable » (la dynamique et l'activité d'un service étant très différentes d'un établissement à un autre). La détermination d'une telle liste s'avère difficile à l'état actuel, parce qu'on ne dispose pas de cadre avec des définitions de services et que l'on ne connaît pas la typologie des patients pris en charge.

Un membre du groupe politique CSV soulève encore trois aspects à aborder lors de la prochaine réunion, à savoir :

Pour ce qui est des services inscrits sur la deuxième liste, c'est-à-dire les services dont les hôpitaux peuvent se doter sans y être contraints, il est donné à considérer qu'il n'y a pas lieu de perdre de vue que contrairement à la première liste, la mise en place des services de la deuxième liste nécessiterait une autorisation préalable du ministre (des critères, conditions à remplir préalablement).

Par ailleurs, il attire l'attention sur le fait que divers avis mettent en cause la fourchette des lits fixée dans le projet de loi (30, 70, 20), alors que cette fourchette ne serait pas réaliste. En outre, il soulève la question de savoir pour ce qui est des hôpitaux, dont le nombre de lits dépasse déjà à l'heure actuelle cette fourchette.

Madame la Ministre propose à la commission de préparer une note y relative pour la prochaine réunion.

Il souligne finalement que le volet « Samu » sera également encore à aborder dans le cadre de l'article sous examen. Il est retenu que les représentants du ministère préparent une note sur les interférences avec le projet de loi sur les aides médicales urgentes et ceci notamment en vue de l'examen de l'article 7.

2. Divers

Madame la Présidente annonce que les prochaines réunions débuteront dorénavant mardi à 8h30 (au lieu de 9h00). Par ailleurs, dorénavant une deuxième réunion sera convoquée les mardis après-midi, de 14h00 à 15h30 (plage fixe de la Commission des Sports), et ceci afin de pouvoir avancer utilement dans les travaux.

Le Secrétaire-administrateur,

La Présidente,

