



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

### Procès-verbal de la réunion du 28 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 Diane Adehm remplaçant Mme Nancy Arendt, M. Marc Baum, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Tess Burton remplaçant M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, 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  
M. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Nancy Arendt, M. Georges Engel

\*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

\*

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

## **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.

Il est rappelé qu'il résulte du premier avis du Conseil d'État qu'à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 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<sup>er</sup>, le Conseil d'État suggère de donner à l'alinéa 1<sup>er</sup> 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 à 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 utilisent ensemble 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 œuvre 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 œuvre 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 la 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 ceci 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. »

Madame la Ministre revient sur les questions soulevées par des membres de la commission lors de la dernière réunion ainsi que sur les observations et remarques du Conseil d'État émises dans son premier avis.

Pour ce qui est de l'annexe 2, et plus particulièrement la nécessité de faire un classement entre service moyen séjour et service aigu, cette position est soutenue par Madame la Ministre. Elle propose également de donner suite à l'observation du Conseil d'État pour ce qui est du constat que les lits ne sont pas différenciés entre les deux services de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle à l'endroit de l'annexe 2.

Pour ce qui est du volet de la pédiatrie, notamment la terminologie et la question relative à l'âge maximum des patients, il est rappelé qu'au cours de la dernière réunion il a été proposé de ne pas reprendre le terme «générale» pour le service de pédiatrie à courte durée limité à une prise en charge des enfants à 72 heures mais de le remplacer par «de proximité» afin d'indiquer que dans tous les centres hospitaliers du pays un enfant pourra bénéficier d'une prise en charge stationnaire de 72 heures. Pour ce qui est de 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», il est relevé que le Conseil d'État propose de réduire la durée à 48 heures. Certains membres de la commission se prononce en faveur du maintien de la durée de 72 heures et de ne pas la réduire à 48 heures, tel que proposé par le Conseil d'État.

Il est rappelé que le volet concernant l'urgence pédiatrique a été au cœur des discussions en 2015 ensemble avec la Société luxembourgeoise de pédiatrie et le Ministre de la Sécurité sociale, notamment suite à la dénonciation des dysfonctionnements du système par le secteur concerné. En effet, les pédiatres souffraient d'un manque de personnel pour assurer les gardes. En décembre 2015, les ministres de la santé et de la sécurité sociale ont présenté une nouvelle organisation des services pédiatriques, mettant l'accent sur les maisons médicales pédiatriques et les structures pédiatriques ambulatoires.

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. Il est proposé de suivre le Conseil d'État sur ce point.

En ce qui concerne une maternité de niveau 1, réalisant 1.500 accouchements par ans ou plus, il est précisé qu'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.

Pour ce qui est de la remarque du Conseil d'État estimant que la disposition prévoyant que «tout établissement hospitalier veille au respect des dispositions de loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide et de loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie au sein de ses structures hospitalières» est superflue, il est proposé de suivre le Conseil d'État sur ce point, puisqu'il est superfétatoire de prévoir que tout établissement hospitalier devrait respecter ces deux textes de loi relatif à la fin de vie.

Pour ce qui est de la détermination du nombre maximal de services hospitaliers pouvant être autorisé, il est relevé que ceci a non seulement fait l'objet de discussions au sein de la CPH mais a également figuré dans les avis relatifs à l'avant-projet de loi. Le texte gouvernemental déposé a 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 autorisés de trois à quatre services, laissant ainsi à chaque centre hospitalier le soin de décider de la nécessité d'une mise en place desdits services et le cas échéant de se soumettre à la procédure d'autorisation.

Pour le service « ORL » Madame la Ministre propose de ne pas retenir la proposition de texte « ORL de base », alors que ceci sous-entendrait la création d'un service spécialisé. En effet, en suivant cette logique, il faudrait également prévoir un service « ORL spécialisé ».

Pour ce qui est de l'anesthésie dans le cadre des soins intensifs, dont la réanimation doit faire partie intégrante, Madame la Ministre suggère de compléter le point 12 par les termes « soins intensifs et anesthésie ».

Pour ce qui est de la chirurgie vasculaire, figurant dans la liste des services hospitaliers qui peuvent être autorisés et dont le nombre maximal de services est fixé à 2, critiqué dans divers avis, ce chiffre est estimé justifié pour des raisons de masse critique. Il est estimé que l'on n'atteindra vraisemblablement pas une masse critique nécessaire et suffisante pour augmenter le nombre maximal de ce service hospitalier.

Pour ce qui est de la neurochirurgie figurant actuellement sur la troisième liste, il est rappelé qu'il s'agit déjà actuellement d'un service national, c'est-à-dire un service qui n'est autorisé que dans un seul établissement hospitalier au niveau national et auquel uniquement les médecins de cet établissement auront (en principe) accès. Madame la Ministre conseille de maintenir la limitation de cette activité à un seul service national notamment en raison de la masse critique et du nombre de médecins spécialistes au Luxembourg. Il s'agit d'obtenir notamment une concentration des ressources.

Pour ce qui est de la proposition de préciser « neuro-chirurgie spécialisé » il est suggéré par Madame la Ministre de ne pas retenir cette précision et ceci en renvoyant aux explications données au sujet du service ORL.

Concernant la stroke unit de niveau 2, ayant suscité de nombreuses discussions lors de l'instruction du projet de loi, il est proposé d'en faire un service national dédié 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 effet, le stroke unit de niveau 2 répond aux critères du service stroke de 1<sup>er</sup> niveau 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 est précisé dans ce contexte, qu'à l'état actuel, aucun des établissements hospitaliers au niveau national ne dispose de personnel suffisant pour pouvoir assurer un service national « stroke unit de niveau 2 », les effectifs devront dès lors être adaptés. Par conséquent, il est nécessaire d'augmenter les ressources en personnel pour pouvoir assurer un accueil 24h/24 et 7j/7 (du personnel infirmier/ soignant et des médecins, notamment un neurologue qui doit pouvoir être rapidement sur place en cas de besoin, un neuroradiologue) et ceci notamment en s'inspirant du l'INCCI, "Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle", un hôpital spécialisé de référence dans le traitement INVASIF des maladies cardiaques au Luxembourg<sup>1</sup>. Il est donné à considérer que si la commission déciderait d'inscrire ce service sur la liste des services obligatoires, les établissements hospitaliers qui ne seraient pas en mesure d'assurer un tel service 24h/24 et 7j/7 perdraient leurs autorisations.

Un membre du groupe politique DP attire dans ce contexte l'attention sur un problème actuel : le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) conduit tout d'abord les patients au service des urgences de l'hôpital, avant d'être acheminés vers un autre établissement de santé spécialisé (l'INCCI ou stroke unit de niveau 2) afin d'y recevoir les soins appropriés. Les patients devraient être transportés aussitôt dans l'établissement compétent. Toujours selon l'intervenant, ce problème devrait être résolu dans le cadre de l'instruction du projet de loi sur la réforme des services de secours.

Pour ce qui est de la chirurgie plastique, Madame la Ministre propose de maintenir la concentration de cette activité hospitalière sur un seul service, en tant que service national, puisqu'il s'agit d'une chirurgie hautement spécialisée dont le volume/la masse critique est limité.

Concernant la néphrologie et la transplantation rénale, tout en précisant que l'activité en néphrologie est concentrée autour des patients dialysés nécessitant par ailleurs aussi des hospitalisations pour affections aiguës diverses, il est proposé de maintenir l'exclusion de la transplantation rénale, qui se gère évidemment ensemble avec un service d'urologie, comme tel est également le cas pour la transplantation hépatique et la gastro entérologie, la transplantation cardiaque et la cardiologie.

Il est proposé de suivre la suggestion du membre du groupe politique DP de préciser « Ophtalmologie **spécialisée** ».

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

---

<sup>1</sup> Sa mission est de regrouper les médecins spécialistes du cœur, chirurgien cardiaque, cardiologue interventionnel et anesthésiste réanimateur sur un site unique pour offrir les meilleurs soins coordonnés à tous les patients luxembourgeois (pour plus d'informations, veuillez consulter le site internet <http://www.incci.lu/>)

Pour ce qui est du service neurochirurgie, un membre du groupe politique DP précise que son groupe politique a souhaité le différencier des hernies discales ; pour le service « ORL », son groupe politique souhaite faire une différenciation entre la paracentèse et d'un autre côté la chirurgie des osselets. Pour ce qui est de la chirurgie pédiatrique, l'intervenant insiste encore une fois que cette dernière est liée à l'anesthésie (deux critères : < 10 kilo et < 2 ans). Pour ce qui est de l'anesthésie-réanimation, il existe à l'état actuel des réanimateurs médicaux qui ne sont pas des anesthésistes.

Au niveau pédiatrique, un membre du groupe politique CSV donne à considérer que des opérations de l'appendicite ou des opérations des amygdales ne nécessitent pas obligatoirement la présence d'un chirurgien pédiatrique.

Pour ce qui est de la durée moyenne de séjour dans les services de pédiatrie générale (durée de 72 heures proposée initialement dans le texte déposé, durée de 48 heures préconisée par le Conseil d'État), l'orateur estime que ce n'est pas la durée de séjour qui devrait être au premier plan mais la nature de la pathologie. Madame la Ministre, tout en étant tout à fait d'accord sur ce point, précise qu'il s'agit en l'espèce d'une solution « d'urgence », qui est nécessaire pour pouvoir faire une distinction par rapport à une prise en charge globale dans un service de pédiatrie de proximité, par rapport à une prise charge dans un service national « pédiatrie spécialisée ». Il s'agit d'une solution pragmatique.

Pour ce qui est de la proposition de faire une différence entre les services de base et les services spécialisés, l'oratrice se demande à qui il incombe de faire le tri et de l'envoyer au service compétent. Madame la Ministre relève dans ce contexte que des normes et définitions ont été fixées dans le projet de loi et que les différents services doivent au préalable être autorisés.

Concernant la liste des services hospitaliers que chaque hôpital doit exploiter et en se référant à l'avis de la Fédération des hôpitaux Luxembourgeois (ci-après « FHL ») du 25 janvier 2017, un autre membre du groupe politique CSV propose de regrouper le service de la traumatologie et celui de l'orthopédie, la traumatologie n'étant pas une spécialité à part. Ce serait par conséquent un service sans médecin spécialiste attitré.

L'orateur, en se référant à l'avis précité, est d'avis qu'il convient de mettre au clair quel genre de système il y a lieu de retenir, alors que les objectifs annoncés du « pas tout partout » et des « spécialisations » sont difficiles à mettre en œuvre si les prérequis ne sont pas fixés et si le cadre légal adéquat fait défaut. Pour ce qui est des urgences pédiatriques, l'intervenant se demande si celles-ci ne devraient pas figurer parmi les services de base dans la première liste. En ce qui concerne le service neurovasculaire, l'orateur se demande s'il ne faudrait pas l'intégrer dans l'INCCI. Pour la chirurgie plastique et la néonatalogie, il propose de les inscrire sur la deuxième liste. En cas de mise en place d'un service « ORL spécialisé », il faudrait le définir et l'inscrire sur la liste des services nationaux.

L'orateur attire également l'attention sur le fait qu'il ressort de l'avis précité du FHL qu'il ne résulte pas clairement du texte gouvernemental suivant quels critères et sur base de quelles normes les services sont attribués. La définition des services hospitaliers retenue au texte (annexe) ne contient aucune stipulation quant aux compétences médicales nécessaires pour exploiter un tel service hospitalier.

D'ailleurs, il résulte également de l'avis du FHL précité que la réhabilitation psychiatrique a été oubliée au titre de service national. L'expert gouvernemental renvoie à cet égard à l'article 5 du projet de loi prévoyant explicitement « réhabilitation psychiatrique ».

Encore un autre membre du groupe politique CSV souhaite plus recevoir de détails concernant le champ de compétence de la pédiatrie de proximité.

Pour ce qui est du « Plan cancer 2014-2018 » qui prévoit le développement d'une activité d'oncologie pédiatrique, il est précisé qu'il est prévu de l'intégrer dans le service national de pédiatrie. La commission est informée que cette unité est en train d'être mise en place.

Madame la Ministre précise que l'idée à la base a été de centraliser toutes les activités pédiatriques hospitalières dans un service national de pédiatrie dans tout le pays pour pouvoir assurer une prise charge 24h/24 7j/7. Ceci est cohérent avec les services nationaux déjà existants dédiés aux pathologies de l'enfant (chirurgie infantile, soins intensifs pédiatriques, néonatalogie intensive) et avec le fonctionnement effectif du service d'urgence pédiatrique ouvert 24h/24 et 7j/7. Parallèlement, il a été mise en place une maison médicale pédiatrique à proximité directe du service national de pédiatrie.

Or, tenant compte des diverses préoccupations énoncées et de la proposition du Conseil d'État, il a été finalement retenu de prévoir à côté de la pédiatrie spécialisée, en tant que service national, 3 services de pédiatrie de proximité au maximum. Ces services seront réservés à la prise en charge de cas moins complexes et mettront l'accent sur les soins ambulatoires nécessitant un milieu hospitalier. Les services devront disposer d'une disponibilité 24h/24 et 7j/7 sur appel et dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité du médecin spécialiste en pédiatrie. 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.

Pour ce qui est de la proposition de texte du Conseil d'État de prévoir à l'article 4 que « 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. », un membre du groupe politique DP propose de biffer cet ajout proposé, alors qu'il risque d'inciter à la fraude. Par ailleurs, son parti politique DP propose que la codification dans les hôpitaux ne soit plus faite par des médecins, mais encodée par une personne désignée par la CNS et les hôpitaux.

Un membre du groupe politique CSV, partageant l'avis de son prédécesseur, propose également de ne pas reprendre cette proposition de texte du Conseil d'État, en ce qui concerne le prédit règlement grand-ducal.

Concernant la suggestion du Conseil d'État d'intégrer à l'article 4 qu'« 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 », toujours le même intervenant souhaite avoir des précisions quant à la rémunération dudit personnel. Il est précisé que c'est la CNS qui participera au paiement.

L'orateur se prononce contre un outsourcing des gardes dans les urgences.

La question relative à la gestion des urgences est soulevée, plus particulièrement la question de savoir ce qui relève de la compétence hospitalière et ce qui relève de la compétence extrahospitalière.

Le Conseil d'État a également proposé 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, et a suggéré d'intégrer dans la disposition sous examen, la proposition de texte suivante « (7) 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.*

*(8) 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. »*

En effet, dans ces considérations générales, le Conseil d'État constate que le texte sous avis prévoit pour tout centre hospitalier l'exploitation d'un service d'urgences, alors que la définition et les modalités de fonctionnement déterminées dans l'annexe 2 ne font pas de référence à l'implication de ces services dans le service d'urgences national. Le Conseil d'État rappelle avoir regretté, à de multiples reprises, l'incongruité entre l'organisation du service médical d'urgence assuré par les hôpitaux tombant sous la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente et le plan hospitalier. Il le regrette une première fois dans son avis du 5 avril 2001 sur le projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national (CE n° 45.289). Dans son avis du 19 décembre 2008, il a dû constater qu'aucun progrès n'avait été fait en la matière. Dans son avis précité du 19 mai 2015, il a relevé que le projet de règlement grand-ducal à aviser n'apportait malheureusement pas d'élément nouveau. Le Conseil d'État souligne que ce manquement devient maintenant encore plus évident comme le projet de loi portant organisation de la sécurité civile et création d'un corps grand-ducal d'incendie et de secours (dossier parl. n° 6861) prévoit de supprimer dans la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente, les articles 2, 3 et 4, ainsi que le point 3 du paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 13. Le Conseil d'État estime qu'il convient d'abroger la loi ainsi amputée et d'intégrer les dispositions pertinentes visant le secteur hospitalier (articles 5 à 13) dans le projet de loi sous avis en y apportant les adaptations requises par l'évolution de la planification hospitalière.

Concernant plus particulièrement le volet hospitalier de l'aide médicale urgente, la commission est informée que le Ministère de la Santé s'est concerté avec le Ministère de l'Intérieur dans le contexte du projet de loi 6861 portant organisation de la sécurité civile et création d'un corps grand-ducal d'incendie et de secours, qui est également engagé dans la procédure législative. Les autres dispositions concernant la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente sont reprises dans le projet de loi 6861. Il a été convenu de reprendre la proposition de texte précitée du Conseil d'État dans le projet de loi sous examen tout en y adaptant les terminologies différentes de service «de garde » et de services «d'urgence». En effet, il est proposé de remplacer « service d'urgence » par « service de garde » et ceci pour éviter toute confusion avec les services d'urgence dans les hôpitaux. Ceci est également la raison pour laquelle il est proposé de maintenir la terminologie « service d'urgence » à l'endroit du paragraphe 7 du projet de loi modifié, disposant que « (7) Un règlement grand-ducal précise les exigences auxquelles les services d'urgence 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. » Il s'agit d'un des seuls règlements

qui prévoient des normes concernant les services d'urgence dans les hôpitaux et qui règlent qui doit être disponible sur appel et qui doit être disponible sur place.

Un membre du groupe politique CSV insiste sur l'importance d'établir un lien entre les deux bases légales en vue d'une cohérence entre les deux textes. Madame la Ministre se félicite dans ce contexte de la bonne collaboration avec le Ministère de l'Intérieur.

Par contre, quant à la proposition de texte du Conseil d'État « 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. », Madame la Ministre, en concertation avec le Ministère de la Sécurité sociale, propose de ne pas reprendre cette suggestion de texte, un vestige d'après-guerre, qui est devenue obsolète.

Pour ce qui est de la proposition de texte du Conseil d'État prévoyant qu'« 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 membre du groupe politique CSV attire l'attention sur le fait que des personnes du terrain ont signalé que la capacité de prise en charge de ces unités est déjà suffisamment saturée actuellement. Par conséquent, l'intervenant suggère de ne pas fixer de chiffre mais de préciser que le nombre de lits sera accordé aux besoins relatifs.

Madame la Ministre précise à cet égard qu'il est procédé à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente sur base des données établies par la carte sanitaire, carte sanitaire qui est mise à jour tous les deux ans par le ministre.

A la question de savoir pourquoi le présent projet de loi détermine le nombre maximal de lits par catégorie de lits, alors que quasiment tous les avis des organismes consultés lors de la phase de consultation se sont prononcés contre la détermination d'un nombre précis de lits à autoriser dans la loi car cela n'aurait permis aucune flexibilité en vue d'adapter, le cas échéant, ce nombre aux besoins d'une population résidente en croissance et en vieillissement continu, il est répondu qu'il s'agissait en l'occurrence de faire droit à une opposition formelle du Conseil d'État exigeant que le nombre maximal de lits ne soit pas fixé par règlement grand-ducal mais par le texte de la loi. En effet, il résulte de l'avis du Conseil d'État du 19 mai 2015 relatif au projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures que « la fixation d'un nombre maximal de lits à autoriser au niveau national est une décision essentielle qui prédétermine les normes subséquentes limitant la liberté d'établissement dans le secteur hospitalier. Par conséquent, ce nombre devra figurer dans le texte de la loi. Il en est de même de la disposition qui interdit l'établissement d'une nouvelle structure hospitalière. »

Ainsi, le mécanisme prévu dans la présente loi en vue de la fixation du nombre de lits a été instauré afin de permettre une planification à plus long terme (sur une période de 10 ans) du nombre de lits en tenant compte notamment de l'augmentation de la population résidente, tout en garantissant une certaine flexibilité dans l'attribution des lits et une réactivité appropriée si les besoins sanitaires évoluaient (p. ex. flux migratoire inattendu).

La carte sanitaire est actualisée toutes les deux années en tenant compte des estimations des besoins nationaux futurs.

Il est proposé par plusieurs membres de la commission de biffer « Médecine interne générale » et de compléter en contrepartie la première liste par les services « **Neurologie** », « **Pneumologie** » et « **Urologie** ». Néanmoins l'expert gouvernemental donne à considérer qu'un interniste est un spécialiste dont le champ d'activités est très large. Ses

connaissances étendues de plusieurs spécialités médicales (notamment dans les domaines de la cardiologie, la pneumologie, la néphrologie, la gastroentérologie, l'hématologie, l'oncologie médicale, la dermatologie, la rhumatologie, l'endocrinologie ou encore la neurologie), lui permet de diagnostiquer et de traiter des pathologies complexes de l'adulte, et ce, peu importe le ou les organes atteints. Par conséquent, il propose de maintenir le service « Médecine interne générale » tout en complétant la première liste par les services de « Neurologie », « Pneumologie » et « Urologie ».

Un membre du groupe politique CSV attire dans ce contexte l'attention sur la prise de position de la Société Luxembourgeoise de Diabétologie du 28 février 2017 sur la prise en charge hospitalière du diabète et des maladies endocriniennes dans le projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Ladite société s'est montrée surprise et choqués de constater que le projet de loi ne prévoit l'existence d'aucun service spécialisé d'endocrinologie-diabétologie.

La commission est informée que le chiffre concernant les hospitalisations pour des maladies endocrinales ou de diabète reste relativement faible, raison pour laquelle il est suggéré de ne pas créer de service « Endocrinologie et diabétologie » à part. Les patients souffrant de maladies endocriniennes ou de diabète continuent à être pris en charge par le service « Médecine interne générale ». Par ailleurs, un réseau de compétence diabète de l'adulte et un réseau de compétence diabète de l'enfant seront créés.

Concernant la limite d'âge à partir de laquelle un enfant ne tombe plus dans le champ de compétence du service « Chirurgie pédiatrique » figurant sur la troisième liste de services nationaux, et de manière plus générale la limite d'âge à partir de laquelle un enfant n'est plus éligible à une prise en charge stationnaire en pédiatrie, l'âge maximal des patients sera augmenté à 18 ans, contre 14 ans jusqu'à présent, afin de tenir compte de la définition internationale de la pédiatrie, couvrant la pathologie de l'enfant de la naissance à la période post-pubertaire.

Par ailleurs, il est proposé par un membre du groupe politique CSV de mentionner expressément le plan "Nombreuses victimes", définissant le dispositif national en cas d'incidents impliquant de nombreuses victimes sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg, dans le dernier paragraphe de l'article sous examen ayant trait aux cas de calamité publique ou de catastrophe. L'expert gouvernemental estime que ceci est sous-entendu et que le texte est suffisamment clair, d'autant plus qu'il existe toute une série d'autres plans (par exemple bioterrorisme, accident nucléaire etc.), qu'il faudrait par conséquent également énumérer expressément.

Tenant compte des discussions ci-dessus, la commission retient finalement, pour ce qui est de la première liste de services hospitaliers que tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer, de biffer le terme « **Néphrologie** et dialyse », de compléter « soins intensifs **et anesthésie** », « Traumatologie **et orthopédie** ». Par ailleurs, la première liste sera à compléter par les services « **Oncologie** », « **ORL** », « **Neurologie** », « **Pneumologie** » et « **Urologie** », services qui ont figuré sur la deuxième liste des services dans le projet de loi initial, qu'un hôpital peut exploiter, et qui sont par conséquent à biffer de la deuxième liste précitée. Le terme de service « Neuro-vasculaire » est complété par « **(Stroke unit type 1)** ».

Pour ce qui est de la deuxième liste de services hospitaliers qu'un centre hospitalier peut exploiter, il est proposé de modifier le début de la première phrase « **Chaque** centre hospitalier » au lieu de « ~~Un~~ centre hospitalier ». Par ailleurs, la commission ayant décidé que les services « Orthopédie », « Oncologie », « ORL », « Neurologie », « Pneumologie » constituent des services hospitaliers que chaque centre hospitalier doit exploiter, ces

services sont à biffer de la deuxième liste de services hospitaliers que chaque centre hospitalier peut exploiter. Par ailleurs pour ce qui est du service « pédiatrie générale », il est proposé de remplacer le terme «**général**» proposé par le Conseil d'État par le terme «**proximité**». Par ailleurs, le terme « Ophtalmologie » sera complété par la notion « spécialisée ». La liste est complétée par le service « **Neuro-vasculaire (Stroke unit type 2)** ».

En outre, la commission décide de ne pas reprendre la proposition de texte du Conseil d'État disposant qu' « 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. ». La numérotation des paragraphes subséquents est par conséquent à adapter.

La commission décide de reprendre la proposition du Conseil d'État 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 au paragraphe 6 de cet article tout en y adaptant les terminologies différentes de service «de garde» et de services «d'urgence» , sauf au paragraphe 7 où il est proposé de remplacer « ces services » par « **les services d'urgence** ».

Par ailleurs, la commission décide de ne pas reprendre la proposition de texte du Conseil d'État disposant que « 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. », cette disposition, un vestige d'après-guerre, est devenue obsolète.

Il est convenu qu'une nouvelle proposition de texte de l'article 4 avec toutes les modifications proposées sera préparé par l'expert gouvernemental pour la réunion de et après-midi.

## 2. Divers

Aucun point divers n'est soulevé.

Le Secrétaire-administrateur,  
Tania Sonnetti

La Présidente,  
Cécile Hemmen