



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2016-2017

TS/JCS

P.V. SECS 34

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

Procès-verbal de la réunion du 23 mai 2017

Ordre du jour :

1. 7030 Projet de loi transposant la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes ; abrogeant la directive 2001/37/CE; modifiant la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen
- Adoption d'un projet de rapport
2. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen
- Continuation des travaux
3. Divers

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt, M. Marc Baum, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché

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

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Martine Mergen, M. Edy Mertens

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

*

1. 7030 **Projet de loi transposant la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des**

États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes ; abrogeant la directive 2001/37/CE; modifiant la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac

Pour ce qui est de l'objet du projet de loi concernant les interdictions de fumer, il est proposé par un membre du groupe politique déi gréng d'énumérer dans le rapport la liste des cas de figure concernant les interdictions de fumer qui dépassent le champ d'application de la directive de manière exhaustive. Par conséquent, il y aurait lieu de compléter la disposition y relative comme suit : «Ainsi, outre la transposition de la directive, le projet de loi va plus loin et prévoit l'interdiction de la vente et la distribution séparée des papiers et des filtres aromatisés ou contenant tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût, l'interdiction de fumer dans les aires de jeux, l'interdiction de fumer dans tout véhicule en présence d'un enfant de moins de douze ans accomplis, l'interdiction de la vente à distance de produits du tabac et l'interdiction de fumer dans toutes les enceintes sportives accueillant des mineurs de moins de 16 ans accomplis, y exerçant une activité sportive.»

La commission décide de suivre cette proposition.

Pour ce qui est de l'interdiction de fumer dans toutes les enceintes sportives accueillant des mineurs de moins de 16 ans accomplis, y exerçant une activité sportive, il est confirmé que cette interdiction concerne toutes les activités sportives et non seulement les compétitions sportives.

Afin d'éviter toute ambiguïté au niveau juridique, il y a lieu d'entendre par «enceinte sportive» un lieu qui est affecté en permanence à des activités sportives et qui est spécialement équipé à cet effet. Il s'agit d'une expression qu'il ne faut pas confondre avec des manifestations sportives dans le domaine public (des manifestations sportives ponctuelles comme par exemple l'ING Marathon). La commission retient, après discussion, qu'il y a lieu de définir l'expression «enceinte sportive» de manière explicite dans le rapport du projet de loi. Une définition sera préparée par l'expert gouvernemental et envoyée aux membres de la commission par voie de courriel au cours de la présente journée, afin de l'intégrer dans le rapport.

Le projet de rapport est adopté par la commission sous réserve de l'ajout d'une définition concernant l'enceinte sportive, à formuler par l'expert gouvernemental.

Le modèle de base est proposé par la commission pour le débat en séance publique.

2. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

[La commission parlementaire continue l'examen de l'annexe 2 du projet de loi sur base d'un document de travail élaboré par le Ministère de la Santé.]

Service «Hospitalisation de jour»

Le service «Hospitalisation de jour» est défini dans le texte gouvernemental comme un service, faisant l'objet de dispositions organisationnelles et fonctionnelles distinctes, où sont dispensées des prestations de soins programmées dont la durée n'excède pas douze heures et qui ne donnent pas lieu à une nuitée. Le service est exploité par le même

gestionnaire que celui de l'établissement hospitalier sur le site duquel il se trouve, dont il utilise l'infrastructure et emploie le personnel médical et les professions de santé.

Le service exerce ses activités en lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondants aux domaines d'activité médicale ou chirurgicale couverts, ainsi qu'avec les plateaux médicotechniques associés dans cette prise en charge. Le service dispose de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis.

Un service d'hospitalisation de jour peut accueillir des enfants et adolescents âgés de moins de 16 ans à condition que la disponibilité sur appel d'un médecin spécialiste en pédiatrie pendant toute la durée de la prise en charge des enfants et adolescents y soit garantie.

On distingue :

- Le service d'hospitalisation de jour chirurgical, prenant en charge des patients pour des interventions chirurgicales programmées, dans le cadre de procédures établies d'évaluation préopératoire, d'admission, de sortie, de continuité des soins et de prise en charge de la douleur, en lien fonctionnel et organisationnel direct avec le plateau technique chirurgical de l'établissement dont il dépend. Les modalités d'accès et de transfert des patients entre le service d'hospitalisation de jour chirurgical et le bloc opératoire font l'objet de procédures écrites.
- Le service d'hospitalisation de jour non-chirurgical, prenant en charge des patients pour des actes diagnostiques et thérapeutiques non-chirurgicaux planifiés, dans le cadre de procédures établies d'admission, de sortie et de continuité des soins. Outre le service d'hospitalisation de jour médical, des services d'hospitalisation de jour couvrant les domaines spécifiques de la rééducation, de la psychiatrie et de la pédiatrie peuvent être autorisés.

Ni le nombre de services, ni le nombre de lits minimal par service, ni le nombre de lits maximal nationaux ne sont définis.

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

Service «Procréation médicalement assistée»

Le service «Procréation médicalement assistée» est défini dans le texte gouvernemental comme un service réalisant, dans le cadre de la médecine de la reproduction, des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des ovocytes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle.

Le service de procréation médicalement assistée dispose d'un lien fonctionnel direct avec un ou des services d'obstétrique, établis ou non sur le même site. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge de la stérilité et assurer aux patients, soit sur le même site et en lien avec son service d'obstétrique, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès au suivi des grossesses à haut risque et au soutien psychologique. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques en matière de procréation médicalement assistée, approuvée par le comité d'éthique national et accessible au public. Il se soumet à un audit externe annuel évaluant le respect des dispositions de cette charte pour l'ensemble de son activité.

Ni le Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2016, ni la Direction de la Santé n'ont de remarques à formuler.

Il s'agit d'un service national, le nombre de lits minimal par service sera fixé à 0, le nombre de lits maximal nationaux sera également fixé à 0.

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

Service «Urgence»

La Direction de la Santé propose quelques modifications qui ont plutôt trait au style que quant au fond et qui permettent un meilleur agencement du texte et ainsi une meilleure lisibilité.

La deuxième phrase relative à la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient forme désormais le début du paragraphe relatif aux missions dévolues au service d'urgence. Cette modification reflète ainsi mieux l'ordre dans lequel se déroulent les différentes étapes de la prise en charge dans le service «Urgence». Il est encore proposé de rajouter les termes «le cas échéant», parce que bon nombre de gens peuvent quitter le service «Urgence» sans être réorientés vers un autre service hospitalier.

La modification au deuxième paragraphe concerne la dénomination du service de soins intensifs qui sera complétée par l'ajout des termes «et anesthésie». Il est également ajouté le bout de phrase «ainsi qu'au plateau technique de chirurgie», puisque les gens sont souvent orientés vers le plateau technique de chirurgie sans passer par un autre service.

La dernière phrase est biffée, parce qu'elle figure déjà dans le deuxième paragraphe de la définition sous examen.

Par conséquent, il est proposé de définir le service «Urgence» comme «un service tenu d'accueillir toute personne en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressée. Il doit assurer l'observation, les soins, la surveillance du patient et le cas échéant sa prise en charge diagnostique et thérapeutique jusqu'à son orientation vers le service adéquat.

Le service d'urgence travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale, aux services de médecine interne générale, de traumatologie, de chirurgie viscérale, de soins intensifs **et anesthésie** et de psychiatrie aigue, **ainsi qu'au plateau technique de chirurgie**, établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers le service de soins intensifs **et anesthésie** sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement.

L'organisation de l'orientation du patient vers une autre structure se fait selon des procédures préalablement définies et l'orientation vers un autre établissement fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés.

Lorsqu'elle n'a pas lieu dans un service d'urgence pédiatrique, la prise en charge des enfants dans un service d'urgence est organisée en collaboration avec une structure pédiatrique située ou non dans l'établissement ou avec les médecins spécialistes concernés, selon une filière d'accueil et de soins séparée. Lorsque l'activité le justifie, l'accueil des enfants est organisé dans des locaux individualisés de manière à permettre une prise en charge adaptée à leur âge et à leur état de santé. L'organisation est adaptée pour favoriser la présence des proches, et notamment des parents, auprès des enfants pris en charge.

~~**Le service d'urgence travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale, un plateau technique de chirurgie ainsi qu'à un service de soins intensifs établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers le service de**~~

~~soins intensifs sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement »~~

Le nombre de services est fixé à 4, le nombre de lits minimal par service sera fixé à 10, le nombre de lits maximal nationaux sera également fixé à 110.

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

Pour ce qui est de la proposition de biffer la dernière phrase, un membre du groupe politique CSV estime qu'il ne s'agit pas d'un doublon, parce qu'il y est fait référence au lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales, élément que l'on ne retrouve pas dans la définition.

Un membre du groupe politique DP se prononce en faveur de la suppression de la phrase, puisque les services de secours déposent les gens à l'entrée des établissements hospitaliers et il n'y aura plus de lien organique par après entre les services d'anesthésie et de réanimation et les services de secours.

Pour ce qui est de l'article 56 du projet de loi prévoyant que la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est abrogée, l'expert gouvernemental informe la commission que l'on est en étroit contact avec le Ministère de l'Intérieur en vue de suivre l'avancement des travaux concernant le projet de loi sur la réforme des services de secours. Pour l'instant, l'on part du principe que les travaux pour le projet de loi sur la réforme des services de secours seront terminés avant ceux du présent projet de loi.

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

Service « Urgence pédiatrique »

Le service «Urgence pédiatrique» est défini dans le texte gouvernemental comme un service tenu d'accueillir tout enfant ou adolescent âgé de 0 à 18 ans en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressé, et organisé de manière à permettre une prise en charge spécifique adaptée à leur âge et à leur état de santé 24h/24 et 7j/7. L'organisation du service favorise la présence des proches, notamment des parents de l'enfant ou de l'adolescent lors de sa prise en charge. Il doit assurer l'observation, les soins, la surveillance de l'enfant ou de l'adolescent et le cas échéant sa prise en charge diagnostique et thérapeutique jusqu'à son orientation vers la structure adéquate. L'orientation du patient vers une autre structure de prise en charge se fait selon des procédures préalablement définies; l'orientation vers un autre établissement fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés, précisant les modalités et les critères de transfert entre les deux établissements.

Le service d'urgence pédiatrique travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale disposant de compétences pédiatriques, à un service de pédiatrie, à un plateau technique de chirurgie pédiatrique et à un service de soins intensifs pédiatriques établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers ces services sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement. Ni le Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2016, ni la Direction de la Santé n'ont de remarques à formuler.

Il s'agit d'un service national, le nombre de lits minimal par service sera fixé à 0, le nombre de lits maximal nationaux sera également fixé à 0.

Afin de tenir compte de l'avis du Conseil d'État, il est proposé d'ajouter la précision «tout enfant ou adolescent âgé de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans». Par ailleurs, il

est proposé de préciser «service de pédiatrie **spécialisée**».

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

*

Un membre du groupe politique CSV distribue aux membres de la commission une proposition de texte concernant le contrat de collaboration des médecins (article 33, point 7).

Le Conseil d'État, dans son avis du 23 décembre 2016, concernant le dernier alinéa de l'article sous revue, a posé la question du bien-fondé d'une disposition ayant trait à un contrat-type pour prestataires de soins non-salariés, d'autant plus qu'il figure dans un article qui vise uniquement les médecins. Cette disposition a été introduite en 2010. Le Conseil d'État n'a pas connaissance d'une publication officielle d'un tel contrat-type qui serait opposable aux administrés conformément aux exigences de l'article 112 de la Constitution. Par conséquent, le besoin ressenti pour un tel contrat-type ne semble pas être pressant. Par ailleurs, le Conseil d'État se demande de la manière dont un contrat-type pourrait tenir compte des différents cas de figure de collaboration entre un médecin libéral et un hôpital qui peuvent se présenter. Un tel contrat-type, conclu entre une association représentative de médecins et une association représentative des hôpitaux, qui imposerait aux contractants des restrictions en ce qui concerne l'exercice de la profession libérale de médecin, violerait l'article 11(6) de la Constitution qui érige l'exercice de la profession libérale et les restrictions à celle-ci en matière réservée à la loi.

Pour ces raisons, le Conseil d'État recommande de supprimer ce dernier alinéa, étant donné que les auteurs ont pris soin d'inscrire les dispositions normatives essentielles comportant une restriction à l'exercice médical libéral dans l'article sous revue.

Un membre du groupe politique CSV estime cependant nécessaire d'avoir une base légale pour le contrat de collaboration et de prévoir expressément un tel contrat-type permettant ainsi de garantir un certain cadre légal. L'absence d'une telle précision favoriserait encore davantage l'esprit de concurrence et notamment la concurrence déloyale. Il faudrait prévoir une règle (contrat-type), tout en gardant une certaine flexibilité.

Un membre du groupe politique DP attire l'attention sur le fait que les remarques du Conseil d'État concernent le médecin non salarié (actuellement 15% des médecins exerçant au Luxembourg). Les contrats divergent fortement les uns des autres, notamment en raison de clauses spécifiques pour les branches respectives. Il estime que la charge d'établir un contrat-type revient aux Conseils médicaux respectifs des établissements hospitaliers. Dès lors, établir un contrat-type pour tous les médecins n'apporterait aucune plus-value. L'orateur souligne qu'il ne faut pas perdre de vue qu'un médecin, salarié ou non, fait un contrat avec son organisme gestionnaire. Il estime que la proposition du groupe politique CSV compliquerait davantage la situation.

L'expert gouvernemental rappelle le libellé de l'article 31 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, qui stipule que les contrats d'agrément des prestataires de soins non-salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du Code des assurances sociales. À défaut d'un accord entre les parties, le Ministre de la Santé peut arrêter le contrat-type.

Concernant la proposition du membre du groupe politique CSV, il constate notamment que cette dernière prévoit que sont visés les médecins agréés et non les prestataires de soins

non-salariés. À défaut d'accord en 12 mois - accord à trouver non pas entre les différents groupements professionnels des prestataires, mais avec le groupement le plus représentatif (la FHL en l'occurrence) avec publication au Journal officiel, cette dernière disposition permet de tenir compte de l'opposition formelle du Conseil d'État. Il estime que si la commission décidait d'intégrer à nouveau le contrat-type, il faudrait également introduire des précisions concernant les attributions des directions et des conseils des établissements hospitaliers pour garantir un certain équilibre.

De façon générale, l'expert gouvernemental note encore qu'il y a lieu de veiller à assurer un certain équilibre. En cas d'intégration du contrat-type, il faudra également adapter les articles 23, 29 et 30 du projet de loi.

Un membre de la sensibilité politique déi Lénk soutient la position du membre du groupe politique CSV. En effet, il est primordial de prévoir un cadre tout en gardant une certaine flexibilité, d'autant plus que le contrat-type a été prévu dans le texte gouvernemental initial.

Madame la Présidente propose de garder la nouvelle proposition en suspens jusqu'à la prochaine réunion afin de permettre aux experts gouvernementaux de la Direction de la Santé d'analyser en détail ladite proposition et de prendre position en connaissance de cause.

Pour ce qui est de l'avis renforcé, l'expert gouvernemental précise que cet avis doit dorénavant également être demandé en cas de recrutement d'un directeur général. L'avis renforcé n'équivaut pas à un droit de véto. En cas d'avis renforcé du Conseil médical par écrit, la décision du Conseil d'administration sera suspendue et une procédure de médiation sera lancée entre le Conseil médical et l'organisme gestionnaire. Si le médiateur trouve une solution à l'amiable, cette dernière sera appliquée. Par contre, si aucune solution à l'amiable ne peut être trouvée, la décision de l'organisme gestionnaire sera appliquée.

Il est proposé de biffer l'article 36, comme l'a suggéré le Conseil d'État dans son avis.

Pour ce qui est du LNS, l'expert gouvernemental informe la commission qu'il a été décidé de faire appel contre la décision de la Cour administrative dans l'affaire opposant l'État aux Laboratoires réunis. L'expert gouvernemental justifie l'exclusivité du Laboratoire national de santé pour les analyses anatomopathologiques par le fait qu'il n'y a actuellement pas d'obligation ou de raisons impérieuses de créer un ou plusieurs nouveaux laboratoires d'anatomopathologie.

Cette position est d'ailleurs partagée par le Conseil d'État qui a indiqué dans son avis du 23 décembre dernier qu'il «comprend également qu'un besoin sanitaire, abondamment développé dans le commentaire de l'article, justifie que cette activité de laboratoire soit centralisée au niveau national auprès d'un acteur, et qu'il est judicieux que l'acteur à qui sera confiée cette tâche nationale soit un établissement public. Les arguments avancés soulignent les raisons impérieuses d'intérêt général qui justifient une telle restriction à la liberté d'établissement dans ce domaine.»

3. Divers

Pour ce qui est du débat d'orientation sur le rapport d'activité de l'Ombudsman 2016, il est rappelé que, par courrier du 2 mars 2017, la Commission de la Santé, de l'Égalité des Chances et des Sports a été invitée à communiquer sa prise de position concernant le rapport d'activité annuel de l'institution de l'Ombudsman. Il est constaté que l'Ombudsman n'a formulé aucune observation ni recommandation concernant les domaines de

compétence de la commission, à savoir la santé, l'égalité des chances et les sports.

Il est retenu qu'une lettre en ce sens sera préparée par le secrétariat de la commission.

Le secrétaire-administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente de la Commission de la Santé, de l'Egalité
des chances et des Sports,
Cécile Hemmen