



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 Martine Hansen remplaçant Mme Nancy Arendt, M. Marc Baum, Mme Tess Burton remplaçant 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, Mme Martine Mergen, M. Edy Mertens

M. Jean-Claude Schmit, Directeur de la Santé
M. Laurent Mertz, M. Laurent Zanolli, du Ministère de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusées : Mme Nancy Arendt, Mme Claudia Dall'Agnol

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

*

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

Pour ce qui est des propositions d'amendement relatives à l'article 4 du texte gouvernemental, discutées lors de la dernière réunion, il est proposé, en vue d'une meilleure lisibilité du texte, de regrouper toutes ces propositions d'amendement dans un amendement

unique, remplaçant l'article 4 du projet de loi déposé par une nouvelle proposition de texte ayant la teneur suivante :

~~Art. 4. La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire. Un hôpital peut être exploité sur un ou plusieurs sites hospitaliers et il peut comprendre un ou plusieurs établissements hospitaliers spécialisés. L'hôpital est autorisé à utiliser la dénomination „centre hospitalier“.~~

~~Quatre hôpitaux peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque hôpital dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites.~~

~~Un hôpital 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 maximum deux sites hospitaliers.~~

~~Un hôpital 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 hôpital peut être autorisé à exploiter 20 lits d'hospitalisation de longue durée au maximum.~~

~~Chaque hôpital doit exploiter les services hospitaliers suivants en se conformant aux prescriptions des définitions de ces services mentionnées à l'annexe 2:~~

- ~~1. Cardiologie~~**
- ~~2. Chirurgie viscérale~~**
- ~~3. Dialyse~~**
- ~~4. Gastroentérologie~~**
- ~~5. Gériatrie aigue~~**
- ~~6. Hospitalisation de jour chirurgicale~~**
- ~~7. Hospitalisation de jour non chirurgicale~~**
- ~~8. Imagerie médicale~~**
- ~~9. Médecine interne générale~~**
- ~~10. Obstétrique~~**
- ~~11. Psychiatrie aigue~~**
- ~~12. Soins intensifs~~**
- ~~13. Soins palliatifs~~**
- ~~14. Traumatologie~~**

15. Urgence

~~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 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.~~

~~Dans la limite du nombre maximal de services hospitaliers mentionnés ci-dessous, le ministre peut autoriser, conformément à la procédure d'autorisation prévue aux articles 9 et 11, un hôpital à exploiter les services hospitaliers suivants dont le nombre maximum national pouvant être autorisé est déterminé ci-dessous:~~

- ~~a) Chirurgie esthétique (2 services)~~
- ~~b) Chirurgie vasculaire (2 services)~~
- ~~c) Gynécologie (4 services)~~
- ~~d) Neurologie (4 services)~~
- ~~e) Neuro-vasculaire (3 services)~~
- ~~f) Oncologie (4 services)~~
- ~~g) ORL (4 services)~~
- ~~h) Orthopédie (4 services)~~
- ~~i) Pneumologie (4 services)~~
- ~~j) Rééducation gériatrique (3 services)~~
- ~~k) Urologie (4 services).~~

~~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:~~

- ~~I.) Chirurgie pédiatrique~~
- ~~II.) Chirurgie plastique~~
- ~~III.) Hémato-oncologie~~
- ~~IV.) Immuno-Allergologie~~
- ~~V.) Maladies infectieuses~~
- ~~VI.) Médecine de l'environnement~~
- ~~VII.) Néonatalogie intensive~~
- ~~VIII.) Néphrologie~~

~~IX.) Neurochirurgie~~

~~X.) Ophtalmologie~~

~~XI.) Pédiatrie~~

~~XII.) Procréation médicalement assistée~~

~~XIII.) Psychiatrie infantile~~

~~XIV.) Psychiatrie juvénile~~

~~XV.) Réhabilitation physique~~

~~XVI.) Réhabilitation post-oncologique~~

~~XVII.) Soins intensifs pédiatriques~~

~~XVIII.) Urgence pédiatrique~~

~~Un service national est unique pour le pays et regroupe les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national.~~

~~Les services de chirurgie pédiatrique, de néonatalogie intensive, de pédiatrie, de procréation médicalement assistée, de psychiatrie infantile, de soins intensifs pédiatriques et d'urgence pédiatrique sont obligatoirement réunis dans un même hôpital disposant d'un service obstétrique de niveau 2 tel que mentionné à l'annexe 2.~~

~~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.~~

~~Les sites hospitaliers, ses services hospitaliers ainsi que le nombre total par type de lits qui sont attribués par le ministre à un hôpital sont déterminés dans son autorisation d'exploitation.~~

~~(1) 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.~~

~~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.~~

(2) 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. 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. Neurologie**
- 11. Obstétrique**
- 12. ORL**
- 13. Pneumologie**
- 14. Psychiatrie aiguë**
- 15. Soins intensifs et anesthésie**
- 16. Soins palliatifs**
- 17. Traumatologie et orthopédie**
- 18. Urgence**
- 19. Urologie**

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

(3) Chaque 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 autorisable au niveau national :

- 1. Chirurgie esthétique**
- 2. Chirurgie vasculaire**
- 3. Gynécologie**

4. Neuro-vasculaire (stroke unit type 1 en « niveau 1 »)

5. Oncologie

6. Pédiatrie de proximité

7. Rééducation gériatrique

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

(4) 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. Hospitalisation de longue durée médicale

5. Immuno-allergologie

6. Maladies infectieuses

7. Médecine de l'environnement

8. Néonatalogie intensive

9. Néphrologie

10. Neurochirurgie

11. Stroke unit type 2 en « niveau 2 »

12. Ophtalmologie spécialisée

13. Pédiatrie spécialisée

14. Procréation médicalement assistée

15. Psychiatrie infantile

16. Psychiatrie juvénile

17. Soins intensifs pédiatriques

18. Urgence pédiatrique

19. Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque

20. 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.

(5) 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.

(6) Les centres hospitaliers sont obligés de participer au service de garde.

Ils conviennent entre eux de l'établissement du plan du service de garde, 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 de garde 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 de garde, le ministre établit ce plan d'office.

(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.

(8) 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.

Article 5 du texte gouvernemental

L'article 5 du texte gouvernemental a trait aux différents établissements hospitaliers spécialisés.

En effet, parmi les établissements hospitaliers spécialisés qui existent actuellement on peut distinguer entre:

(1) les établissements qui ont une mission spécialisée de soins aigus à vocation nationale et qui offrent une palette de soins aigus exclusive à leurs patients, à savoir l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (« INCCI ») et le Centre National de Radiothérapie François Baclesse (« CFB »);

(2) les établissements qui ont une mission spécialisée de réhabilitation ou de rééducation à vocation nationale et qui offrent une palette de soins de réhabilitation ou de rééducation exclusive dans leur domaine médical, à savoir le Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation (« CNRFR »), le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) et, nouvellement, le Centre de Convalescence Emile Mayrisch de Colpach (« CCEM »);

(3) les établissements qui ont une mission de rééducation qui n'est pas à vocation nationale c'est-à-dire qui ne dispensent pas une palette de soins de réhabilitation ou de rééducation spécifique dans leur domaine, à savoir l'Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS) qui dispense des soins de réhabilitation gériatrique, tout comme le CHEM sur son site de Dudelange, le CHHRS sur ses sites de Luxembourg-Gare et d'Esch/Alzette ainsi que le CHDN sur son site de Wiltz.

Le Centre national de rééducation fonctionnelle est nommé directement dans le cadre du présent article car, selon l'article 2 de de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation », le Centre a pour mission la création et la gestion d'un établissement hospitalier spécialisé chargé de prêter des soins stationnaires et ambulatoires dans le traitement, la rééducation fonctionnelle et la réadaptation des personnes accidentées de la vie. Il en est de même pour le Centre hospitalier neuropsychiatrique qui est également directement nommé dans le cadre du présent article car, selon l'article 2 de la loi du 17 avril 1998 portant création d'un établissement public dénommé « centre hospitalier neuropsychiatrique », celui-ci gère un établissement hospitalier spécialisé dans le domaine de la neuropsychiatrie. Ainsi, ces deux établissements publics ont eu la mission nationale de la part du législateur de prendre en charge ce type de patientèle.

La présente loi fixe le nombre maximum de lits par catégories de lit pouvant être autorisés pour ces différents établissements hospitaliers spécialisés.

Le nombre exact par type de lits autorisés pour chaque établissement hospitalier spécialisé sera déterminé dans son autorisation d'exploitation.

Par ailleurs, l'article 30 prévoit la création d'un réseau de compétences dans la prise en charge du cancer du sein et d'un réseau de compétences dans la prise en charge de certains autres cancers tout comme un réseau de compétences dans le domaine des problèmes cardiaques.

Même si selon le même article 30, l'initiative de soumettre une demande en vue de la création d'un réseau de compétences relève soit de plusieurs hôpitaux soit d'un hôpital ensemble avec un établissement hospitalier spécialisé, les auteurs du présent texte estiment que l'intégration de l'Institut national de chirurgie cardiaque interventionnelle (INCCI) dans un réseau de compétences « problèmes cardiaques » ainsi que l'intégration du

Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB) dans un réseau de compétences « cancérologie » serait tout à fait justifiée.

Le Conseil d'État, dans son avis du 23 décembre 2016, renvoie à ses observations faites à l'endroit des considérations générales en ce qui concerne les hôpitaux de taille modeste.

En effet, il s'y interroge sur l'opportunité d'un maintien de ces hôpitaux de taille modeste, à savoir les établissements hospitaliers spécialisés disposant de moins de 30 lits, et se demande s'il ne faudrait pas plutôt les regrouper dans un établissement hospitalier spécialisé unique formant un vrai « Institut national de coopération hospitalière », où les centres hospitaliers seront directement représentés au sein de l'organisme gestionnaire. Il rappelle dans ce contexte que ce modèle d'organisation est celui qui a été retenu pour l'établissement public dénommé « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation », responsable de la gestion d'un autre service national, à savoir le service national de rééducation fonctionnelle, doté d'un organisme gestionnaire comportant notamment et des représentants de chaque centre hospitalier et des représentants de l'État.

Le Conseil d'État estime que, pour ce qui est des quatre établissements publics actuellement actifs dans le domaine hospitalier, une loi-cadre, à l'instar de celle mise en place pour les centres de recherche publics, serait susceptible d'assurer une cohérence et une harmonisation dans leur organisation et leur fonctionnement.

En outre, il est d'avis que la formulation retenant qu'un service peut constituer un établissement hospitalier spécialisé ne serait pas adéquate. Le Conseil d'État renvoie dans ce contexte à sa proposition de formulation pour l'article 4, qui prévoit de manière générale la possibilité pour des établissements hospitaliers spécialisés d'exploiter des services nationaux.

Il recommande par conséquent de supprimer l'alinéa 1^{er} et de formuler le dernier alinéa comme suit:

« Pour chaque établissement hospitalier spécialisé, le nombre exact de lits autorisés est arrêté dans l'autorisation d'exploitation. Un établissement hospitalier spécialisé doit disposer de 30 lits au moins. »

Pour ce qui est de la réflexion du Conseil d'État de regrouper les hôpitaux de taille modeste dans un établissement hospitalier spécialisé unique formant un vrai « Institut national de coopération hospitalière », au vu de l'ampleur d'une mise en pratique de ladite suggestion, un expert gouvernemental suggère de ne pas suivre le Conseil d'État sur ce point et de maintenir l'alinéa 1^{er}. L'orateur précise qu'en cas de maintien de l'alinéa 1^{er}, l'INCCI et le CFB resteraient des établissements hospitaliers spécialisés autonomes. À une question afférente, il est confirmé que la dénomination « établissement hospitalier spécialisé » est compatible avec un établissement disposant de quelques lits uniquement, comme tel est par exemple le cas pour le CFB.

Un membre du groupe politique DP note qu'il y a lieu d'adapter la proposition de texte du Conseil d'État prévoyant que les établissements hospitaliers spécialisés doivent comporter 30 lits « au moins », puisque ni l'INCCI ni le CFB ne pourraient disposer de tant de lits. La commission retient qu'il y a lieu d'adapter cette proposition de texte.

L'expert gouvernemental explique que l'alinéa 4 du texte gouvernemental de l'article sous examen se rapporte à l'Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS), tandis que l'alinéa 5 vise le Centre de Convalescence Emile Mayrisch de Colpach (CCEM), Centre qui reçoit une nouvelle mission, à savoir l'exploitation des services nationaux de réhabilitation physique et

de réhabilitation post-oncologique (le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne pouvant être supérieur à 60 lits de moyen séjour).

Pour ce qui est de l'alinéa 4 relatif à l'Hôpital Intercommunal de Steinfort, un membre du groupe politique DP constate que la disposition du texte gouvernemental prévoit que le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 30 lits de moyen séjour. Or, il donne à considérer qu'il existe de fortes demandes de séparer le volet gériatrie du secteur hospitalier de celui de la maison de soins, deux volets qui coexistent à l'état actuel, ainsi que d'augmenter le nombre de lits pour la gériatrie. L'intervenant suggère par conséquent de préciser dans le texte de loi « au moins 30 lits ». Un membre du groupe politique CSV se prononce aussi en faveur d'une augmentation des lits pour ce qui est du volet de la gériatrie.

Un expert gouvernemental, tout en précisant que l'Hôpital Intercommunal de Steinfort n'effectue actuellement pas de réhabilitation gériatrique, estime qu'il s'agit aussi d'une décision politique à prendre.

De manière plus générale, pour ce qui est du volet gériatrique, l'orateur attire l'attention des membres de la commission sur le fait que le Luxembourg a une population relativement jeune par rapport à nos pays limitrophes, raison pour laquelle l'on dispose d'une certaine flexibilité dans le domaine.

Concernant plus particulièrement la limitation du nombre de lits à 30, l'expert gouvernemental explique que l'on s'est basé sur les besoins actuels.

Un membre du groupe politique CSV attire l'attention sur l'avis de la FHL du 27 janvier 2017 duquel il résulte qu'il importe de définir au plus clair les notions de rééducation fonctionnelle, de réhabilitation physique et de rééducation ou de réhabilitation gériatrique car il y a un risque de confusion au niveau de la population par rapport aux missions de chacune de ces structures. La FNH rappelle dans son avis que la terminologie officielle européenne pour dénommer la spécialité est « physical and rehabilitation medicine (PRM) ». Cette dénomination a été reprise dans toutes les langues européennes, sauf en français où le terme de « réhabilitation » a été remplacé par le terme de « réadaptation ».

Pour ce qui est d'une définition plus claire des termes de « rééducation fonctionnelle, de réhabilitation physique et de rééducation ou de réhabilitation gériatrique », un expert gouvernemental renvoie à l'annexe 2.

Concernant le «Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation», la FHL propose encore dans son avis d'insérer dans le texte le passage suivant : « En outre, l'établissement dispose de 3 appartements thérapeutiques ».

Pour ce qui est desdits appartements thérapeutiques, un expert gouvernemental précise que ceci ne tombe pas dans le champ de compétence du projet de loi hospitalier.

En outre, l'intervenant du groupe politique CSV ne comprend pas non plus que les services de rééducation gériatrique autres que ceux d'un établissement hospitalier spécialisé peuvent avoir un nombre de lits supérieur à 30, alors que l'établissement spécialisé en la matière est strictement limité au nombre de 30 lits, sans considération du choix du patient. Limiter le nombre d'office à 30, empêcherait certains établissements d'exploiter pleinement leurs capacités. En effet, l'article 4 du texte gouvernemental prévoit qu'un hôpital, qui en fait la demande, peut être autorisé à exploiter 30 à 70 lits de moyen séjour dans le domaine de la rééducation gériatrique.

L'intervenant du groupe politique CSV attire encore l'attention sur la disposition de l'article 4 du texte gouvernemental qui stipule qu'un seul hôpital peut être autorisé à exploiter 20 lits d'hospitalisation de longue durée au maximum. Il estime que cette disposition n'est pas suffisamment précise, qu'elle ne fournit aucun détail quant à la procédure de détermination dudit hôpital, et laisse soupçonner qu'il s'agit d'une décision arbitraire.

Un expert gouvernemental précise qu'est visé en l'occurrence la Clinique Ste Marie. Il rappelle dans ce contexte que la Clinique Ste Marie fermera ses portes pour le 31 décembre 2021. Il est prévu que les lits de la Clinique Ste Marie seront *a priori* intégrés au groupe HRS, qui devra néanmoins préalablement en faire les demandes respectives, prévues par le présent projet de loi. Le groupe HRS récupérera 40 lits de rééducation gériatrique et 20 lits d'hospitalisation de longue durée sur un des autres sites, puisqu'il s'est engagé à reprendre les lits précités.

L'expert gouvernemental explique que chaque établissement hospitalier devra solliciter des autorisations d'exploitation de service hospitalier sur base d'un projet de service, qui déterminera notamment le nombre de lits par service. Le projet de service devra respecter les critères fixés dans la définition des services. Le représentant du groupe politique CSV estime qu'il y aurait par conséquent lieu de préciser qu'un seul hôpital, qui en fait la demande, peut être autorisé à exploiter 20 lits d'hospitalisation de longue durée au maximum, afin de clarifier la disposition sous examen.

Un autre membre du groupe politique CSV estime que la problématique relative à l'hospitalisation en chambre individuelle aurait pu être résolue dans le cadre du présent projet de loi.

Un expert gouvernemental rappelle à cet égard qu'il n'y a pas lieu de confondre la problématique relative à l'hospitalisation en chambre individuelle avec celle relative à l'hospitalisation en chambre de 1^{re} classe.

Pour ce qui est plus particulièrement de la problématique relative à l'hospitalisation en chambre individuelle, l'orateur indique que celle-ci a déjà figuré à plusieurs reprises à l'ordre du jour de la CPH et a suscité de nombreuses discussions, puisque bon nombre d'hôpitaux souhaitent de plus en plus aller dans le sens d'une politique de chambres individuelles, respectivement souhaitent en tenir compte dans leurs projets de constructions.

L'expert gouvernemental précise qu'un hôpital se voit accorder un nombre de lits, indépendamment du choix du type de chambre (individuelle ou double). L'intervenant informe la commission que ce volet n'a jamais fait partie d'une loi hospitalière jusqu'à présent et estime que ceci tombe plutôt dans le champ de compétence de la CNS.

Pour ce qui est de l'évaluation des résultats, un expert gouvernemental, tout en confirmant que de nombreux experts ont souligné les faiblesses des données médico-administratives issues des établissements hospitaliers, souligne qu'il s'agit d'un volet important, voie que l'on devrait poursuivre avec plus d'odeur. Le service de documentation médicale, qui aura notamment pour mission la collecte des données administratives, médicales et de soins relatives à l'ensemble des séjours hospitaliers stationnaires et ambulatoires, constituera un pas positif dans la bonne direction.

De plus, en se référant encore une fois à l'avis précité, l'intervenant du groupe politique CSV constate que le projet de loi ne tient pas compte des recommandations du rapport Lenz, rapport qui préconisait une spécialisation de la rééducation, conformément aux développements internationaux, dans 5 domaines spécifiques : rééducation gériatrique, cardio-vasculaire, orthopédique, neurologique et autres. Une concentration des

compétences et des services aurait pu augmenter la qualité des soins et favoriser une utilisation plus efficace des ressources.

Finalement, l'intervenant du groupe politique CSV relève encore qu'il résulte également de l'avis précité que le projet de loi définit le patient en rééducation gériatrique par « ...une personne fragile d'âge gériatrique ... » sans définition plus précise quant à l'âge gériatrique.

Un membre du groupe politique DP, tout en proposant de reprendre la suggestion de texte du Conseil d'État à l'endroit du dernier alinéa de la disposition sous examen, précisant que pour chaque établissement hospitalier spécialisé, le nombre exact de lits autorisés est arrêté dans l'autorisation d'exploitation, estime qu'il n'y a pas lieu de reprendre la dernière phrase suggérée par le Conseil d'État « un établissement hospitalier spécialisé doit disposer de 30 lits au moins », alors que ceci risquerait d'exclure l'INCCI et le CFB, dont les besoins en lits stationnaires restent assez faibles.

Le membre de la sensibilité politique déi Lénk donne à considérer qu'en laissant de côté cette phrase, l'on ne suivrait pas le raisonnement du Conseil d'État pour ce qui est d'une fourchette minimale. Par conséquent, il propose de prévoir, tel que proposé par le Conseil d'État, un nombre minimum de 30 lits dont doivent disposer tous les établissements hospitaliers spécialisés, tout en excluant expressément l'INCCI et le CFB, dont les besoins en lits stationnaires restent assez faibles. Les experts gouvernementaux sont chargés de préparer une nouvelle proposition pour la prochaine réunion.

Un membre du groupe politique CSV estime qu'il serait nécessaire de contrôler à nouveau les données sur lesquelles se base la disposition des auteurs du texte en vue de la détermination du nombre des lits quant à leur actualité, fiabilité et réalité, et ce notamment dû au fait que la carte sanitaire se base sur des données déjà anciennes. Pourquoi restreindre la flexibilité du projet de loi en fixant le nombre maximal de lits ? L'expert gouvernemental renvoie à cet égard à l'avis du Conseil d'État du 19 mai 2015 dans lequel ce dernier estime 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 devrait figurer dans le texte de la loi. Aussi le Conseil d'État avait proposé dans ledit avis de prévoir pour chaque catégorie d'établissements hospitaliers déterminée dans le texte de la loi une fourchette de lits pouvant être autorisés, et de faire procéder à des autorisations d'exploitation incluant pour l'établissement concerné le nombre total de lits et le nombre de lits par service. Ainsi, pour ce qui est des nombres maximums de lits retenus dans le projet de loi, l'expert gouvernemental précise qu'il s'agit du maximum autorisable sans que les centres hospitaliers se voient contraints d'exploiter le nombre maximal de lits prévu. Pour ce qui est de la carte sanitaire, certes le contenu ne correspond pas à l'évolution la plus récente dans ce domaine, néanmoins elle se base sur des données permettant de refléter l'actualité.

L'expert gouvernemental rappelle dans ce contexte que le nombre maximum par catégorie de lits dont dispose chaque établissement hospitalier est déterminé dans son autorisation d'exploitation. Ce nombre peut être modifié avant l'échéance de son autorisation d'exploitation si l'évaluation biennale des besoins sanitaires démontre un nombre inadéquat d'une catégorie de lits pour un établissement hospitalier donné. La première autorisation d'exploitation et les prolongements successifs de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences sont valables pour une durée de cinq ans.

Quel est le but de la fixation d'un nombre minimal de lits ? Il est expliqué qu'il s'agit d'éviter la création de services de petite taille n'exploitant que 2 lits par exemple, raison pour laquelle il a été décidé de fixer un nombre minimal et un nombre maximal de lits, tout en laissant une certaine flexibilité aux établissements quant au nombre exact.

Un membre du groupe politique DP souligne qu'en vue de garantir une certaine flexibilité au texte de la loi, il serait préférable de ne pas suivre la suggestion du Conseil d'État de préciser que l'autorisation d'exploitation déterminera également, outre le nombre maximum par catégorie de lits dont dispose chaque établissement hospitalier et les services hospitaliers qu'il exploite, le nombre de lits autorisés pour chaque service.

Un membre du groupe politique déi gréng estime qu'il n'est pas cohérent d'énumérer dans le texte de loi uniquement certains établissements extrahospitaliers expressément par leur nom et d'autres non. L'expert gouvernemental précise qu'il s'agit d'une proposition du Conseil d'État dans son avis du 16 mai 2015 sur le projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier, de désigner par leurs noms les établissements publics qui sont sous la tutelle du ministre ayant la Santé dans ses attributions, à savoir le RehaZenter et le CHNP, ainsi que le LNS.

L'orateur du groupe politique déi gréng attire en outre l'attention sur la prise de position de la CNS par rapport à la révision du plan hospitalier du 24 septembre 2013, qui estime que la notion de soins à durée prolongée n'est pas assez précise et risque d'ouvrir la porte à des types de prise en charge en fait prévus par l'assurance dépendance.

En effet, la CNS aurait préféré que de telles conceptions aient été développées de pair avec une réforme de l'assurance dépendance, tel qu'initialement prévu dans le programme gouvernemental. En effet, il faudrait éviter des filières de prise en charge dédoublées et incoordonnées dans les deux systèmes de financement des assurances maladie et dépendance. Il faudrait ainsi se demander si la prise en charge de ces personnes dépendantes et en dehors de la prise en charge aiguë ne devrait pas s'orienter prioritairement tant au niveau des prestataires que du financement vers l'assurance dépendance.

Un expert gouvernemental précise que la CNS vise le domaine du long séjour de personnes âgées, alors que le volet gériatrique tombe dans le domaine de compétence de la CNS. Ainsi, l'Hôpital Intercommunal de Steinfort gardera toujours 30 lits gériatriques, mais ne recevra par contre pas des lits de long séjour hospitalier. Les lits de long séjour hospitalier tomberont effectivement dans le domaine de l'assurance dépendance, de la compétence du Ministère de la Sécurité sociale.

Article 6 du texte gouvernemental

L'article 6 du texte gouvernemental a trait à l'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie, à savoir le „Haus Omega“ (Omega 90 a.s.b.l), l'établissement de cures thermales, à savoir le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains (CTM), ainsi qu'au centre de diagnostic. Pour ce qui est plus particulièrement du centre de diagnostic, il est prévu que le ministre peut autoriser au maximum un centre de diagnostic médical dans les domaines de l'anatomopathologie, de la génétique humaine et de la biologie moléculaire et cellulaire.

Le Conseil d'État, dans son avis du 23 décembre 2016, constate que les auteurs entendent modifier la définition de l'expression «centre de diagnostic» figurant dans la loi de 1998, en prévoyant dorénavant une autorisation d'un tel centre de diagnostic pour les seuls établissements publics. Les auteurs ne donnent pas d'explication sur la raison pour laquelle seuls les centres de diagnostic gérés par des établissements publics devront tomber dans le champ d'application de la loi. Le Conseil d'État conçoit que l'approche adoptée dans le passé de définir la notion de centres de diagnostic pour ensuite interdire leur création se justifiait par le souci d'éviter que se développent, à côté des établissements hospitaliers, des structures offrant les mêmes possibilités diagnostiques et entrant ainsi en concurrence avec ces derniers, sans être soumises aux mêmes règles de contrôle et de planification. La disposition sous rubrique risque de créer des cas de gestionnaires, qui ne sont pas des

établissements publics mais qui offrent des services en vue de l'établissement d'un diagnostic, à l'exclusion de tous les traitements et soins, et qui pourront développer cette activité dans l'avenir sans devoir y être autorisés par le ministre selon les dispositions du projet de loi sous avis, tout en renonçant à la possibilité d'un financement public direct des infrastructures. Si telle n'est pas l'intention des auteurs de la loi en projet, le Conseil d'État est d'avis que le maintien de la définition actuelle de cette expression s'impose.

Si les auteurs estiment qu'il convient de prévoir en tant qu'établissements hospitaliers des segments d'activités de laboratoires relevant de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, afin de pouvoir considérer certaines analyses biologiques d'un laboratoire comme prises en charge couvertes par l'enveloppe budgétaire globale telle que définie à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, comme il résulte de la disposition figurant à l'article 6, la définition du centre de diagnostic devrait être adaptée comme suit :

«6. «centre de diagnostic», tout établissement qui répond à des besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques de patients, y compris les analyses de biologie médicale conformément à l'article 1^{er} de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exclusion de tous les traitements et soins. »

Le Conseil d'État constate que le centre de diagnostic à autoriser sera exploité par l'établissement public „Laboratoire national de santé“ et portera sur trois volets: anatomopathologie, génétique et biologie moléculaire.

Il relève que l'anatomopathologie et la biologie moléculaire sont des domaines concernant exclusivement des analyses biologiques. Ce ne sont pas les patients qui vont s'adresser ou sont dirigés vers ce centre de diagnostic, comme l'indique la définition de l'expression „centre de diagnostic“ figurant à l'article 1^{er}, point 5, mais ce sont des prélèvements d'échantillons qui y sont adressés, soit par des établissements hospitaliers pour le compte de patients stationnaires ou ambulatoires, soit par le secteur extrahospitalier. Le Conseil d'État s'interroge sur la cohérence d'une approche qui revient à étiqueter comme centre de diagnostic pour prises en charge ambulatoires de patients certaines activités de laboratoire plutôt que d'autres pour les soumettre au régime d'autorisation et de financement spécifique aux établissements hospitaliers. Par ailleurs, les auteurs restent muets sur les raisons qui les ont amenés à réserver dorénavant la biologie moléculaire à un laboratoire donné. En ce qui concerne la génétique médicale, on y distingue un volet „analyses de laboratoire“ et un volet clinique. Le Conseil d'État conçoit qu'il y a un besoin sanitaire qui justifie que le volet clinique soit centralisé au niveau national au niveau d'un centre de diagnostic, qui fera dorénavant partie des missions dans l'établissement public „Laboratoire national de santé“, bien placé pour assurer conjointement le volet „analyses biologiques“ et le volet clinique.

Quant à l'anatomopathologie, le Conseil d'État 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. Le Conseil d'État reviendra sur cet argument à l'occasion de son analyse figurant à l'endroit de l'article 35 (33 selon le Conseil d'État) ci-après.

En conclusion, le Conseil d'État préfère faire figurer la disposition désignant l'activité de laboratoire d'anatomopathologie comme mission nationale de l'établissement public „Laboratoire national de santé“ dans la loi précitée du 16 juillet 1984 au lieu de la considérer comme faisant partie d'un centre de diagnostic tel que préconisé par les auteurs du projet de loi.

Il constate encore, que les auteurs relèguent à un règlement grand-ducal la détermination de certaines modalités d'exploitation de ces centres de diagnostic.

D'après l'article 32(3) de la Constitution, dans sa teneur issue de la loi de révision constitutionnelle du 18 octobre 2016, „[d]ans les matières réservées à la loi par la Constitution, le Grand-Duc ne peut prendre des règlements et arrêtés qu'en vertu d'une disposition légale particulière qui fixe l'objectif des mesures d'exécution et le cas échéant les conditions auxquelles elles sont soumises“. La volonté du Constituant, telle qu'elle ressort du rapport de la Commission des institutions et de la révision constitutionnelle du 29 juin 2016, a été de sauvegarder „les compétences de la Chambre des Députés par rapport au pouvoir exécutif“ et d'exclure l'adoption de „simples lois-cadres fixant quelques grands principes et abandonnant l'essentiel des règles de fond et de forme aux règlements d'exécution élaborés par le Gouvernement“. Par contre, dès lors que dans une matière réservée à la loi, „les principes et les points essentiels [restent] du domaine de la loi“, „les mesures d'exécution, c'est-à-dire des éléments plus techniques et de détails“ peuvent être „du domaine du pouvoir réglementaire“.

Le Conseil d'Etat exige, sous peine d'opposition formelle, qu'outre les objectifs, les principes et points essentiels de ces modalités d'exploitation figurent dans la loi, conformément à l'article 32(3) de la Constitution.

Eu égard aux observations faites ci-dessus, à l'endroit de l'article 2 et des articles 50 et 52, le Conseil d'État propose de donner à l'article sous revue le libellé suivant :

«**Art. 6.** (...) À l'exception du centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine visé à l'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public Laboratoire national de santé, aucun centre de diagnostic ne peut être autorisé par le ministre. »

Si les auteurs souhaitent maintenir leur approche, il conviendra de modifier la définition de l'expression «centre de diagnostic», en y faisant abstraction de la notion de « ambulatoire », inappropriée pour qualifier un échantillon biologique, et d'y inclure explicitement les analyses biologiques.

Le Conseil d'État renvoie, à cet égard, à une proposition de texte formulée en ordre subsidiaire, à l'endroit de l'article 1^{er}, point 6 nouveau.

Au sein de la commission, il est rappelé que les membres de la commission se sont vu distribuer une note du Ministère de la Santé concernant le Centre de diagnostic dans le projet de loi sous examen.

En effet, il résulte de ladite note que l'objectif des auteurs du projet de loi pour ce qui est du centre de diagnostic, est que le LNS devrait obtenir un monopole pour les analyses de laboratoires dans le domaine de l'anatomopathologie et des analyses génétiques. En tenant compte des divers avis émis, et notamment celui du Conseil d'État du 23 décembre 2016, les experts gouvernementaux proposent que la biologie moléculaire ne fera plus partie du Centre de diagnostic.

Ces activités (et le personnel) au sein du LNS seront budgétisées par le biais de l'enveloppe budgétaire globale dédiée au financement des établissements hospitaliers.

À cet effet, le LNS (ou plutôt une partie du LNS) doit être qualifié d'établissement hospitalier. Une nouvelle définition de «Centre de diagnostic» devra être établie et une disposition indiquant que le Ministre de la Santé ne pourra autoriser aucun autre Centre de diagnostic,

mise à part à celui attribué au LNS dans le domaine de l'anatomopathologie et des analyses génétiques, sera inscrite dans le PL 7056.

Il sera inscrit dans la loi-cadre du LNS que le LNS exploitera un centre de diagnostic dans le domaine de l'anatomopathologie et des analyses génétiques.

En d'autres termes, il est proposé d'autoriser qu'un seul centre de diagnostic dans le domaine de la génétique et dans le domaine de l'anatomopathologie. Aucun laboratoire privé ne pourra être autorisé à faire des analyses génétiques et d'anatomopathologie. Les analyses de biologie moléculaire ne feront pas partie de ce centre de diagnostic et pourront dès lors être faites par des laboratoires privés.

Au vu de ce qui précède, et en tenant compte des propositions de texte du Conseil d'État, il est proposé d'amender les articles 1^{er}, 6, 50 et 52 comme suit :

- amendement à l'article 1 :

6. «centre de diagnostic», tout établissement qui répond à des besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques de patients, y compris les analyses de biologie médicale conformément à l'article 1^{er} de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exclusion de tous les traitements et soins. »

- amendement à l'article 6 :

« À l'exception du centre de diagnostic dans les domaines de la génétique humaine **et de l'anatomopathologie** visés à l'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé », aucun centre de diagnostic ne peut être autorisé par le ministre. »

- amendement à l'article 50 :

La loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales est modifiée comme suit :

1. À l'article 1^{er}, le paragraphe 3 est complété *in fine* par la phrase suivante:

«Les examens relevant de l'anatomopathologie et de la génétique humaine sont effectués exclusivement dans le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public «Laboratoire national de santé. »

- amendement à l'article 52 :

L'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » est complété par un paragraphe 4 qui prend la teneur suivante:

«(4) L'établissement gère le centre de diagnostic dans les domaines :

1. de la génétique humaine, constitutionnelle et somatique, y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique;
2. de l'anatomopathologie assurant au niveau national les examens cytologiques et histologiques visé à l'article 6 de loi du XXX relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière .»

Suite à une question d'un membre du groupe politique CSV, il est confirmé qu'en vertu des propositions de texte ci-dessus, aucun laboratoire privé ne pourra être autorisé à faire des analyses génétiques et d'anatomopathologie.

L'intervenant du groupe politique CSV donne à cet égard à considérer qu'à l'état actuel le LNS envoie toute une série d'analyses pour examen à des laboratoires à l'étranger. De plus, pour ce qui est du volet des analyses génétiques, il est donné à considérer que le LNS en est encore à son tout début. L'expert gouvernemental confirme qu'il s'agit de la volonté politique de n'autoriser qu'un seul centre de diagnostic dans le domaine de la génétique et dans le domaine de l'anatomopathologie, notamment dans un pays de taille petite, dans lequel il est important de centraliser certains domaines/volets.

En outre, il informe les membres de la commission que de grands efforts ont été faits au niveau de l'anatomopathologie entre-temps. L'outsourcing a nettement diminué. Néanmoins les analyses particulières seront aussi à l'avenir envoyées à l'étranger.

Pour ce qui est du volet de la génétique, il est confirmé qu'une certaine activité existe déjà à l'heure actuelle, même si elle est pour le moment encore relativement limitée, mais le LNS est en train de se préparer adéquatement pour pouvoir répondre aux besoins de la présente loi.

Un membre du groupe politique DP s'exprime en faveur du choix d'un monopole.

Pour ce qui est du Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, le membre du groupe politique déi gréng constate qu'il s'agit également d'un établissement public. Par conséquent, suite au raisonnement exposé sous l'article 5 du texte gouvernemental pour ce qui est de la désignation expresse des centres extrahospitaliers, étant des établissements publics, dans le texte du projet de loi, il estime qu'il y a également lieu d'énumérer le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains nommément dans la disposition sous examen.

L'expert gouvernemental, tout en étant d'accord qu'il s'agit effectivement d'un établissement public, confirme que le Conseil d'État n'a pas suivi le même raisonnement en l'espèce.

En outre, le membre du groupe politique déi gréng constate que dans la disposition sous examen ne sont uniquement visées les cures thermales et non pas les cures thérapeutiques, tel que retenu dans le Plan National Cancer Luxembourg 2014-2018. Il suggère de laisser ouverte cette possibilité, afin d'éviter d'être obligé de modifier le texte de loi ultérieurement. L'intervenant renvoie à cet égard à l'avis du comité directeur de la Caisse nationale de Santé du 17 mars 2016 qui, au vu du fait que le centre veut apparemment s'orienter davantage vers les cures thérapeutiques, notamment aussi dans le cadre du plan cancer, se demande justement s'il n'y aurait pas lieu de prendre en compte cette orientation future du centre.

Pour ce qui est de la constatation du Conseil d'État que les auteurs relèguent à un règlement grand-ducal la détermination de certaines modalités d'exploitation de ces centres de diagnostic et son exigence, sous peine d'opposition formelle, qu'outre les objectifs, les principes et points essentiels de ces modalités d'exploitation devraient également figurer dans le texte de la loi, conformément à l'article 32(3) de la Constitution, un membre du groupe politique DP donne néanmoins à considérer que dans d'autres parties du texte du projet de loi, cette détermination aurait été reléguée à un règlement grand-ducal. Par conséquent, il estime que s'il serait décidé de suivre le Conseil d'État en l'espèce, il y aurait lieu d'harmoniser le projet de loi également.

Un expert gouvernemental explique que le Conseil d'État vise en l'occurrence les objectifs, les principes et les points essentiels, tandis que le détail de ces questions pourrait être délégué à un règlement grand-ducal. Pour ce qui est de l'autorisation d'exploitation des hôpitaux, l'orateur explique que le contexte en est un autre, puisqu'il s'agit là de la détermination du nombre exact de lits.

Nonobstant ces réflexions, l'expert gouvernemental propose d'enlever en l'espèce toute référence à un règlement grand-ducal. En effet, il rappelle que le LNS est sous la tutelle du ministère. Ce dernier doit par conséquent présenter son plan pluriannuel et sa stratégie au ministère, il doit fixer ses ressources et définir son budget etc.. Le ministère dispose ainsi d'un pouvoir de contrôle. Il s'ensuit qu'il n'est pas nécessaire en l'occurrence de prévoir un règlement grand-ducal, ce qui permet en même temps au Conseil d'État de pouvoir lever son opposition formelle.

Pour ce qui est de l'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie, à savoir le „Haus Omega“ (Omega 90 a.s.b.l), un membre du groupe politique CSV aimerait savoir pourquoi les auteurs du texte ont prévu que le nombre maximum de lits pouvant être autorisé ne peut être supérieur à 20 lits de moyen séjour, bien que la liste d'attente actuellement déjà soit relativement longue. Il propose par conséquent de fixer un nombre minimum de lits, laissant ainsi une certaine latitude et flexibilité à cet établissement, notamment parce qu'on ne peut pas savoir comment évoluera la situation du secteur. L'expert gouvernemental, tout en se référant au deuxième rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie (2010-2014), affirme que le nombre de lits est suffisant, et ce notamment au vu des autres structures de soins palliatifs existantes dans les établissements hospitaliers. À cela s'ajoute encore qu'en vertu du présent projet de loi, chaque hôpital devra dorénavant obligatoirement exploiter un service de soins palliatifs (service de base).

L'article sous examen est adopté par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique déi Lénk.

2. Divers

Aucun point divers n'est soulevé.

Le Secrétaire-administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente,
Cécile Hemmen