



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2016-2017

TS/JCS

P.V. SECS 19

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

Procès-verbal de la réunion du 14 mars 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 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

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

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusé : 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**

Avant de continuer l'examen des articles, l'expert gouvernemental présente de nouvelles propositions de texte pour les articles 5, 7, 8 et 9, tenant compte des propositions d'amendements proposées lors de la dernière réunion :

Article 5 du projet de loi

Il est proposé de donner au paragraphe 4 la teneur suivante:

« (4) Outre les services de rééducation gériatrique autorisés dans les hôpitaux, le ministre peut autoriser un établissement hospitalier spécialisé en rééducation gériatrique à exploiter un service de rééducation gériatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 40 lits de moyen séjour. »

Il est proposé de donner au paragraphe 6 la teneur suivante:

*« (6) Pour chaque établissement hospitalier spécialisé, le nombre exact de lits autorisés est arrêté dans l'autorisation d'exploitation. **Les établissements hospitaliers spécialisés visés aux paragraphes 2 à 5 doivent disposer de 30 lits au moins.** »*

Au vu de ce qui précède, il est proposé de donner à l'article 5 du projet de loi la teneur suivante :

« Art. 5. (1) Les services hospitaliers nationaux suivants peuvent constituer un établissement hospitalier spécialisé de:

- cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque avec un nombre maximum de 30 lits aigus pouvant y être autorisé,
- radiothérapie avec un nombre maximum de 2 lits aigus pouvant y être autorisé.

(2) L'établissement public dénommé «Centre hospitalier neuropsychiatrique» constitue un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation psychiatrique et exploite le service national de réhabilitation psychiatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 180 lits de moyen séjour et 67 lits d'hospitalisation de longue durée.

(3) L'établissement public dénommé «Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation» constitue un établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle et exploite le service national de rééducation fonctionnelle. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 100 lits de moyen séjour.

(4) Outre les services de rééducation gériatrique autorisés dans les hôpitaux, le ministre peut autoriser un établissement hospitalier spécialisé en rééducation gériatrique à exploiter un service de rééducation gériatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à ~~30~~ **40** lits de moyen séjour.

(5) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 60 lits de moyen séjour.

~~(6) Le nombre exact de lits autorisé conformément au présent article pour chaque établissement hospitalier spécialisé qui est autorisé sur fondement de cet article est arrêté dans son autorisation d'exploitation. Pour chaque établissement hospitalier spécialisé, le nombre exact de lits autorisés est arrêté dans l'autorisation d'exploitation. **Les établissements hospitaliers spécialisés visés aux paragraphes 2 à 5 doivent disposer de 30 lits au moins.** »~~

Article 7 du texte gouvernemental (Article 8 du projet de loi)

Tel que retenu lors de la dernière réunion, il est proposé que l'article 7 du texte gouvernemental devient l'article 8 du projet de loi et son paragraphe 1^{er}, point 3 prend la teneur suivante:

« 3. des projets de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à favoriser **la prise en charge ambulatoire dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2.** »

L'article 8 du projet de loi prendrait dès lors la teneur suivante :

« **Art. 7 8.** (1) Sur base de l'évaluation des besoins de santé sanitaires et dans la limite des besoins en lits et services hospitaliers autorisables en vertu de la présente loi, seuls peuvent être autorisés:

1. *des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes ;*
2. des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée;
3. des projets de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à favoriser **la prise en charge ambulatoire dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2.**

(2) Seuls les projets mentionnés aux points ~~a) à c)~~ 1 à 3 sont financés par le biais du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières au titre de l'article 15. »

Pour ce qui est de la prise en charge ambulatoire dans un service d'hospitalisation de jour par la Caisse nationale de santé ainsi que de la durée de cette prise en charge, l'expert gouvernemental explique que ceci est fixé dans les conventions respectives conclues entre la CNS et le secteur concerné. Un membre du groupe politique CSV relève dans ce contexte encore une fois la problématique relative à la concurrence déloyale, notamment une différence de traitement en fonction du type de médecin choisi, tout en citant l'exemple du kinésithérapeute (par exemple en cas de consultation d'un kinésithérapeute hospitalier, les frais de taxi sont pris en charge par la CNS, tandis qu'en cas de consultation d'un kinésithérapeute privé, les frais de taxi ne sont pas pris en charge par la CNS).

Un membre du groupe politique DP fait dans ce contexte encore part du fait qu'en matière de rééducation gériatrique la prise en charge par la CNS n'est assurée qu'à partir du septième jour d'hospitalisation, disposition incompatible avec le présent projet de loi.

Un membre du groupe politique CSV regrette que le présent projet de loi ne prévoit que la prise en charge ambulatoire dans un service d'hospitalisation, alors que la prise en charge ambulatoire en milieu extrahospitalier n'est pas couverte. Par ailleurs, un membre du groupe politique DP relève dans ce contexte qu'une consultation dans une maison médicale n'est pas prise en charge, contrairement à une consultation en salle d'urgence.

L'expert gouvernemental explique que les problématiques exposées sont de la compétence du Ministère de la sécurité sociale et de la CNS et non pas du Ministère de la Santé.

Article 8 du texte gouvernemental (Article 7 du projet de loi)

L'article 8 du texte gouvernemental devient l'article 7 du projet de loi et le paragraphe 1^{er} prend la teneur suivante:

« (1) **L'exploitation et l'extension** de tout établissement hospitalier est soumise à l'autorisation du ministre conformément à la procédure prévue ci-dessous».

L'article 7 du projet de loi prendrait dès lors la teneur suivante :

« **Art. 8 7.** (1) ~~La création, l'extension et~~ **L'exploitation et l'extension** de tout établissement hospitalier est soumise à l'autorisation du ministre conformément à la procédure prévue ci-dessous.

(2) L'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier sollicite, sur base d'un projet d'établissement, une autorisation d'exploitation auprès du ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

(3) Ce projet d'établissement ~~précise~~ **comporte**:

1. la dénomination de l'établissement hospitalier,
2. les objectifs et missions de l'établissement,
3. la dénomination et la forme juridique de son organisme gestionnaire,
4. l'organigramme général de l'établissement,
5. le nombre ainsi que la localisation de ses sites et bâtiments hospitaliers,
6. le nombre et le type de lits, y compris les lits d'hospitalisation de jour et de lits-portes, que l'établissement souhaite exploiter,
7. le nombre et la localisation des services hospitaliers stationnaires et ambulatoires sollicités,
8. les équipements ou les appareils soumis à planification nationale,
- ~~9. le contrat type de collaboration ou de salarié qui lie les médecins à l'établissement,~~
- ~~10. l'avis du Conseil médical relatif au projet d'établissement.~~

Au projet d'établissement est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(4) L'autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à un établissement hospitalier reprendra les points ~~a) à h)~~ 1. à 8. retenus ou rectifiés par le ministre suite à l'examen du projet d'établissement. *L'autorisation d'exploitation détermine 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. ~~Le nombre de lits par type catégorie de lits attribué à chaque établissement hospitalier, y compris le nombre de lits d'hospitalisation de jour et de lits porte, est déterminé dans son autorisation d'exploitation.~~*

(5) Lorsqu'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier modifie son projet d'établissement, il en avise le ministre, qui décide sur le bien-fondé de cette modification en respectant la procédure prévue à ~~l'alinéa 2~~ **au paragraphe 2** du présent article.

(6) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable. »

Article 9 du projet de loi

Le paragraphe 5 pourrait prendre la teneur suivante :

« (5) Ce projet de service **comporte**:

1. la dénomination du service, le type de patients et de pathologies pris en charge et le volume d'activités attendu;
2. les unités de soins au sens de l'article 29, stationnaires, ambulatoires, médico-techniques ou autres qui le constituent, ainsi que les liens organisationnels et fonctionnels entre elles et avec d'autres services hospitaliers; 3
3. les ressources humaines, l'organigramme, les équipements y affectés spécifiquement, le nombre de lits et le type de lits ainsi que le nombre de lits d'hospitalisation de jour ou de lits-porte;
4. la localisation principale du service et de ses antennes éventuelles sur un ou plusieurs sites hospitaliers;
5. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des soins;
6. la prise en charge dans laquelle **les activités médicales et chirurgicales** du service s'inscrivent;
7. **le volume d'activités** en cas d'extension et de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier;
8. **la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients.** »

Il est proposé d'ajouter un nouvel alinéa libellé comme suit au paragraphe 7:

« Une «antenne de service» peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question, sur base d'une convention de collaboration interhospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service, dont le projet de service reprend les modalités de cette collaboration. »

L'article 9 du projet de loi prendrait dès lors la teneur suivante :

« Art. 9. (1) L'exploitation d'un service hospitalier ainsi que toute demande de création, d'extension ou de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier doit être soumise par l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier pour autorisation au ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

(2) Par extension d'un service hospitalier, on entend l'augmentation des surfaces architecturales destinées à l'accueil et au séjour des patients ou l'augmentation du nombre des lits. Une extension limitée en mètre carrés pour des petits travaux d'agrandissement de fonctions existantes, et qui ne donnent pas lieu à de nouvelles fonctionnalités n'est pas considérée comme une extension de service.

(3) Par modernisation d'un service hospitalier, on entend les adaptations nécessaires pour que ce service puisse se conformer aux normes de sécurité ou d'hygiène, aux critères contenus dans les définitions de services visés à l'annexe 2 ou dans les normes réglementaires prévues à l'article 10.

(4) La demande d'exploitation d'un service doit être accompagnée, pour chaque service hospitalier, d'un projet de service cohérent avec le projet d'établissement visé à l'article 7 et respectant les critères fixés dans les définitions de services prévues à l'annexe 2 ainsi que d'autres normes déterminées par règlement grand-ducal conformément à l'article 10.

(5) Ce projet de service **précise** comporte:

1. la dénomination du service, le type de patients et de pathologies pris en charge et le volume d'activités attendu;
 2. les unités de soins au sens de l'article 29, stationnaires, ambulatoires, médico-techniques ou autres qui le constituent, ainsi que les liens organisationnels et fonctionnels entre elles et avec d'autres services hospitaliers; 3
 3. les ressources humaines, l'organigramme, les équipements y affectés spécifiquement, le nombre de lits et le type de lits ainsi que le nombre de lits d'hospitalisation de jour ou de lits-porte;
 4. la localisation principale du service et de ses antennes éventuelles sur un ou plusieurs sites hospitaliers;
 5. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des soins;
 6. la prise en charge dans laquelle les activités **médicales et chirurgicales du service** s'inscrivent;
 7. en cas d'extension et de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier **selon les besoins le volume d'activités des trois dernières années;**
- 8. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients.**

Au projet de service est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(6) Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une *unité de soins d'hospitalisation* située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, *l'unité d'hospitalisation de soins* est considérée comme une «antenne de service».

(7) *L'antenne de service répond aux conditions ci-après:*

1. *assurer une amélioration objective de l'accessibilité des soins prodigués par le service hospitalier correspondant ;*
2. *être en liaison fonctionnelle étroite avec le service hospitalier ;*
3. *disposer de la même équipe de médecins spécialisés pour assurer la continuité des soins dans le service hospitalier et son «antenne», et appliquer les mêmes procédures de prise en charge.»*

Une «antenne de service» peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question, sur base d'une convention de collaboration interhospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service, dont le projet de service reprend les modalités de cette collaboration.

(8) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 au profit des services hospitaliers qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

Un membre du groupe politique CSV déplore que le paragraphe 4 se réfère à un règlement grand-ducal, dont la rédaction n'est pas obligatoire en vertu de l'article 10 du texte gouvernemental. Par ailleurs, il estime que la formulation « selon les besoins » à l'endroit du

point 7 du paragraphe 5, sans prévoir qui définit le volume d'activités, n'est pas adaptée et suggère par conséquent de biffer cette disposition arbitraire.

La commission décide de suivre cette suggestion et il est retenu de donner au point 7 la teneur suivante :

« **le volume d'activités ~~des trois dernières années~~** en cas d'extension et de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier ».

Finalement, l'orateur du groupe politique CSV relève que si l'antenne de service peut également être une maison de dialyse extrahospitalière, il y a lieu de le préciser dans le cadre du commentaire de l'amendement. D'ailleurs, il estime que le terme « peut » n'est en l'occurrence pas adapté, alors qu'en vertu de ce libellé l'établissement hospitalier n'y serait pas obligé, même si son projet de service le prévoit.

Il est expliqué par l'expert gouvernemental qu'en vertu de la disposition sous examen le projet de service peut prévoir une telle exploitation. Pour ce qui est des normes déterminées par règlement grand-ducal conformément à l'article 10, l'expert gouvernemental propose d'y revenir lors de l'examen de l'article 10 du texte gouvernemental.

Il explique que l'intention a été de donner à un établissement hospitalier la possibilité d'exploiter une antenne de service, lorsqu'il ne dispose pas du service hospitalier en question. Il rappelle dans ce contexte que le champ d'application de la présente loi ne couvre que le milieu hospitalier, sans que la disposition sous examen empêcherait que des dialyses soient faites dans le milieu extrahospitalier.

Un membre du groupe politique DP rappelle dans ce contexte que la commission a été informée lors de la dernière réunion que sur le terrain national pratiquement aucune dialyse n'est faite en milieu extrahospitalier et que, par conséquent, la question ne se pose pas en pratique. L'expert gouvernemental précise qu'en principe la dialyse peut certainement également être réalisée en dehors du secteur hospitalier dans des infrastructures qui permettent d'héberger les équipements nécessaires, voire même à domicile. Si la dialyse à domicile est pratiquée à l'étranger, ce domaine n'est néanmoins que peu développé au Luxembourg.

Les amendements proposés pour les articles 5, 7, 8 et 9 sont adoptés par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

Article 10 du projet de loi

L'article 10 du projet de loi prévoit qu'un règlement grand-ducal peut préciser d'autres normes relatives aux services hospitaliers mentionnés à l'article 4, telles que (a) l'aménagement, l'organisation générale, le nombre minimal et maximal de lits par service ainsi que le taux d'occupation à atteindre par patients relevant du service, (b) les effectifs médicaux requis, les spécialités médicales concernées, les professionnels de santé et leur dotation, (c) le niveau de continuité de service à respecter sous forme de gardes ou d'astreintes, (d) l'environnement requis sur le site hospitalier abritant le service, dont la disponibilité d'autres services et compétences médicales extérieures au service, (e) les équipements dont doit disposer le service, (f) les procédures, les activités et le cas échéant les actes techniques réservés à ces services, ainsi que les modalités de documentation de l'activité et de l'évaluation des résultats d'activité.

Dans son avis du 23 décembre 2016, le Conseil d'État constate que l'article sous examen reprend, en la précisant, une disposition inscrite dans l'article 10 de la loi de 1998. Il constate que, depuis 1998, peu de normes ont été établies par voie réglementaire pour les services visés. Ainsi, cet article n'a été invoqué comme base légale que pour deux règlements grand-ducaux¹. Le Conseil d'État estime néanmoins que l'existence de normes contraignantes est indispensable pour assurer la qualité des prestations dans un service hospitalier. Par ailleurs, il constate que cet article concerne les « services hospitaliers mentionnés à l'article 4 et définis à l'annexe 2 ». Or, les services définis à l'annexe 2 ne sont pas tous mentionnés à l'article 4, sachant qu'il y a des services dont la mention se trouve à l'endroit de l'article 5. Il y aurait dès lors lieu de redresser cette erreur de renvoi et de remplacer les termes « à l'article 4 » par ceux de « aux articles 4 et 5 ».

Le Conseil d'État note que les définitions proposées à l'endroit de l'annexe 2 comportent des éléments qui ont un caractère normatif. Le nombre minimal par service est fixé à l'annexe 2, alors que le nombre maximal est fixé dans l'autorisation d'exploitation. Ces données ne devraient donc pas être fixées par règlement grand-ducal.

Dans l'annexe 2 figurent pour certains services des normes concernant les spécialités médicales concernées, les professionnels de santé, le niveau de continuité de service à respecter dans le cas de certains services nationaux, l'environnement requis sur le site hospitalier abritant le service, dont la disponibilité d'autres services et de compétences médicales et professionnelles extérieures au service, les équipements dont doit disposer le service, alors que ces données manquent pour d'autres. Le Conseil d'État estime qu'il faut éviter que pour certains services ces éléments soient fixés par la loi, alors que pour d'autres ils peuvent être fixés par voie réglementaire. Plutôt que de recourir à des règlements grand-ducaux, ce qui pose le problème d'un cadre légal suffisant, le Conseil d'État propose de compléter l'annexe 2 de la loi.

Il est essentiel que ces normes soient établies avec un degré de précision élevé, alors qu'elles doivent permettre de départager, le cas échéant, deux établissements postulant pour l'exploitation d'un même service.

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

Il est proposé par un membre du groupe politique DP de biffer le bout de phrase « le nombre minimal et maximal de lits par service », cette précision étant superfétatoire, alors que le nombre minimal et maximal de lits par service est précisé dans les définitions de service dans l'annexe 2. Cette proposition est retenue par la commission.

L'expert gouvernemental propose par ailleurs de rajouter au point 1^{er} les termes « l'infrastructure et l'architecture ». Cette proposition est soutenue par la commission, néanmoins il est suggéré de l'ajouter sous le point 4.

Pour ce qui est de l'utilité de maintenir la notion « occupation de lits », la commission est informée que le taux d'occupation des lits hospitaliers n'est pas extrêmement élevé au Luxembourg (seulement 72% taux d'occupation réparti sur l'année, avec des pics d'activité en hiver, et des creux d'activité particulièrement importants pendant les vacances de Pâques et pendant le mois d'août). La question de savoir si l'État doit subventionner des infrastructures importantes pour permettre de faire face à certains pics d'activité alors qu'il

¹ Le règlement grand-ducal du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d'imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonance magnétique nucléaire, et le règlement grand-ducal du 23 décembre 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgences.

n'y a pas de véritable gestion de lits et de répartition de l'activité programmée est une question qui touche plutôt le domaine de l'utilisation des données à caractère public.

En outre la commission est informée qu'en termes de gestion de lits, il y a dans certains centres hospitaliers des modalités de fermeture temporaire de lits saisonniers afin d'éviter des coûts d'exploitation trop importants. Il serait intéressant de calculer voire de connaître le taux d'occupation réel par rapport au nombre de lits disponibles dans les différents centres hospitaliers; d'où l'utilité de mentionner le taux d'occupation dans la présente disposition.

Le principe en soi de mentionner le taux d'occupation est partagé en commission, néanmoins il est proposé de biffer les termes « à atteindre ». Par ailleurs, un membre du groupe politique CSV estime que le libellé actuel du texte gouvernemental est trop restrictif.

En outre, l'orateur estime également que le bout de phrase « équipements dont doit disposer le service; » est superfétatoire, alors que cette question devrait être clarifiée implicitement en cas d'autorisation de service.

Il est confirmé que, dans les définitions de services, il y a effectivement déjà un cadre normatif, mais ce cadre n'est pas vraiment explicite. Par contre, certains services vont avoir besoin d'un aménagement spécifique. Préciser les spécificités par service permettrait dès lors une meilleure guidance en matière d'aménagement hospitalier; d'où l'utilité de cette mention. Il est également renvoyé à des législations étrangères, dans lesquelles le cadre normatif pour les divers services peut être extrêmement précis et contraignant ou, au contraire, beaucoup moins contraignant voire absent. C'est la raison pour laquelle l'option de ne pas recourir forcément à des normes contraignantes pour tous les services a été proposée dans ce texte.

Un membre du groupe politique déi gréng estime que ces explications devraient être davantage intégrées dans le texte législatif.

Un membre du groupe politique CSV estime que le terme « peut préciser » n'est pas adapté en l'occurrence, notamment du point de vue juridique. En effet, si les critères prévus à l'annexe 2 sont suffisants, l'article sous examen et plus particulièrement le règlement grand-ducal y prévu seraient superfétatoires. Si lesdits critères ne sont pas suffisants, un règlement grand-ducal devra obligatoirement être pris. L'expert gouvernemental précise que le but est justement de garder une certaine flexibilité, ce d'autant plus que dans le système actuel aucune norme n'est prévue. Il est retenu de garder le terme « peut ».

En outre, le membre du groupe politique CSV se demande qui décide pour quel service un règlement grand-ducal sera pris. Pour ce qui est du critère prévu au point 6 « les modalités de documentation de l'activité et de l'évaluation des résultats d'activité », l'orateur estime que cette disposition devrait avoir un caractère général, parce qu'il s'agit implicitement d'un élément de qualité et de sécurité. D'autant plus, il y aurait également lieu de tenir compte des charges de personnel supplémentaires. Le bout de phrase serait par conséquent à supprimer, parce qu'il est superfétatoire.

L'expert gouvernemental explique que les modalités de documentation sont à différencier de la documentation hospitalière en général. En effet, dans certains services les modalités de documentation doivent être adaptées aux spécificités des services respectifs. Pour ce qui est du personnel nécessaire pour les modalités de documentation, une personne est déjà prévue dans les dotations de la CNS. Concrètement, par exemple pour le service d'urgence, il existe déjà un règlement grand-ducal qui précise les normes dudit service, les diverses modalités d'aménagement, ainsi que le niveau de continuité du service à respecter. Concernant la documentation spécifique, notamment pour ce qui est du service d'urgence, le délai d'attente par catégorie de patient a déjà fait l'objet de multiples critiques. Concernant

le temps nécessaire pour la prise en charge d'un patient, il faut en réalité pouvoir considérer qu'il peut y avoir différents types de patients par service, par exemple des patients sous respirateurs et d'autres sans. Pour assurer que des équipements techniques (plus) sophistiqués soient utilisés dans une bonne efficacité, il y a des critères d'occupation qui ont été établis pour certains services.

Les propositions de la commission de remplacer les termes « qui ont trait » par les termes « qui concerne » et de biffer « sous forme de garde et d'astreinte » sont retenues.

Il est proposé de ne pas suivre la proposition du Conseil d'État de déterminer toutes les normes auxquelles doivent obéir les services hospitaliers dans l'annexe 2 du présent projet de loi, étant donné que la commission souhaite maintenir la possibilité de déterminer certaines normes pour différents services hospitaliers par voie réglementaire. Il est à noter que des ressources humaines supplémentaires ont été allouées en 2017 à la Direction de la Santé afin de soutenir les travaux d'élaboration de normes de services.

Ainsi l'on entend maintenir l'article 10 du projet de loi en l'adaptant à certaines observations du Conseil d'État, notamment en ce qui concerne la référence aux articles 4 et 5 ainsi qu'au nombre minimal et maximal de lits par service.

Il paraît également important que les normes réglementaires auxquelles certains de ces services devront se conformer concernent également l'infrastructure et l'architecture (par exemple : la taille minimale et maximale d'une chambre hospitalière.)

L'article est adopté par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

L'expert gouvernemental est chargé d'élaborer une proposition de texte pour la prochaine réunion.

Article 11 du projet de loi

L'article 11 a trait aux autorisations d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier.

Le Conseil d'État estime dans son avis du 23 décembre 2016 que la première autorisation d'exploitation ne doit pas être accordée pour une durée de cinq ans, mais, à l'instar des prorogations, pour une durée maximale de cinq ans, afin d'assurer un maximum de flexibilité dans la planification hospitalière.

Suite à ses observations faites à l'endroit de l'article 2, le Conseil d'État propose de donner à la dernière phrase de l'alinéa 2 la teneur suivante:

« L'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier peut être adaptée avant l'échéance de cinq ans. »

Il convient également, selon le Conseil d'État, de prévoir dans l'article sous examen que l'autorisation d'exploitation doit pouvoir être amendée, si l'organisme gestionnaire estime qu'une modification des projets d'établissement ou de service, changeant les conditions de l'autorisation d'exploitation, s'impose.

Au sein de la commission, il est retenu de suivre le Conseil d'État sur ce point. Une proposition de texte sera élaborée par l'expert gouvernemental pour la prochaine réunion.

Finalement le Conseil d'État estime encore qu'il convient de prévoir que l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou sa prorogation peuvent être refusées si celui-

ci ne respecte pas son projet d'établissement ou s'il ne répond pas aux besoins sanitaires nationaux, alors que la notion de « ne plus respecter » ou de « ne plus répondre » présuppose que ces conditions étaient préalablement remplies.

Un membre du groupe politique DP constate qu'aucun recours n'est prévu. L'expert gouvernemental explique que les voies de recours de droit commun devant le tribunal administratif sont applicables en l'occurrence.

Pour ce qui est de la disposition « En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier ou de fermeture d'un site hospitalier, le ministre fixe le délai endéans lequel l'établissement hospitalier, le service hospitalier ou le site hospitalier doit être fermé. Ce délai est de deux ans au maximum dans le cas de la fermeture d'un établissement hospitalier ou d'un site hospitalier. Dans le cas d'un service hospitalier, ce délai est d'un an au maximum », un membre du groupe politique CSV estime qu'il y a également lieu de prévoir un délai minimum. L'expert gouvernemental, tout en renvoyant à l'article 12, explique qu'il s'agit d'une situation exceptionnelle et que par conséquent il n'est pas conseillé de prévoir un délai minimum.

Suite aux propositions d'amendements exposées ci-dessus, l'expert gouvernemental suggère de corriger au paragraphe 1^{er} de l'article 11 la référence dans cet article en remplaçant l'article 8 par l'article 7. Par ailleurs, il est proposé de suivre le Conseil d'État qui estime que la première autorisation d'exploitation ne doit pas être accordée pour une durée de cinq ans, mais, à l'instar des prorogations, pour une durée maximale de cinq ans, afin d'assurer un maximum de flexibilité dans la planification hospitalière.

L'expert gouvernemental propose en outre de donner suite à la suggestion du Conseil d'État de prévoir dans l'article sous examen que l'autorisation d'exploitation doit pouvoir être amendée si l'organisme gestionnaire estime qu'une modification des projets d'établissement ou de service, changeant les conditions de l'autorisation d'exploitation, s'impose.

L'article est adopté par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

Une nouvelle proposition de texte sera élaborée par l'expert gouvernemental pour la prochaine réunion.

Article 12 du projet de loi

Cet article reprend l'article 7 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et permet au ministre de fermer sous certaines conditions un établissement hospitalier ou un service hospitalier suite à un procès-verbal de la part du directeur de la Santé.

L'article 12 n'appelle pas d'observation du Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2013.

L'expert gouvernemental attire l'attention sur le fait que, suite aux propositions d'amendements exposées ci-dessus, il y a lieu de corriger la référence dans cet article en remplaçant l'article 8 par l'article 7.

En outre, il propose au point 4 du paragraphe 1^{er} de l'article 12 de remplacer le terme « nationaux » par « déterminés conformément à l'article 3 », étant donné que la détermination des besoins sanitaires se fait sur base de la carte sanitaire conformément à la procédure prévue à l'article 3.

En vue d'une meilleure lisibilité et d'une plus grande précision du texte, il est également proposé de remplacer au point 4 du paragraphe 1^{er} de l'article 12 la référence « avant-dernier alinéa » par « paragraphe 5 ».

Une nouvelle proposition de texte sera élaborée par l'expert gouvernemental pour la prochaine réunion.

L'article est adopté par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

Article 13 du projet de loi

Cet article reprend l'article 8 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

L'article 13 n'appelle pas d'observation du Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2013.

L'article est adopté par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

*

La commission se voit distribuer par l'expert gouvernemental une proposition de texte d'une nouvelle annexe 3 dédiée aux équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières dont l'acquisition ou l'utilisation doit être soumise à l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier ainsi qu'à l'autorisation du ministre.

À noter dans ce contexte que l'ajout d'une nouvelle annexe devient nécessaire suite à l'opposition formelle du Conseil d'État formulée à l'endroit de l'article 14. En effet, la Haute Corporation a en outre demandé dans son avis du 23 décembre 2016 « de faire figurer la liste en question en tant qu'annexe au projet de loi sous avis ».

Cette annexe 3 fera l'objet d'un examen détaillé lors d'une des prochaines réunions.

2. Divers

Aucun point divers n'est abordé.

Le Secrétaire-administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente,
Cécile Hemmen