



CHAMBRE DES DÉPUTÉS  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2015-2016

TS/JCS

P.V. SECS 30

**Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports**

**Procès-verbal de la réunion du 13 septembre 2016**

Ordre du jour :

1. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière  
  
- Présentation du projet de loi par Madame la Ministre de la Santé et échange de vues
2. Divers

\*

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

Mme Lydia Mutsch, Ministre de la Santé

M. Jean-Claude Schmit, Directeur de la Santé

M. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Nancy Arendt, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Alexander Krieps

\*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

\*

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

Madame la Présidente est désignée comme rapporteur du projet de loi.

\*

Madame la Ministre procède d'abord à un bref historique du projet de loi et esquisse ensuite les démarches procédurales futures envisagées.

En effet, dans sa séance du 8 janvier 2016, le Conseil de Gouvernement a donné son accord de principe à l'avant-projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

L'avant-projet de loi a ensuite fait l'objet d'une large consultation et divers organismes ont élaboré des avis circonstanciés y relatifs.

Les avis du Collège médical (8 mars 2016), de la CNS (16 mars 2016), de la Chambre des Salariés (16 mars 2016), de la FHL (13 avril 2016), de l'OGBL (15 avril 2016), de l'AMMD (20 avril 2016) et de la CPH (17 juin 2016) ont été transmis au ministre.

L'avant-projet de loi a été modifié en tenant compte des observations pertinentes des différents avis.

Dans sa séance du 13 juillet 2016, le Conseil de Gouvernement a adopté l'avant-projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (à partir de cette approbation il est à qualifier de «projet de loi» et non plus «d'avant-projet de loi»).

Le projet de loi a été déposé le 7 septembre 2016 à la Chambre des Députés.

Le projet de loi a été soumis pour avis au Conseil d'État ainsi qu'aux Chambres professionnelles dont l'avis est légalement requis, à savoir le Collège médical, le Conseil supérieur des professions de santé ainsi que la Chambre des Salariés.

Madame la Ministre attire l'attention de la commission sur le résumé de la carte sanitaire, contenu dans le document parlementaire, qui permet d'avoir une vue d'ensemble du projet de loi.

Pour ce qui est de l'objet du projet de loi, il est précisé qu'il n'a non seulement comme finalité d'intégrer dans un texte législatif les dispositions relatives au plan hospitalier préalablement contenues dans un règlement grand-ducal, mais il apporte également de nombreuses adaptations à la loi modifiée du 28 août 1998, notamment en modifiant ou précisant:

- a.) certaines définitions d'établissements hospitaliers;
- b.) les procédures d'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier et de services hospitaliers;
- c.) les dispositions relatives au financement des projets de construction ou de modernisation des établissements hospitaliers par le biais du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières;
- d.) certaines compétences du commissaire du Gouvernement aux hôpitaux;
- e.) certaines compétences de la Commission permanente pour le secteur hospitalier;
- f.) les dispositions relatives à la gouvernance hospitalière;
- g.) les dispositions relatives aux laboratoires hospitaliers et à la pharmacie hospitalière;
- h.) en créant un service de documentation et d'information médicale dans chaque hôpital et en déterminant le système de documentation hospitalière.

Du fait que de nombreux articles de la loi modifiée du 28 août 1998 ont été modifiés et que de nombreuses dispositions issues du projet de règlement grand-ducal visant à établir le nouveau plan hospitalier ont dû, selon l'avis du Conseil d'État du 19 mai 2015, être intégrées dans un texte législatif, les auteurs du présent projet ont décidé d'élaborer une seule «*loi hospitalière*», en y intégrant toutes les dispositions pertinentes de la loi de 1998 ainsi que celles du projet de règlement grand-ducal visant à établir le nouveau plan hospitalier et en abrogeant la prédite loi de 1998.

Pour ce qui est de l'adaptation des données de la carte sanitaire et de la publication de la carte sanitaire, la commission est informée que la carte sanitaire a été mise à jour afin d'en dégager une évaluation des besoins sanitaires nationaux.

La carte sanitaire sera mise à jour de manière régulière (tous les deux ans) et l'évaluation des besoins sanitaires se fera sur une période plus longue (une dizaine d'années).

Afin de pouvoir discuter en toute transparence le projet de loi sous rubrique, la carte sanitaire ainsi que l'évaluation des besoins sanitaires futurs sont publiés ensemble avec le présent projet de loi.

Pour ce qui de l'attribution des lits aux différents centres hospitaliers, l'accent a été mis sur la flexibilité.

En effet, le projet de loi détermine le nombre maximal de lits par catégorie de lits qui pourra être autorisé durant les prochaines années.

Le présent texte détermine également une fourchette respectivement un nombre maximum de lits par catégories d'établissements pouvant être autorisés.

Il s'agit de nombres maximaux de lits pouvant théoriquement être autorisés au cours des 10 prochaines années, mais qui ne seront pas obligatoirement tous autorisés si l'évaluation biennale des besoins sanitaires ne fait pas apparaître une telle nécessité.

Or, le nombre exact de lits attribués à chaque établissement hospitalier, étant une décision administrative individuelle, ne sera pas déterminé dans la présente loi mais dans l'autorisation d'exploitation de chaque établissement. Il pourra être revu à la hausse dans l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier si l'évaluation des besoins sanitaires en démontre la nécessité.

Il a été renoncé à déterminer dans les dispositions de la présente loi un nombre précis de lits à autoriser afin de garantir la flexibilité nécessaire en vue d'adapter ce nombre aux besoins d'une population résidente en croissance et en vieillissement continu.

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

Pour ce qui du nombre de services hospitaliers, celui-ci a été adapté.

La détermination du nombre maximal de services hospitaliers pouvant être autorisé a fait l'objet de discussions au sein de la CPH mais également dans les avis consultatifs relatifs l'avant-projet de loi. Les auteurs du présent projet ont tenu compte de certaines observations justifiées dans ces avis consultatifs. Ainsi, il a été décidé:

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

Le projet de loi prévoit en outre 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.

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 texte sont d'avis 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.

Dans pareille hypothèse, ni l'INCCI ni le CFB ne devrait obligatoirement être géré par un hôpital.

Pour ce qui est de l'amélioration de la gouvernance hospitalière, quatre éléments sont soulevés:

En effet, en cas de vente des biens immeubles ou meubles d'un établissement hospitalier, les règles de remboursement des aides étatiques obtenues par le biais du Fonds pour les investissements hospitaliers ont été revues.

En outre, les compétences du commissaire du Gouvernement aux hôpitaux ont été étendues: la participation à toutes les réunions des organismes gestionnaires est possible et il dispose d'un droit de veto suspensif.

Par ailleurs, les compétences des différentes directions hospitalières, tout comme les relations entre ces directions et les médecins hospitaliers y attachés ont été précisées sans toucher à la liberté thérapeutique des médecins, à leur statut juridique ou à leurs modalités de rémunération. Ces précisions dans la relation médecin hospitalier/direction hospitalière s'inspirent de la loi belge coordonnée du 10 juillet 2018 sur les hôpitaux et autres établissements de soins et sont un prérequis indispensable à la mise en œuvre d'une documentation hospitalière nécessaire à l'instauration d'une tarification à l'activité.

Finalement, le rôle des Conseils médicaux a été renforcé alors que tout établissement qui entend soumettre un projet de service ou un projet d'établissement pour autorisation au Ministre doit au préalable solliciter l'avis du Conseil médical en question.

Un comité national d'éthique hospitalier sera créé.

Un comité national d'éthique hospitalier unique pour tous les établissements hospitaliers a été créé afin que les prescriptions éthiques s'appliquent de la même manière dans tous les hôpitaux.

Le respect par tout établissement hospitalier des dispositions de loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide et de loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie au sein de ses structures hospitalières a été inscrit dans la loi.

Pour ce qui est des réseaux de compétences, il est relevé que les avis émis lors de la phase de consultation du présent projet de loi ont souvent fait apparaître certaines confusions relatives à la notion de «centres de compétences». En effet, de nombreux commentateurs du projet ont déduit de la terminologie de «centre» que ce centre de compétences ne pouvait se trouver que sur un seul site hospitalier.

Afin de souligner qu'un centre de compétences peut être multi-sites et que la filière de prise en charge de la pathologie traitée peut se dérouler aussi bien en milieu hospitalier qu'extrahospitalier, le terme de «centre» a été modifié en «réseau» de compétences.

Il a également été précisé que la recherche peut s'associer à un réseau de compétences.

En ce qui concerne la gouvernance des réseaux de compétences, le Conseil d'État avait préconisé dans son avis du 23 novembre 2010 relatif à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé (doc. parl. n°6196-3) la création d'un comité de gestion interhospitalière.

Les auteurs du présent projet se sont fortement inspirés de cette structure de gouvernance des réseaux de compétences telle que proposée par le Conseil d'État en créant également un comité de gestion interhospitalière.

Les pathologies ou groupes de pathologies pouvant être pris en charge dans un réseau de compétences sont les suivants:

- accidents vasculaires cérébraux (1);
- cancer du sein et certains autres cancers intégrant le service de radiothérapie (2);
- affections rachidiennes à traitement chirurgical (1);
- diabète de l'adulte et de l'enfant (2);
- obésité morbide (1);
- problèmes cardiaques de nature à nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, intégrant les services de chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle (1);
- immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1);
- maladies psychosomatiques (1);
- douleur chronique (1);
- maladies neuro-dégénératives (1).

En ce qui concerne les laboratoires hospitaliers, il est précisé que chaque hôpital doit disposer d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Tous les examens de laboratoires prescrits par des médecins agréés à l'hôpital et exécutés à l'hôpital sont à considérer comme des examens appartenant exclusivement au milieu hospitalier.

Les établissements hospitaliers peuvent se regrouper pour leurs activités de laboratoire dans une structure qui leur est commune.

\*

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

Un membre du groupe politique CSV regrette que le présent projet de loi se limite au secteur hospitalier et n'aborde pas le secteur extrahospitalier, notamment en ce qui concerne le volet ambulatoire. Il estime en outre que le projet de loi ne laisse pas suffisamment de flexibilité et qu'on risque de créer ainsi une réglementation excessive.

Pour ce qui est des conseils médicaux, il est renvoyé à l'article 24 du projet de loi. Cet article reprend la disposition de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, mis à part le fait que désormais les projets d'établissement doivent également être soumis pour avis au conseil médical. Cet avis est obligatoire. À défaut d'un tel avis, le projet d'établissement n'est pas éligible.

Concernant la création d'un seul comité d'éthique hospitalier national, il est précisé que le but est d'appliquer partout les mêmes standards de réflexion éthique. Il aura pour mission de veiller à l'application uniforme des prescriptions éthiques dans les hôpitaux.

Pour ce qui est du RehaZenter, la commission est informée que ce dernier dispose actuellement de 72 lits d'hospitalisation de moyen séjour, affiche une durée moyenne de séjour de 45,8 jours et un taux d'occupation de 91%. Par ailleurs, la demande de prise en charge au RehaZenter pour des patients assurés résidents est supérieure aux capacités d'accueil. Une augmentation de la capacité stationnaire du RehaZenter devrait permettre à un nombre plus important de patients de pouvoir bénéficier de l'offre structurelle de soins et d'équipements de cet établissement spécialisé au cas où ces structures et équipements seraient saturés.

À noter dans ce contexte que le présent projet prévoit également une nouvelle catégorie de lits, à savoir les lits d'hospitalisation de longue durée pour des patients qui nécessitent des soins médicaux pour une durée d'hospitalisation prolongée ou de longue durée dispensés en milieu hospitalier par des équipes médicales et des soignants spécifiquement formés.

Concernant le LNS, il est confirmé qu'il continuera en principe de bénéficier de l'atout de monopoliste dans certains domaines.

Le virage ambulatoire, déjà amorcé dans le plan hospitalier de 2009, est également accentué en laissant la flexibilité nécessaire aux établissements hospitaliers de développer l'hospitalisation de jour.

Il est précisé que la création d'un réseau de compétences nécessite la collaboration d'au moins deux établissements hospitaliers. L'objectif est de concentrer différentes compétences et différents services dans le but d'une amélioration de la qualité de la prise en charge médicale, mais également en vue d'utiliser les ressources disponibles de manière optimale. Chaque réseau pourra comprendre plusieurs hôpitaux, mais pas obligatoirement les 4 établissements hospitaliers, ce qui risquerait d'être contre-productif.

## **2. Divers**

Un membre du groupe politique CSV attire l'attention sur une proposition de directive du Parlement européen et du Conseil (COM(2016)248) modifiant la directive 2004/37/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail, document européen qui a été renvoyé à la Commission de la Santé, de l'Égalité des Chances et des Sports par courrier du 31 mai 2016. Le dossier précité relève du contrôle politique a priori du respect du principe de subsidiarité.

Elle déplore que le dossier n'ait pas été mis à l'ordre du jour dans les délais. En effet, le délai de huit semaines a débuté le 17 mai 2016 et a pris fin le 12 juillet 2016.

Après un bref échange de vues, il est retenu de mettre le document en question à l'ordre du jour d'une prochaine réunion et de veiller à l'avenir de traiter les documents européens dans les délais impartis.

Il est rappelé qu'une visite des membres de la Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports du LNS sera organisée en date du 4 octobre 2016.

Le Secrétaire-administrateur,  
Tania Sonnetti

La Présidente,  
Cécile Hemmen