



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2018-2019

PP/PG

P.V. SASP 11

Commission de la Santé et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 7 mai 2019

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 26 février 2019 et de la réunion jointe du 19 mars 2019
2. 7312 Projet de loi portant approbation du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, fait à Séoul, le 12 novembre 2012
 - Désignation d'un rapporteur
 - Présentation du projet de loi
 - Examen de l'avis du Conseil d'Etat
3. Réunion informelle des ministres de la Santé de l'Union européenne les 14 et 15 avril 2019 à Bucarest - Compte rendu par Monsieur le Ministre
4. Divers

*

Présents : M. Marc Angel, M. Gilles Baum, M. Marc Baum, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Gusty Graas, M. Claude Haagen, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Françoise Hetto-Gaasch, Mme Josée Lorsché, M. Georges Mischo, M. Gilles Roth, remplaçant M. M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler

M. Etienne Schneider, Ministre de la Santé

Mme Anne Calteux, du Ministère de la Santé

Mme Patricia Pommerell, de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Marc Spautz

*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission

*

1. **Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 26 février 2019 et de la réunion jointe du 19 mars 2019**

Les projets de procès-verbal sous rubrique sont approuvés à l'unanimité des membres présents.

2. 7312 Projet de loi portant approbation du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, fait à Séoul, le 12 novembre 2012

Présentation du projet de loi

Monsieur Étienne Schneider, Ministre de la Santé, procède à la présentation du projet de loi sous rubrique qui a été déposé par le Ministre des Affaires étrangères et européennes en date du 30 mai 2018.

Le projet de loi, en son article unique, se propose d'approuver le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, fait à Séoul, le 12 novembre 2012.

Le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac constitue le premier protocole à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac (CCLAT) qui est entrée en vigueur le 27 février 2005. Il a été adopté lors de la cinquième conférence des Parties à la CCLAT qui s'est tenue le 12 novembre 2012 à Séoul.

La CCLAT proclame que l'élimination de toutes les formes de commerce illicite de produits du tabac, y compris la contrebande, la fabrication illicite et la contrefaçon, constituent des aspects essentiels de la lutte antitabac. Le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac vise à assurer un contrôle accru de la chaîne logistique de l'offre du tabac, notamment par la mise en place de systèmes de suivi et de traçabilité des produits ainsi que par le renforcement des sanctions pénales et de la coopération internationale des services de répression des fraudes et des services judiciaires.

Le Ministre précise que les objectifs du protocole à la CCLAT sont largement identiques à ceux de la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE. En effet, les deux textes prévoient la mise en place d'un système d'identification et de traçabilité. En vertu de la directive 2014/40/UE, il est prévu que les unités de conditionnement de produits du tabac seront revêtues d'un identifiant unique et comportent un dispositif de sécurité infalsifiable. Au Luxembourg, le groupement d'intérêt économique chargé de la mise en œuvre de ces mesures sera opérationnel à partir du 10 mai 2019, dix jours avant la date limite prévue par la directive 2014/40/UE (20 mai 2019).

Échange de vues

- Monsieur Jean-Marie Halsdorf (groupe parlementaire CSV) attire l'attention sur le fait que le protocole à la CCLAT n'a pas été signé par tous les États membres de l'Union européenne¹, estimant que cette

¹ Jusqu'à présent, le protocole a été signé par 14 États membres de l'Union européenne (Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Pays-Bas, Portugal, Slovénie, Suède, Royaume-Uni), dont sept ont déposé leur instrument de ratification. La Lettonie, Malte, la Slovaquie et l'Espagne

situation risque de prêter à confusion et d'entraver une application uniforme des dispositions du protocole au niveau de l'Union européenne, notamment en ce qui concerne la coopération internationale dans la lutte contre les infractions pénales liées au commerce illicite de tabac, de produits du tabac et de matériel de fabrication.

- La représentante du ministère de la Santé précise dans sa réponse que le système d'identification et de traçabilité prévu par la directive 2014/40/UE est quasiment identique à celui prévu par le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. En effet, la directive vise notamment à transposer en droit européen les obligations en matière d'identification et de traçabilité imposée par le protocole. Par conséquent, tous les États membres de l'Union européenne sont tenus de mettre en place un tel système jusqu'au 20 mai 2019 (date limite prévue par la directive 2014/40/UE), même s'ils n'ont pas encore exprimé leur consentement à être lié par le protocole à la CCLAT. Par ailleurs, le considérant 7 de la directive 2014/40/UE précise que « *[l']action législative au niveau de l'Union est également nécessaire pour mettre en œuvre la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac (CCLAT) de mai 2003, à laquelle sont parties l'Union et ses États membres, et pour lesquels les dispositions de cette convention-cadre sont contraignantes* ».

À noter que la Commission européenne a signé le protocole à la CCLAT au nom de l'Union européenne et a déposé un acte de confirmation formelle en date du 24 juin 2016. L'Union européenne dispose d'une compétence exclusive pour agir en ce qui concerne les matières régies par le protocole à la CCLAT qui relèvent de la politique commerciale commune de l'Union. En outre, elle dispose d'une compétence exclusive pour agir en ce qui concerne les matières régies par le protocole à la CCLAT qui relèvent de la coopération douanière, du rapprochement des législations dans le domaine du marché intérieur, de la coopération judiciaire en matière pénale et de la définition des infractions pénales, uniquement dans la mesure où les dispositions d'un acte de l'Union établissent des règles communes qui sont susceptibles d'être affectées ou dont la portée pourrait être altérée par les dispositions du protocole à la CCLAT. En ce qui concerne les autres matières régies par le protocole à la CCLAT pour lesquelles l'Union européenne ne dispose pas d'une compétence exclusive pour agir, les États membres restent compétents.²

- Il est convenu d'intégrer les éléments susmentionnés dans le projet de rapport relatif au projet de loi sous rubrique.
- Monsieur Mars Di Bartolomeo (groupe parlementaire LSAP) donne encore à considérer que les dispositions du protocole à la CCLAT et

ont eu recours à l'acceptation, instrument qui a le même effet juridique que la ratification et exprime par conséquent le consentement d'un État à être lié par un traité (au même titre que l'approbation).

² Cf. Décision (UE) 2016/1749 du Conseil du 17 juin 2016 relative à la conclusion, au nom de l'Union européenne, du protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac à la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac, à l'exception de ses dispositions relevant de la troisième partie, titre V, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne

de la directive 2014/40/UE contiennent des mesures qui devraient profiter à tous les États membres de l'Union européenne, leur permettant d'intensifier la lutte contre le tabagisme.

Examen de l'avis du Conseil d'État

Le Conseil d'État a rendu son avis en date du 27 juillet 2018. Le texte de l'article unique n'appelle pas d'observation de la part de la Haute Corporation.

Désignation d'un rapporteur

Le Président de la Commission de la Santé et des Sports, Monsieur Mars Di Bartolomeo, est nommé rapporteur du projet de loi sous rubrique.

Les membres de la Commission de la Santé et des Sports proposent le modèle de base pour la discussion du projet de loi sous rubrique.

3. Réunion informelle des ministres de la Santé de l'Union européenne les 14 et 15 avril 2019 à Bucarest - Compte rendu par Monsieur le Ministre

La présidence roumaine du Conseil de l'Union européenne a ouvert la réunion informelle des ministres de la Santé par la question de l'accès aux médicaments et traitements innovants, notamment pour les personnes souffrant de maladies rares. En effet, les systèmes de sécurité sociale des États membres ne sont pas toujours en mesure d'assumer le coût de ces médicaments et traitements particulièrement coûteux.

Lors du déjeuner, la Roumanie a présenté les efforts qu'elle a entrepris en matière de traitement et de lutte contre les hépatites virales.

Par la suite, un bilan mitigé a été dressé de la mise en œuvre de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. La conclusion a été tirée que les États membres préfèrent avoir recours au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale plutôt qu'aux dispositions de la directive 2011/24/UE dont la mise en œuvre s'avère plus compliquée. Une des raisons réside dans le fait que sous le règlement les patients ne sont pas obligés d'avancer les frais, contrairement à ce qui est prévu sous la directive.

Le Ministre informe qu'en 2018, 15.569 demandes d'autorisation préalable ont été soumises à la Caisse nationale de santé (CNS), dont 12.754 ont été accordées au titre du règlement (CE) n° 883/2004 et 673 au titre de la loi du 1^{er} juillet 2014 portant 1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ; 2) modification du Code de la sécurité sociale ; 3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ; 4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien ; 5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ; 6) modification de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments ; 7) modification de la

loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux.

En vertu de la loi précitée du 1^{er} juillet 2014, la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers nécessite une autorisation préalable de la CNS, si ces prestations impliquent le séjour de l'assuré dans un hôpital ou le recours à des infrastructures hautement spécialisées et coûteuses.

La Commission européenne œuvre en faveur d'une abolition de l'autorisation préalable, au nom du principe de la libre circulation des personnes, mais la majorité des États membres tiennent à maintenir un certain contrôle par souci de garder la main sur l'organisation et le financement de leurs systèmes de sécurité sociale.

En marge de la réunion informelle des ministres de la Santé, Monsieur Schneider a rencontré son homologue belge, Madame Maggie De Block, pour discuter de différents sujets d'actualité, dont la pénurie des médecins. À cette occasion, le Ministre luxembourgeois a assuré son homologue du soutien du Luxembourg à la candidature du Dr Hans Kluge en vue des élections pour le poste de directeur régional de l'OMS pour l'Europe, et ceci conformément à l'accord passé entre les trois pays du Benelux concernant le soutien mutuel aux candidatures dans les organisations internationales. Le Ministre a également eu une entrevue avec le candidat autrichien au poste de directeur régional, Monsieur Clemens Auer.

En outre, le Ministre a eu une réunion avec les représentants de l'initiative de collaboration « BeNeLuxA », une initiative lancée par la Belgique et les Pays-Bas en 2015, rejoints plus tard par le Luxembourg, l'Autriche et l'Irlande, et qui a pour objectif d'agir ensemble sur le prix des médicaments et de contribuer ainsi à rendre plus facilement accessibles aux patients des pays participants les médicaments et traitements innovants.

La question d'une éventuelle adhésion de la Suisse à BeNeLuxA a été évoquée lors d'une entrevue bilatérale avec le ministre de la Santé suisse, Monsieur Alain Berset, avec lequel Monsieur Schneider a évoqué le coût élevé de certains médicaments et traitements, dont les traitements géniques. À cet égard, le ministre suisse a cité un traitement efficace contre la leucémie développé par un groupe pharmaceutique suisse dont les coûts s'élèveraient à un million d'euros par traitement. Le Luxembourg et la Suisse se sont mis d'accord sur la nécessité de renforcer la position de négociation des États vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Ils ont également échangé leurs idées sur les dossiers électroniques de santé et les défis liés à leur déploiement.

Échange de vues

- En réponse à une question de Madame Françoise Hetto-Gaasch (groupe parlementaire CSV), le Ministre précise que le groupe pharmaceutique suisse susmentionné peut se permettre de fixer le prix de son traitement contre la leucémie à un million d'euros parce qu'il détient le monopole de ce traitement.
- À cet égard, Monsieur Di Bartolomeo rappelle que l'État luxembourgeois s'efforce de convaincre l'industrie pharmaceutique de l'opportunité d'augmenter la quantité de production des médicaments innovants, ce qui permet à l'industrie d'écouler ces médicaments à un

prix plus abordable. En contrepartie, l'État s'engage à garantir le remboursement partiel ou total de ces médicaments par la CNS.

Dans ce contexte, l'orateur salue le fait que le Luxembourg a signé, le 28 mars 2019, un contrat-cadre avec le groupe pharmaceutique « Seqirus » concernant la production et la fourniture de vaccins contre la grippe pandémique. 14 autres États membres de l'Union européenne et la Commission européenne ont signé ce même accord leur assurant l'accès équitable aux vaccins en cas de pandémie à un prix compétitif. Grâce à l'achat groupé de vaccins et de médicaments contre les menaces transfrontières graves pour la santé, les États membres concernés ne sont plus susceptibles d'être déjoués les uns contre les autres par les groupes pharmaceutiques, comme c'était le cas lors des pandémies de grippe aviaire et porcine en 2008.

- Madame Hetto-Gaasch s'enquiert de l'opportunité de diversifier les sources d'importation des produits pharmaceutiques, donnant à considérer que de nombreux Luxembourgeois préfèrent s'approvisionner en Allemagne, et ceci malgré le fait que les médicaments achetés en Allemagne ne sont pas remboursés par la CNS.
- En guise de réponse, Monsieur Schneider indique qu'il n'est pas prévu de reconsidérer les liens privilégiés d'approvisionnement qui existent entre le réseau belge de distribution et le marché luxembourgeois. Ceci dit, le Luxembourg n'est pas fermé à des coopérations avec d'autres pays dans le domaine des médicaments, comme le montre l'initiative BeNeLuxA susmentionnée.
- La représentante du ministère de la Santé précise que les produits pharmaceutiques en provenance de la Belgique présentent l'avantage d'être assortis d'une notice d'information en français et en allemand, touchant ainsi une très large partie de la population. En outre, pour des raisons d'ordre historique, le Luxembourg entretient des relations étroites avec l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). Ainsi, 90% des médicaments mis sur le marché luxembourgeois sont en provenance de la Belgique, les 10% restants étant importés de France et d'Allemagne.
- Monsieur Halsdorf indique que la coopération avec la Belgique présente des avantages et des inconvénients. Alors que le Luxembourg profite du fait que la Belgique vend ses produits pharmaceutiques à des prix abordables, il risque de faire les frais de cette politique tarifaire en cas de pandémie, l'industrie pharmaceutique préférant alors écouler ses produits sur des marchés plus intéressants.
- Monsieur Marc Hansen (groupe parlementaire déi gréng) précise que les pharmaciens sont tenus de commander, par le biais de leurs fournisseurs, les produits pharmaceutiques dans les pays avec lesquels le Luxembourg a conclu un accord de coopération, en l'occurrence la Belgique. En cas de non disponibilité d'un médicament, ils ont pourtant la possibilité de commander ce médicament dans un autre pays, avec l'accord préalable de la CNS. En revanche, les pharmaciens ne sont plus autorisés à passer

commande directement auprès du producteur à l'étranger. Une telle pratique risque en effet de perturber la planification de la production et de favoriser un commerce parallèle de médicaments qui n'est guère compatible avec les missions de santé publique. Pour cette raison, il a été décidé d'introduire des règles plus restrictives qui sont pourtant susceptibles de causer des ruptures de stock.

Cela étant, l'orateur dit juger opportun de disposer d'un seul partenaire privilégié. Plutôt que de mettre en place une coopération avec trois pays différents, il semble préférable d'optimiser la coopération existante avec la Belgique et d'encourager celle-ci à adapter sa législation afin de mieux refléter les obligations découlant de cette coopération.

- Dans ce contexte, Monsieur Di Bartolomeo donne à considérer que la coopération avec un seul partenaire, qui prévoit des quotas de production adaptés aux spécificités du marché luxembourgeois, est susceptible de mieux garantir l'approvisionnement du Luxembourg en médicaments.
- En réponse à une question de Monsieur Halsdorf, Monsieur Schneider précise que la mise en place d'une agence nationale des médicaments et des produits de santé s'avère nécessaire, non seulement pour se mettre en conformité avec les obligations européennes concernant les différentes procédures accompagnant le cycle de vie d'un médicament, mais aussi en vue de la légalisation du cannabis récréatif, et afin d'attirer des entreprises pharmaceutiques au Luxembourg conformément à la stratégie de diversification économique du Grand-Duché de Luxembourg.

4. Divers

Le Ministre de la Santé propose aux membres de la Commission de la Santé et des Sports de leur fournir des explications au sujet du **rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers** que la Cour des comptes a soumis à la Chambre des Députés en date du 29 avril 2019³.

Dans le cadre dudit rapport, qui a fait l'objet d'une discussion lors de la réunion de la Commission du Contrôle de l'exécution budgétaire le 29 avril 2019 et qui a suscité un certain intérêt médiatique, « *la Cour a examiné, moyennant échantillonnage, le système de comptabilité, notamment le système de refacturation, mis en place au niveau des établissements hospitaliers afin de vérifier s'il satisfait aux obligations découlant du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers. La Cour a ensuite analysé l'efficacité et la cohérence des mécanismes de contrôle mis en place par le ministère de la Santé pour valider les demandes de remboursement introduites par les établissements hospitaliers. La période de contrôle couvre principalement les années 2007 à 2017.* »

Dans ce contexte, Madame Josée Lorsché (groupe parlementaire déi gréng)

³

<https://cour-des-comptes.public.lu/dam-assets/fr/rapports/rapports-speciaux/2019/RapportEtablissementsHospitaliers.pdf>

réitère sa proposition que le Ministre de la Santé informe périodiquement la Commission de la Santé et des Sports de l'état d'avancement des grands projets d'investissements hospitaliers financés par l'État, et ceci par analogie aux grands projets d'infrastructure relevant de la compétence du Ministre de la Mobilité et des Travaux publics.⁴

Monsieur Claude Wiseler (groupe parlementaire CSV) prend ensuite la parole pour souligner l'importance de ne pas porter atteinte aux prérogatives de la Commission du Contrôle de l'exécution budgétaire.

Après discussion, il est décidé d'entendre les explications du Ministre et de proposer à la Commission du Contrôle de l'exécution budgétaire l'organisation d'une réunion jointe afin de continuer la discussion sur le rapport spécial de la Cour des comptes.

Le Ministre attire l'attention sur le fait que ses services ont fourni, dans un document de 17 pages, un certain nombre de précisions à la Cour des comptes sur base de l'avant-projet que la Cour leur avait soumis.

Il donne à considérer que le ministère de la Santé n'est pas maître d'ouvrage des projets de construction, de modernisation ou d'extension des établissements hospitaliers.

À cet égard, il renvoie à l'avis que le Conseil d'État avait rendu le 23 décembre 2012 au sujet du projet de loi 7056 relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière⁵ et qui, à l'endroit de l'article 17, se lit comme suit :

« Comme l'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers, le Conseil d'État estime que ces établissements hospitaliers doivent relever du contrôle de la Cour des comptes et respecter la législation sur les marchés publics. Il préconise donc de compléter l'article 17 par un deuxième paragraphe qui prendra la teneur suivante :

« (2) Les dispositions de la loi du 25 juin 2009 sur les marchés publics s'appliquent aux établissements hospitaliers.

Tout établissement hospitalier est soumis au contrôle de la Cour des comptes quant à l'emploi conforme des concours financiers publics qui lui sont affectés. » »

La Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports⁶ avait décidé de ne pas reprendre cette proposition dans la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, au

⁴ Cf. procès-verbal de la réunion de la Commission de la Santé et des Sports du 2 avril 2019

⁵ Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification : 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » ; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.

⁶ Pendant la législature 2013-2018, la Commission parlementaire compétente portait le nom de « Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports ».

motif que la Cour des comptes y serait de toute manière habilitée en raison de sa loi organique. En effet, l'article 2, paragraphe 3, de la loi modifiée du 8 juin 1999 portant organisation de la Cour des comptes prévoit que les personnes morales de droit public et les personnes physiques et morales de droit privé bénéficiant de concours financiers publics affectés à un objet déterminé peuvent être soumises au contrôle de la Cour des comptes quant à l'emploi conforme à la destination de ces fonds publics. La Cour des comptes elle-même n'y aurait pas été favorable eu égard à la charge de travail considérable qui pourrait en découler. Cela étant, le Ministre se dit disposé à modifier la loi précitée du 8 mars 2018 dans le sens proposé par le Conseil d'État en 2016, si telle était la solution retenue par la Chambre des Députés.

Le Ministre précise que toutes les demandes de remboursement introduites par les établissements hospitaliers étaient basées sur des factures qui ont fait l'objet d'un contrôle par le ministère de la Santé et qui ont eu l'aval du contrôleur financier.

Alors que la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit que les aides sont accordées aux établissements hospitaliers sur base de conventions, la Cour des comptes constate qu'aucune convention de financement n'a été conclue pour l'extension du Centre national de radiothérapie François Baclesse. Or, le Ministre souligne que le dossier de ce projet d'extension comprend toutes les pièces justificatives requises, comme l'avis de la Commission permanente pour les hôpitaux et les autorisations ministérielles afférentes, ainsi qu'un projet de convention qui, il est vrai, n'a pas été signé à l'époque.

En ce qui concerne l'absence de présentation des décomptes finaux des projets de construction et/ou de modernisation constatée par la Cour des comptes, le Ministre indique que cette observation concerne uniquement le projet « Rehazenter », la raison étant que ce dernier a omis de communiquer ces décomptes, et ce malgré rappels.

Le Ministre précise que sous la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'État à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers, une convention de financement unique par établissement hospitalier a été conclue. Le Ministre estime que le législateur avait adopté cette façon de procéder à la lumière de l'affaire dite des dysfonctionnements en 1998, alors qu'une loi de financement plus détaillée aurait probablement permis un suivi plus rigoureux des projets de construction en question. Cette pratique, plus transparente, n'a été prévue que depuis 2013.

Cela étant, Monsieur Schneider donne à considérer qu'il s'avère extrêmement difficile pour les établissements hospitaliers de soumettre des chiffres précis lors de la planification d'un projet de construction. Ceci est particulièrement vrai pour les équipements qui sont soumis à une évolution technologique rapide, comme le montre l'exemple du robot chirurgical Da Vinci. Au vu de cette situation et afin de permettre une meilleure surveillance de la mise en œuvre des projets de construction votés par la Chambre des Députés, le Ministre se dit d'accord pour tenir informée la Commission de la Santé et des Sports de l'état d'avancement des grands projets d'investissements hospitaliers.

À cet égard, Monsieur Schneider précise que tous les projets dont les dépenses ont dépassé le montant autorisé ont fait l'objet d'un amendement de la loi de financement afférente⁷, à l'exception du projet de modernisation du Centre hospitalier Émile Mayrisch dont le dépassement était inférieur à 5% du coût global.

En outre, dans le cadre de l'élaboration budgétaire annuelle, la programmation pluriannuelle du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières est systématiquement présentée à la Commission parlementaire.

Indépendamment de la solution qui sera retenue par la Chambre des Députés pour améliorer le contrôle des établissements hospitaliers, le ministère de la Santé a d'ores et déjà procédé au recrutement d'un contrôleur supplémentaire et a demandé la création d'un poste d'ingénieur ou d'architecte afin de disposer d'un expert capable de surveiller les projets sur place. Enfin, le ministère de la Santé est en train de considérer la possibilité d'associer un acteur externe au contrôle des projets de construction.

Échange de vues

- En réponse à une question de Madame Lorsché, le Ministre confirme que la Fondation Hôpitaux Robert Schuman a acquis le robot chirurgical Da Vinci grâce au recours à ses fonds propres.
- Se référant à la proposition de texte émise par le Conseil d'État dans l'avis précité du 23 décembre 2016, Monsieur Wiseler donne à considérer que la législation sur les marchés publics devrait de toute façon s'appliquer aux projets d'investissements hospitaliers, aux frais desquels l'État participe à raison de 80%. Étant donné que la Cour des comptes peut à tout moment procéder à un contrôle portant sur le financement public des investissements hospitaliers, l'orateur se demande si le contrôle proposé par le Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2016 s'appliquerait aux établissements hospitaliers de façon plus générale.
- Monsieur Schneider répond par l'affirmative, confirmant qu'un contrôle systématique des établissements hospitaliers par la Cour des comptes lui semble tout à fait concevable dans l'intérêt d'une transparence pleine et entière. Ceci dit, comme mentionné plus haut, le ministère de la Santé est en train de renforcer ses effectifs afin de pouvoir assumer ses tâches de contrôle dans les meilleures conditions possibles.
- Vu l'envergure des projets de construction, Monsieur Wiseler se demande comment le ministère de la Santé, qui n'est aucunement équipé en personnel technique, pourrait s'acquitter de ces tâches de façon efficace. À l'époque, l'opportunité était discutée d'associer l'Administration des bâtiments publics à la planification et à l'exécution des projets d'investissements relevant de la responsabilité d'un autre

⁷ Les projets du Centre hospitalier de Luxembourg portant sur la modernisation de la Clinique pédiatrique et de la Maternité (loi du 18 juillet 2003), la modernisation de la Clinique d'Eich (loi du 18 juillet 2003), la construction de la Clinique Dr Bohler (loi du 18 juillet 2003), l'extension du Centre national de radiothérapie François Baclesse (loi du 18 juillet 2003), la construction de l'Hôpital Kirchberg (loi du 19 décembre 2003), la construction du nouvel hôpital à Ettelbruck (loi du 19 décembre 2003).

ministère (établissements hospitaliers, établissements scolaires, centres intégrés pour personnes âgées...). Or, l'Administration des bâtiments publics a toujours affiché des réticences à cet égard par souci d'éviter des conflits de compétence, considérant qu'elle n'est pas habilitée à prendre des décisions concernant les projets d'investissements relevant de la responsabilité d'un autre ministère. Ceci dit, l'orateur juge opportun de trouver une solution afin de permettre un contrôle plus efficace des grands projets d'investissements étatiques relevant de la responsabilité d'un ministère qui ne dispose pas de toute l'expertise requise.

- Monsieur Schneider se dit ouvert à l'idée d'un service centralisé qui disposerait du personnel et du savoir-faire nécessaires pour effectuer un contrôle efficace des grands projets d'investissements de l'État. La procédure de recrutement récemment lancée poursuit notamment cet objectif.
- En guise de conclusion, Monsieur Di Bartolomeo remercie le Ministre de sa prise de position préliminaire qui, selon lui, s'avère d'autant plus utile que les explications fournies par le ministère de la Santé n'ont pas fait l'objet de la présentation de la Cour des comptes le 29 avril 2019.

L'orateur précise encore que l'établissement hospitalier public ou privé désireux de réaliser un projet de construction est invité à soumettre ce projet au ministère de la Santé qui procède à une première analyse avant d'associer un consultant externe spécialisé en bâtiments hospitaliers (qui surveille également la réalisation du projet de construction) et de saisir la Commission permanente pour les hôpitaux.

Pour chaque projet pour lequel la participation étatique dépasse le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État, une loi spéciale fixe le montant des subventions à charge du fonds à ne pas dépasser. À cet égard, la loi modifiée du 21 juin 1999 constitue un cas particulier dans la mesure où elle énumère 15 projets différents faisant l'objet d'un subventionnement étatique. Monsieur Di Bartolomeo cite, à titre d'exemple, le tiret 14 de l'article 1^{er} de la loi modifiée du 21 juin 1999 qui autorise « *la modernisation du Centre hospitalier neuropsychiatrique à Ettelbruck, pour autant qu'il s'agit des lits et structures aigus et de réadaptation, pour un montant qui ne peut dépasser 1.905.269.000 francs* ». Alors que ce projet, qui est toujours en cours de planification et dont le concept a évolué au fil des années, pourrait être réalisé sur base de la loi modifiée du 21 juin 1999, l'orateur salue le fait que le ministère de la Santé se propose de déposer une nouvelle loi de financement.

Au cas où l'Administration des bâtiments publics serait chargée du contrôle de l'exécution des projets d'investissements hospitaliers, Monsieur Di Bartolomeo estime qu'il faudrait l'associer dès le début à la conception de ces projets.

La prochaine réunion de la Commission de la Santé et des Sports est prévue pour le 21 mai 2019 à 8h30. À cette occasion, la Commission parlementaire se penchera sur le projet d'avis relatif à l'avant-projet de plan national pour un développement durable qu'elle est invitée à rédiger sur le champ d'action prioritaire relevant de son domaine de compétence (« Assurer les conditions d'une population en bonne santé »). Il est prévu de faire circuler le projet d'avis en temps utile aux membres de la Commission de la Santé et des Sports avec prière de faire parvenir leurs propositions d'amendement éventuelles par écrit au secrétariat de la Commission.

Il est convenu de reporter à une date ultérieure la demande du groupe parlementaire CSV datant du 18 avril 2019 de mener une discussion sur l'organisation des soins de santé dans la région Est du Grand-Duché.

Le Secrétaire-administrateur,
Patricia Pommerell

Le Président de la Commission de la Santé et des
Sports,
Mars Di Bartolomeo