



Commission de la Santé et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 7 mars 2023

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 13 décembre 2022 et des réunions jointes du 21 septembre 2022 (pétition publique 2301), du 3 octobre 2022 (pétition publique 2232) et du 17 octobre 2022 (pétition publique 2193)
2. 8009 Projet de loi portant modification :
1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
3° du Code de la sécurité sociale

- Présentation du projet de loi
- Désignation d'un rapporteur
3. Motion de M. Marc Goergen relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance (7 juillet 2022)
4. Motion de Mme Nathalie Oberweis relative à la création d'une maison de naissance (7 juillet 2022)
5. Divers

*

Présents : M. Gilles Baum, M. Mars Di Bartolomeo, M. Yves Cruchten, remplaçant Mme Francine Closener, M. Jeff Engelen, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, M. Max Hengel, Mme Josée Lorsché, Mme Nathalie Oberweis, M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler

M. Sven Clement, observateur délégué

M. Sven Clement, remplaçant M. Marc Goergen, auteur de la motion relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance

Mme Nathalie Oberweis, auteure de la motion relative à la création d'une maison de naissance

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

M. Jean-Paul Freichel, M. Laurent Mertz, du Ministère de la Santé

M. Thomas Dominique, Mme Sonja Trierweiler, du Ministère de la Sécurité sociale

M. Nicolas Anen, du groupe parlementaire LSAP

M. Dan Schmit, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Francine Closener, M. Georges Mischo

M. Marc Goergen, auteur de la motion relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance

*

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

*

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 13 décembre 2022 et des réunions jointes du 21 septembre 2022 (pétition publique 2301), du 3 octobre 2022 (pétition publique 2232) et du 17 octobre 2022 (pétition publique 2193)

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

2. 8009 Projet de loi portant modification :
1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
3° du Code de la sécurité sociale

En guise d'introduction, Monsieur Mars Di Bartolomeo (groupe politique LSAP), Président de la Commission de la Santé et des Sports, précise que le projet de loi sous rubrique ayant trait au virage ambulatoire a été déposé en date du 2 juin 2022. Il rappelle que les grandes lignes de ce projet de loi ont été présentées lors d'une réunion jointe de la Commission de la Santé et des Sports et de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale qui a eu lieu le 18 mai 2022.

Par la suite, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports passe la parole à Madame Paulette Lenert, Ministre de la Santé.

Madame la Ministre rappelle d'emblée que la mise en œuvre du virage ambulatoire a été entamée il y a plusieurs années en milieu hospitalier. Ce concept développé au Canada a pour objectif de limiter les traitements stationnaires dans la mesure du possible, à condition que l'état de santé du patient le permette et que la qualité de la prise en charge ambulatoire puisse être garantie. Dans ce contexte, le ministère de la Santé surveille de près les efforts visant à réduire la durée moyenne des séjours hospitaliers et notamment le nombre de nuitées à l'hôpital. Le virage ambulatoire permet dès

lors aux hôpitaux d'augmenter le nombre de prestations de soins de santé, tout en maintenant constant celui des lits hospitaliers.

Madame la Ministre de la Santé précise que le projet de loi sous rubrique vise notamment à régulariser la situation suite à l'arrêt 148 relatif au refus du ministre de la Santé d'autoriser l'installation d'un IRM (*imagerie* par résonance magnétique) en milieu extrahospitalier que la Cour constitutionnelle a rendu en date du 5 juillet 2019. La Cour constitutionnelle a considéré dans cet arrêt que l'établissement, par voie de règlement grand-ducal, de la liste des équipements et appareils médicaux qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, prévue à l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin qui, en tant que telle, doit être réglée au niveau de la loi. Partant, la Cour constitutionnelle a déclaré inconstitutionnel l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983 comme constituant une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin sur base des articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution.

Madame la Ministre de la Santé procède ensuite à une présentation plus détaillée du projet de loi sous rubrique.

Article 1^{er} – Loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

L'article 1^{er} du projet de loi regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Point 1^o – article 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Face aux défis du vieillissement de la population et aux risques futurs y associés en matière d'engorgement des structures de santé, de hausse des coûts globaux de santé et de pénurie de professionnels de santé, il est proposé de développer davantage la prise en charge ambulatoire. Étant définie comme la prise en charge d'un patient sans qu'il y ait de nuitée dans un établissement hospitalier, la prise en charge ambulatoire ne doit pourtant pas être une fin en soi, mais plutôt contribuer à atteindre les objectifs suivants :

- améliorer la sécurité et la qualité pour le patient en évitant de longs séjours hospitaliers et en réduisant les risques d'infection nosocomiale en milieu hospitalier ;
- désengorger les structures hospitalières ;
- améliorer l'accès aux soins de santé en délocalisant des procédures ne nécessitant pas de nuitée dans un hôpital vers des structures spécialisées dans les prises en charge ambulatoires ;
- contribuer à maîtriser la croissance des coûts des soins de santé ;
- réduire la pénurie de personnel de santé en diminuant de manière générale le nombre de ressources nécessitées pour les services de nuit.

Il est dès lors important de concentrer les prises en charge ambulatoires dans des infrastructures dédiées afin de profiter pleinement des gains d'efficacité et de confort pour le patient. En effet, les prises en charge nécessitent un cadre

infrastructurel et organisationnel distinct des prises en charge en milieu stationnaire.

Afin de répondre à ces exigences, il est proposé d'insérer un nouvel alinéa 4 dans le paragraphe 1^{er} de l'article 4 de la loi précitée du 8 mars 2018 visant à autoriser les quatre centres hospitaliers existants à disposer de sites supplémentaires se situant en dehors des murs des hôpitaux existants et dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services concernant la dialyse, l'hospitalisation de jour non chirurgicale, l'imagerie médicale et l'oncologie.

Ces sites supplémentaires peuvent être exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins libéraux. Conformément au projet de loi autorisant les médecins à s'organiser sous forme de société¹, il sera également possible que les sites supplémentaires soient exploités par un établissement hospitalier en collaboration soit avec un ou plusieurs médecins, soit avec une personne morale au sens du projet de loi autorisant la médecine sous forme sociétale.

Suite à l'insertion du nouvel alinéa 4, l'ancien alinéa 4 devient le nouvel alinéa 5 de l'article 4 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Point 2° – article 8 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 2° de l'article 1^{er} modifie le point 3° du paragraphe 1^{er} de l'article 8 de la loi précitée du 8 mars 2018 afin de préciser que le ministre ayant la Santé dans ses attributions peut désormais autoriser des projets de construction nouvelle en relation avec les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires. Ces projets seront financés par le biais du Fonds spécial des investissements hospitaliers selon les mêmes procédures qui sont applicables aux sites existants.

Dans ce contexte, la référence au service d'hospitalisation de jour s'avère superflue et peut dès lors être supprimée.

Point 3° – article 9 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 3° de l'article 1^{er} propose de compléter le paragraphe 6 de l'article 9 de la loi précitée du 8 mars 2018 par une nouvelle disposition suivant laquelle chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire dédié aux soins de santé ambulatoires.

En effet, du fait d'une offre de soins nécessitant des ressources différentes et en vue d'une délocalisation de cette offre, une telle limitation sur base d'un nombre absolu de sites supplémentaires ne pourrait satisfaire les besoins d'une planification. Par contre, et en ligne avec le leitmotiv de la réforme du système de santé de 2010, le « *pas tout partout* », il s'agit de limiter en nombre

¹ Projet de loi 8013 portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ;

3° de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute

les antennes de service à un maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire.

Aussi, l'approche retenue est de limiter une délocalisation de l'offre des soins de santé ambulatoires à des services hospitaliers présentant des prestations de soins éligibles de par leur nature à une certaine délocalisation, tout en assurant un lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondant aux domaines d'activité médicale couverts ainsi qu'avec les plateaux médico-techniques associés à cette prise en charge. Les antennes de service devront disposer de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis.

Point 4° – article 14 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 4° de l'article 1^{er} apporte des modifications à l'article 14, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018 relatif aux équipements et appareils médicaux.

La volonté du législateur est celle de réglementer le marché des équipements lourds et coûteux du domaine de la santé dans un but de protection sociale. La sanction d'inconstitutionnalité, dans le cadre précis de l'exercice d'une profession libérale, d'une disposition identifiée comme simple corollaire sécurisant ne permet pas de remettre en cause cette volonté.

L'analyse de la disposition sanctionnée par l'arrêt 148 de la Cour constitutionnelle du 5 juillet 2019 a montré que la réglementation des appareils lourds et coûteux constitue un outil de planification important aux mains de l'État, lui permettant d'assurer, aux moyens de fonds publics, la protection de la santé de la population et de garantir l'accès égalitaire aux soins de santé utiles et nécessaires.

Ainsi, sur base d'une planification, l'ensemble des équipements et appareils médicaux à réserver au milieu hospitalier qui, soit en raison de leur coût, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, est dès à présent fixé par la loi.

De même, en ce qui concerne des équipements spécifiques ne pouvant être déployés sur base des critères cités ci-avant dans l'ensemble des établissements hospitaliers, un nombre maximum est à fixer par la loi, en assurant l'offre de service par le système de santé sans pour autant prévoir un déploiement dans l'ensemble des établissements.

En ligne avec les travaux parlementaires menés dans le cadre du projet de loi 7056 devenu la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, il est prévu de soumettre à l'autorisation du ministre ayant la Santé dans ses attributions, à côté des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, de façon générale tous les équipements et appareils médicaux dépassant un certain coût.

Il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros

qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale, ni les laboratoires d'analyses médicales.

Point 5° – article 15 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 5° de l'article 1^{er} adapte le point 1° de l'article 15 de la loi précitée du 8 mars 2018 en précisant que l'État participe à hauteur de 80 pour cent des coûts générés par les équipements et appareils médicaux dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er}, et qui sont soumis à planification nationale.

Point 6° – article 20bis nouveau de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 6° de l'article 1^{er} entend insérer un article 20bis nouveau dans la loi précitée du 8 mars 2018.

Cette disposition a pour objet d'assurer la participation financière de l'État à hauteur de 80 pour cent des coûts générés par les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale situés sur des sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires et les frais immobiliers de ces sites, à condition que l'investissement mobilier ou immobilier ne soit pas subventionné par l'État, à hauteur de 80 pour cent, soit par le Fonds spécial des investissements hospitaliers, soit par le budget de l'État en ce qui concerne les équipements et appareils nécessitant une planification nationale.

À ce sujet, des forfaits sont à établir selon les dispositions afférentes du Code de la sécurité sociale, à savoir l'article 74, alinéa 6, l'article 76, alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret, et l'article 78, alinéa 3. Ces forfaits, qui sont pris en charge par la Caisse nationale de santé, devront nécessairement tenir compte de manière explicite, le cas échéant, des frais de location des infrastructures mobilières et immobilières des établissements hospitaliers, afin de permettre à la Caisse nationale de santé d'établir un décompte annuel y relatif et dont 80 pour cent des coûts seront dans la suite à prendre en charge par le budget de l'État.

Point 7° – article 33 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 7° de l'article 1^{er} apporte des modifications à l'article 33, paragraphe 7, alinéas 1^{er} et 4, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Dans le contexte des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires, une implication des médecins libéraux dans la gestion des antennes de service sera à régler au niveau de contrats de collaboration qui doivent correspondre à un contrat-type. Il s'ensuit que chaque médecin doit être agréé à un établissement hospitalier et participer au service de garde de ce dernier.

À ce sujet, il est inséré dans l'alinéa 4 du paragraphe 7 de l'article 33 de la loi précitée du 8 mars 2018 un point 9° nouveau qui prévoit une gestion organisationnelle participative faisant référence à une forme ouverte de gestion, avec des médecins participant activement au processus décisionnel de l'organisation. Ce concept innovateur met en avance l'importance d'une

relation forte entre tous les acteurs impliqués en tant que facilitateurs qui traitent directement avec les patients et satisfont leurs besoins.

Point 8° – article 45 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 8° de l'article 1^{er} apporte des adaptations au régime des sanctions dans le chef des personnes physiques ou morales prévu à l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Le paragraphe 2 de l'article 45 est complété par une nouvelle phrase disposant que l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite.

Par analogie avec la première phrase du paragraphe 2 de l'article 45, le paragraphe 4 nouveau introduit une amende de 5 000 à 100 000 euros au cas où une personne physique ou morale utiliserait, exploiterait ou mettrait à la disposition soit un appareil ou équipement visé à l'article 14, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients, sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Par analogie avec l'article 14 de ladite loi, il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale, ni les laboratoires d'analyses médicales.

Point 9° – annexe 2 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 9° de l'article 1^{er} apporte une précision au point D de l'annexe 2 intitulée « *Définitions des services hospitaliers* » de la loi précitée du 8 mars 2018.

Cette disposition a pour objet de ne pas prévoir une présence sur le même site de services en liens fonctionnels étroits avec le service de dialyse (service de médecine interne, service d'imagerie médicale et service de soins intensifs).

Point 10° – annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 10° de l'article 1^{er} entend modifier l'intitulé et compléter le tableau de l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Ainsi, l'annexe 3 définit désormais les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières réservés aux établissements hospitaliers. Partant, le tableau actuel reprenant les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale et réservés aux établissements hospitaliers est complété par les équipements et appareils médicaux nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières.

Sur base du constat du recours à du personnel hautement qualifié, associé à l'exigence d'une prise en charge adéquate en cas de complication par de

nouvelles structures nécessitant du personnel hautement qualifié et à une pénurie de ressources humaines, les critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des équipements et appareils médicaux repris dans le tableau sont donnés comme suit :

1) *Tomographe à résonance magnétique nucléaire :*

En sus du coût de l'équipement, la complexité des mesures de sécurité nécessaires en raison de l'utilisation des champs magnétiques et électromagnétiques (architecturales, techniques, en lien avec la protection des patients, du public et des professionnels), l'utilisation des produits de contraste et une prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste, la nécessité du déploiement d'un système d'assurance qualité tel que prévu par 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 la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale en application de la définition des services d'imagerie médicale de l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018 sont à l'origine d'une réservation de cet équipement au milieu hospitalier ;

2) *Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomодensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire :*

En sus du coût de l'équipement, des contraintes architecturales nécessaires pour son installation, l'application de la procédure de justification des examens pour minimiser l'exposition aux rayonnements ionisants, en application de la définition des services d'imagerie médicale, annexe 2, de la loi précitée du 8 mars 2018 et du règlement grand-ducal du 1^{er} août 2019 relatif à la radioprotection, et la prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste sont mis en compte dans le contexte d'une affectation de cet équipement seul au milieu hospitalier. Outre le coût réduit de cet équipement, concernant la possibilité d'acquisition et d'utilisation du tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) dans les cabinets dentaires, celle-ci se justifie par la nécessité de continuité des soins en médecine dentaire pour le domaine de l'implantologie dans lequel le CBCT est indiqué. L'autorisation du CBCT dans les cabinets dentaires facilite ainsi la prise en charge des patients évitant la multiplication des rendez-vous et des déplacements pour le patient ;

3) *Équipements de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires :*

La fréquence d'occurrence et la gravité potentielle des complications liées à la pratique de ces examens (hémorragie, embolie, réaction allergique grave aux produits de contraste) imposent leur réalisation au sein d'un établissement hospitalier disposant sur le même site de services permettant la surveillance et la prise en charge des patients. En plus du coût de l'équipement, la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale et l'exposition aux rayonnements ionisants sont en faveur d'un usage réservé aux établissements hospitaliers ;

- 4) *Équipement de diagnostic et de surveillance thérapeutique utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons :*

Équipements nécessitant des dispositions spécifiques notamment des contrôles qualité en raison de l'utilisation de radioéléments ouverts ou non scellés avec risque de contamination radioactive (risque pour la population, les travailleurs exposés et les patients), conditions qui exigent dès lors que ces équipements soient réservés aux établissements hospitaliers autorisés ;

- 5) *Lasers à utilisation endovasculaire et lasers urologiques :*

Du fait de l'existence de complications potentielles graves, l'utilisation de ces techniques et de cet équipement nécessite la surveillance médicale des patients en secteur hospitalier après leur prise en charge ; cet équipement est dès lors à réserver aux établissements hospitaliers ;

- 6) *Équipement d'épuration extra-rénale par hémodialyse :*

La prise en charge des patients dialysés est sous la responsabilité d'un service hospitalier de dialyse au sens de l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018 ;

- 7) *Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle :*

Équipement dont l'utilisation est indiquée dans le cadre d'interventions chirurgicales lourdes sur le système cardio-vasculaire et qui implique une surveillance intensive en milieu hospitalier en lien avec les risques encourus pour la santé des patients ;

- 8) *Tout équipement supplémentaire à l'appareil EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie incluant l'EEG :*

Équipement utilisé dans le cadre d'une démarche diagnostique nécessitant des avis pouvant relever de plusieurs spécialités médicales pour une prise en charge optimale du patient. Cette possibilité est uniquement présente au sein des établissements hospitaliers ;

- 9) *Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale :*

Équipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus ;

- 10) *Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur :*

Les disciplines qui en bénéficient à ce jour sont la chirurgie générale et digestive, la chirurgie vasculaire et thoracique, l'urologie et la chirurgie gynécologique, avec comme ambition d'étendre encore les domaines d'application de cette nouvelle chirurgie assistée par robotique afin d'en faire bénéficier le plus de patients possibles. Il s'agit d'un équipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus ;

11) *Équipement de mammographie :*

L'équipement mammographique doit être utilisé seulement par des personnes qualifiées qui ont reçu la formation adéquate relative à l'équipement et aux procédures. Spécifiquement dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du sein, les femmes asymptomatiques subissent des examens mammographiques afin que l'on puisse détecter les tumeurs cancéreuses de façon précoce et réduire les décès par le cancer du sein. Dans ces programmes, il est important de réduire au minimum l'exposition au rayonnement des participantes, tout en s'assurant d'avoir des images de qualité diagnostique optimale. Par conséquent, un programme de dépistage du cancer du sein ne doit être établi que si les doses glandulaires moyennes se situent dans les limites acceptées et qu'un programme d'assurance de la qualité est mis en œuvre. Il incombe au technologue de maintenir l'exposition de la patiente ou du participant à la mammographie de dépistage au niveau le plus faible possible. De manière générale, la mammographie doit être réalisée uniquement avec de l'équipement spécialement conçu pour la mammographie.

Article 2 – *Loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire*

L'article 2 du projet de loi regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Point 1° – article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

Le point 1° de l'article 2 entend abroger l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983, article que la Cour constitutionnelle a déclaré inconstitutionnel dans son arrêt 148 du 5 juillet 2019.

Dans la version actuelle de la loi précitée du 29 avril 1983, l'article 19 prévoit qu'un règlement grand-ducal fixera une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ainsi qu'une liste des équipements et appareils qui peuvent seulement être détenus ou utilisés par les médecins-spécialistes pour les besoins de leurs spécialités. La nouvelle teneur des articles 14 et 45 de la loi précitée du 8 mars 2018 rend cette disposition caduque.

Point 2° – article 42 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

Suite à l'abrogation de l'article 19, il convient de supprimer la deuxième phrase du paragraphe 2 de l'article 42 de la loi précitée du 29 avril 1983, qui est devenue superfétatoire.

Article 3 – *Code de la sécurité sociale*

L'article 3 du projet de loi modifie l'alinéa 4 de l'article 65 du Code de la sécurité sociale.

Si les prises en charge ambulatoires qui impliquent des équipements lourds seront concentrées davantage sur des sites dédiés, il est également prévu de clarifier, voire de lever les restrictions actuelles concernant l'installation dans les cabinets de ville de certains équipements et appareils médicaux qui ne sont pas considérés comme lourds. Certains équipements et appareils médicaux non coûteux, ne nécessitant pas de personnel hautement qualifié et n'exigeant pas de conditions d'emploi particulières pourront donc être installés dans des cabinets de ville sans être soumis à une planification. Ainsi, il sera possible de renforcer le rôle des hôpitaux dans la prise en charge de cas complexes et nécessitant des compétences avancées tout en promouvant les soins primaires.

Tout en précisant le cadre légal fixé dans le contexte de la loi précitée du 8 mars 2018, cette disposition permet dorénavant des forfaits établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. À cet égard, sont à considérer les investissements y relatifs et les frais d'exploitation des équipements et appareils médicaux visés. En outre, il faut assurer que l'établissement de tels forfaits par passage soit basé sur une exploitation efficiente sur base d'une utilisation à plein régime et en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « *pas tout partout* ».

Cette disposition est à considérer en relation avec l'article 76, alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret, du Code de la sécurité sociale.

Suite à l'introduction de la documentation hospitalière par la loi précitée du 8 mars 2018, l'analyse de l'exhaustivité et l'intégration des données de la documentation hospitalière dans les bases de données sur les prises en charge au Luxembourg ont prouvé la fiabilité des diagnostics principaux collectés dans le cadre de la documentation hospitalière et ont permis de valider leur utilisation future. Ainsi, les dispositions du Code de la sécurité sociale, à savoir l'article 74, alinéa 6, l'article 76, alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret, et l'article 78, alinéa 3, admettent que l'approche forfaitaire s'applique notamment pour les prestations de soins de santé ambulatoires dans le cadre des sites dédiés. À l'instar des forfaits en milieu extrahospitalier, il sera à assurer que leur détermination se base sur une utilisation à plein régime, tout en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « *pas tout partout* ».

Au sujet de l'élaboration des forfaits, aussi bien au niveau des prestations hospitalières qu'au niveau des prestations extrahospitalières, la Cellule d'expertise médicale, introduite par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, pourra fournir des expertises à la demande des ministres ayant la Sécurité sociale ou la Santé dans leurs attributions ou de la Caisse nationale de santé « *concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier* ».

Un représentant du ministère de la Sécurité sociale précise encore que l'approche forfaitaire a pour objet de faire en sorte que le financement des activités de soins ambulatoires prestées sur des sites hospitaliers existants ou des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires ne soit pas limité par l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier,

conformément aux revendications de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL). Il est ainsi proposé de prévoir des modalités de financement plus flexibles ne se limitant pas à un investissement propre, mais permettant également la location et le leasing d'équipements et d'appareils médicaux ainsi que la prise en charge des coûts annexes liés à l'exploitation de ceux-ci. Alors que la location de matériel est d'ores et déjà pratiquée, il s'agit d'adopter une approche cohérente à cet égard qui s'applique à toutes les activités de soins ambulatoires prestées aussi bien en milieu hospitalier qu'en milieu extrahospitalier.

Madame la Ministre de la Santé souligne que cette nouvelle approche s'inscrit dans une logique d'amortissement susceptible de promouvoir l'innovation par le biais d'un renouvellement régulier des équipements et appareils médicaux utilisés.

Article 4

Il est prévu que le dispositif du projet de loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

*

Suite à la présentation du projet de loi, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports présente brièvement les différents avis qui ont été rendus suite au dépôt du projet de loi.

La Chambre des salariés (CSL), dans son avis du 28 juin 2022, salue l'approche du Gouvernement de maintenir les sites supplémentaires à créer dans le cadre de la planification hospitalière ainsi que la volonté de donner une assise légale à l'utilisation des équipements médicaux lourds limitée à ces structures. Elle estime toutefois que le projet de loi sous rubrique soulève de nombreuses questions quant à sa mise en œuvre pratique.

Le Collège médical estime, dans son avis du 29 juin 2022, que le projet de loi sous avis est un projet élaboré sous pression politique afin de régulariser une situation de fait créée par un centre médical. Il est d'avis que ce projet de loi ne fait qu'entériner une situation de fait, à savoir une offre et un exercice de la médecine dominés par les hôpitaux. Le Collège médical recommande dès lors d'élaborer un projet de loi régulant et valorisant le secteur extrahospitalier.

Dans son avis du 19 septembre 2022, la FHL apprécie le fait que le Gouvernement envisage la nouvelle offre de soins secondaires dans le cadre de l'activité hospitalière avec ses caractéristiques propres, tout en émettant un certain nombre d'observations.

Dans son avis du 14 octobre 2022, le Conseil supérieur de certaines professions de santé salue la volonté du Gouvernement de se rapprocher de la population en envisageant la création de sites supplémentaires sous la responsabilité des établissements hospitaliers, tout en exprimant un certain nombre de préoccupations.

Enfin, l'Autorité de la concurrence a émis un avis en date du 21 février 2023, dans lequel elle marque de sérieuses réserves quant au respect du principe de la liberté du commerce et de l'industrie, de la liberté d'établissement et du principe de proportionnalité. Elle se réfère à un avis de l'Association des

médecins et médecins-dentistes (AMMD) dont elle dit rejoindre les considérations. Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports s'interroge dans ce contexte sur l'opportunité d'évoquer la liberté du commerce dans le cadre d'un projet de loi concernant les prestations de soins de santé.

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Se référant à l'avis précité de l'Autorité de la concurrence, Monsieur Sven Clement (*de la sensibilité politique Piraten*) constate que le projet de loi sous rubrique pose une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin et se demande si les moyens employés pour atteindre l'objectif recherché sont appropriés et proportionnels. L'orateur s'interroge notamment sur l'opportunité de prévoir une amende de 5 000 à 100 000 euros au cas où une personne physique ou morale utiliserait, exploiterait ou mettrait à la disposition un appareil réservé au milieu hospitalier sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation. Il estime que le projet de loi sous rubrique risque de mener à une réglementation excessive qui pourrait avoir pour effet qu'un cabinet médical établi de l'autre côté de la frontière offre des prestations de soins de santé qui restent proscrites au Luxembourg en dehors des sites hospitaliers existants et des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires.

En guise de réponse, Madame la Ministre de la Santé donne à considérer que les systèmes de santé des pays limitrophes sont différents de celui qui existe au Luxembourg. Ce dernier ne semble pas être le moins performant, considérant le fait qu'un nombre croissant d'assurés frontaliers préfère recourir aux prestations de soins de santé offertes au Luxembourg. En outre, Madame la Ministre de la Santé rappelle que la sanction pénale évoquée par l'orateur précédent est de toute façon déjà prévue par la loi précitée du 29 avril 1983. Elle considère une telle sanction comme étant proportionnée dans un domaine aussi sensible que celui de la santé.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports souligne dans ce contexte que le système de santé luxembourgeois est basé sur le conventionnement général et obligatoire des médecins et des médecins-dentistes qui présente l'avantage de garantir des tarifs uniformes aux assurés et aux prestataires. Il renvoie en outre à 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 et rappelle que le Luxembourg s'était engagé lors de la négociation de cette directive pour que les prestations de soins de santé soient soumises à des règles spécifiques dans le cadre du marché intérieur.

Monsieur Sven Clement constate encore que le tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières contenu dans l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018 est complété par neuf nouveaux équipements et appareils médicaux, alors que le nombre maximum de ces nouveaux équipements et appareils n'est pas indiqué dans la colonne prévue à cet effet. L'orateur se demande si cette omission ne risque pas de créer une insécurité juridique et propose de préciser dans le projet de loi que le nombre

des équipements et appareils médicaux en question n'est pas soumis à une limitation maximale.

Madame la Ministre de la Santé est d'accord avec cette observation et annonce l'intention d'apporter les clarifications nécessaires par voie d'amendement suite à la publication de l'avis du Conseil d'État. Elle précise à cet égard que les équipements et appareils médicaux figurant actuellement dans l'annexe 3, qui sont assortis d'un nombre maximum, sont soumis à planification nationale, alors que les nouveaux équipements et appareils médicaux seront soumis à une autorisation d'exploitation. Elle souligne que seuls les équipements limités en nombre feront l'objet d'un subventionnement par l'État.

Afin d'éviter toute confusion, Monsieur Sven Clement propose alors de prévoir deux tableaux distincts pour énumérer les deux catégories d'équipements et appareils médicaux mentionnées par Madame la Ministre (annexe 3 et annexe 3bis).

Madame Carole Hartmann (du groupe politique DP) se réfère à l'exposé des motifs accompagnant le projet de loi et qui précise que « *des actes complexes se prêtent certainement mieux pour des centres spécialisés et où le patient n'hésite pas de faire des déplacements spécifiques pour être traité par des spécialistes dans un environnement spécialisé* » (page 4). L'oratrice demande des précisions sur la définition de la notion d'actes complexes. Elle cite l'exemple de la mammographie qui nécessite certes un équipement spécifique et le respect de certaines normes. Or, selon certains acteurs du terrain, il serait concevable d'exploiter un équipement de mammographie en milieu extrahospitalier, ce qui pourrait contribuer à réduire le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous dans un établissement hospitalier.

Madame la Ministre de la Santé précise dans sa réponse que la complexité des actes et le risque auquel est exposé le patient justifient le dispositif proposé. En ce qui concerne plus précisément la mammographie, la complexité de l'acte même est certes limitée, mais l'exploitation d'un équipement de mammographie en milieu extrahospitalier risquerait d'exacerber la pénurie d'assistants techniques médicaux (ATM) de radiologie. Or, les établissements hospitaliers, qui sont chargés de la mise en œuvre du programme national de dépistage du cancer du sein (« *Programme Mammographie* »), ont besoin d'un nombre suffisant d'ATM de radiologie pour pouvoir s'acquitter de leur obligation vis-à-vis du ministère de la Santé. Vu la petite taille du pays, il faut en effet éviter une situation qui risquerait de porter atteinte aux activités essentielles des établissements hospitaliers en créant une offre alternative et potentiellement plus attrayante en milieu extrahospitalier.

Madame Carole Hartmann constate ensuite que les sites supplémentaires peuvent être exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins. Elle souhaite savoir si un ou plusieurs médecins peuvent prendre l'initiative d'exploiter un tel site supplémentaire en collaboration avec un établissement hospitalier ou si le droit d'initiative appartient d'office à l'établissement hospitalier. L'oratrice constate en outre qu'une implication des médecins libéraux dans la gestion des antennes de service sera à régler au niveau de contrats de collaboration. Elle demande dans ce contexte quel sera le pouvoir de décision des médecins impliqués dans la gestion d'une antenne de service dans le cadre de l'exercice libéral de la médecine. En outre, l'oratrice juge opportun de mettre au point le contrat-

type prévu par le projet de loi afin de déterminer dès à présent les moyens dont disposent les médecins dans le cadre de la collaboration avec un établissement hospitalier.

Madame la Ministre de la Santé réplique que l'initiative peut être prise soit par un établissement hospitalier, soit par un ou plusieurs médecins libéraux, pour autant que la collaboration entre ces acteurs soit réglée dans le cadre d'un contrat de collaboration à conclure entre les parties. Aussi bien des établissements hospitaliers que des médecins libéraux ont d'ores et déjà signalé leur intérêt de mettre en place une telle collaboration. En ce qui concerne le contrat-type mentionné par l'oratrice précédente, Madame la Ministre de la Santé indique qu'elle a invité la FHL et l'AMMD à élaborer un tel document, mais ce processus facilité par le ministère de la Santé n'a pas encore abouti. Elle renvoie dans ce contexte à la convention signée le 23 décembre 2022 entre l'État et le Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) visant à régulariser la situation du Centre médical Potaschbiert en tant que site supplémentaire sous forme d'une antenne du service d'imagerie médicale du CHL. Il appartient à ce dernier de garantir la qualité des actes offerts au site Potaschbiert qui remplissent les mêmes normes de qualité que les actes effectués sur les autres sites du CHL.

Madame Carole Hartmann se réfère encore à l'avis précité de la CSL qui estime qu'une extension de sites supplémentaires dédiés aux soins ambulatoires n'est pas justifiée sur base des chiffres de la carte sanitaire de 2019 dont les données sont reprises dans les documents accompagnant le projet de loi. L'oratrice souhaite savoir dans ce contexte pourquoi le nombre d'antennes de service relevant d'un même service hospitalier est limité à deux par centre hospitalier.

Un représentant du ministère de la Sécurité sociale précise à cet égard que l'annexe contenue dans le document de dépôt décrit des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers pour l'année 2019. L'annexe en question présente en détail la répartition des examens IRM, des examens CT-Scan, des mammographies et des hémodialyses selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation ainsi qu'une modélisation du besoin prospectif lié à l'imagerie médicale et à l'hémodialyse. Cette analyse réalisée à des fins de planification permet de conclure que la proportion de soins consommée par canton par rapport à la consommation totale est de manière générale en ligne avec la proportion de la population du canton dans la population totale. Alors qu'il est prévu de couvrir les besoins régionaux en matière de soins de santé ambulatoires, les contraintes et flexibilités inscrites dans le projet de loi sous rubrique peuvent mener à la création de sites de taille réduite et facilement accessibles, qui sont susceptibles d'attirer également les habitants d'autres cantons. L'orateur souligne que la limite maximale de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier par centre hospitalier devrait permettre de couvrir les besoins régionaux en matière de soins de santé ambulatoires et de répondre aux demandes des prestataires de soins, sachant que le dépassement de cette limite maximale risquerait de créer une offre excédentaire par rapport à la demande.

Madame la Ministre de la Santé ajoute encore que la création de sites supplémentaires devrait permettre d'améliorer l'offre régionale de soins ambulatoires dans les différentes régions du pays et de contribuer ainsi à combler les disparités constatées dans le cadre de l'analyse susmentionnée.

Madame Carole Hartmann reprend la parole pour constater que cette analyse se limite aux résidents, alors qu'un nombre croissant d'assurés frontaliers bénéficie également de prestations de soins de santé au Luxembourg. L'oratrice demande si ces derniers ont été pris en compte lors de la détermination du nombre maximal de sites supplémentaires.

Madame la Ministre de la Santé répond par la négative et explique que la planification nationale des équipements et appareils médicaux s'est toujours basée sur la population protégée résidente. Or, une étude est en train d'être réalisée visant à analyser le phénomène décrit par l'oratrice précédente qui semble être causé par des problèmes inhérents aux systèmes de santé des pays limitrophes. Madame la Ministre confirme que ce phénomène peut prendre une certaine ampleur en fonction des soins de santé offerts (jusqu'à 20 pour cent).

Monsieur Claude Wiseler (du groupe politique CSV) estime que le nombre de patients en provenance de la Grande Région risque d'augmenter encore au vu de la situation en Belgique qui pourrait mener à la fermeture de l'hôpital d'Arlon et inciter les communes limitrophes belges à renforcer la coopération avec le Luxembourg en matière de santé. En outre, l'orateur se réfère à l'avis précité de l'Autorité de la concurrence et se demande si le projet de loi sous rubrique ne constitue pas une entrave à la liberté d'établissement et, partant, une violation du droit européen en la matière. L'orateur juge opportun de clarifier cette question en amont afin d'éviter qu'un médecin se voyant refuser l'exploitation d'un équipement ou d'un appareil médical sur base de la loi future n'engage une procédure judiciaire contre l'État.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports donne à considérer que le principe de la planification et de la limitation du nombre d'équipements et d'appareils médicaux n'est pas un phénomène exclusivement luxembourgeois et renvoie au rôle joué à cet égard par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en Belgique et par les agences régionales de santé en France.

Madame la Ministre de la Santé se montre compréhensive à l'égard des préoccupations exprimées par l'Autorité de la concurrence et souligne la nécessité de bien motiver le choix politique de restreindre l'exercice de la profession libérale de médecin. Au Luxembourg, les médecins libéraux sont ainsi soumis au principe du conventionnement général et obligatoire, un principe qui pourrait effectivement être remis en cause par un arrêt judiciaire. Or, une libéralisation de la profession de médecin au Luxembourg pourrait avoir pour conséquence une concurrence indésirable, comme celle à laquelle se voient actuellement confrontés les médecins-dentistes.

Par la suite, Monsieur Claude Wiseler souhaite obtenir des détails sur les sites supplémentaires qui ont déjà été créés ainsi que sur les sites potentiels qui font d'ores et déjà l'objet d'une demande concrète.

Madame la Ministre de la Santé réplique que la création du site Potaschbiert du CHL est conforme à la version actuelle de la loi précitée du 8 mars 2018 qui prévoit que chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers (*article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 3*). Or, le CHL ne disposait que de deux sites hospitaliers (Centre et Eich) et avait donc la possibilité de créer un troisième site au Potaschbiert. Le même constat vaut pour le Centre

hospitalier du Nord (CHdN) qui a l'intention de créer le Centre Schlasskéier à Wiltz dont le service d'imagerie médicale sera doté, entre autres, d'un équipement IRM. En revanche, il ne sera plus possible de procéder à la création de sites supplémentaires aussi longtemps que le projet de loi sous rubrique n'est pas voté. Il semble que les quatre centres hospitaliers sont demandeurs pour créer des sites supplémentaires, alors que plusieurs médecins libéraux ont à leur tour demandé des renseignements auprès du ministère de la Santé. Madame la Ministre estime que des projets concrets lui seront soumis dès que la loi future sera entrée en vigueur.

Monsieur Claude Wiseler se renseigne, enfin, sur les critères selon lesquels sera opéré le choix entre les médecins libéraux intéressés par une collaboration avec un établissement hospitalier au cas où le nombre de demandes excéderait le nombre maximal de sites supplémentaires.

Madame la Ministre de la Santé rappelle à cet égard que les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent d'ores et déjà sur base d'un contrat de collaboration (*conformément à l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018*) et que la mise en place d'une telle collaboration n'est pas soumise à des critères imposés par le ministère de la Santé. En tant qu'entités gérées selon le droit privé, les établissements hospitaliers sont en effet libres de choisir les médecins avec lesquels ils souhaitent collaborer sur base d'une évaluation du dossier du médecin candidat. Le contrat de collaboration prévu par le projet de loi sous rubrique s'inscrit ainsi dans la continuité.

Monsieur Marc Hansen (*du groupe politique déi gréng*) salue le fait que, suite à l'arrêt 148 de la Cour constitutionnelle et aux discussions qui ont eu lieu autour de la question du virage ambulatoire, un projet de loi a été déposé qui vise à introduire certaines flexibilités dans le système existant et qui offre de nouvelles possibilités de développement aussi bien aux établissements hospitaliers qu'aux professions libérales.

Ceci dit, l'orateur souligne l'importance de faire en sorte qu'une réforme du système de santé ne risque pas de remettre en cause le bon fonctionnement des hôpitaux qui doivent continuer à être opérationnels 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Sans insister sur la nécessité de disposer d'un système centré sur l'hôpital, l'orateur juge nécessaire de clarifier certaines questions liées à la création prévue de nouvelles antennes de service. Il demande ainsi des précisions sur la coopération concrète entre les établissements hospitaliers et les antennes de service au niveau des gardes, estimant que cette question doit faire l'objet de réflexions plus poussées afin de garantir que les hôpitaux puissent continuer à remplir leurs missions. L'orateur renvoie dans ce contexte à la situation en France où certains services hospitaliers se voient obligés de fermer faute de professionnels de santé.

Monsieur Marc Hansen se renseigne encore sur les conditions de travail et de rémunération des professionnels de santé affectés aux antennes de service et demande si ces derniers seront couverts par la Convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers et dans les établissements membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (CCT FHL), ceci afin d'éviter toute concurrence déloyale. De plus, l'orateur juge important de définir en détail quels actes seront autorisés dans une antenne de service et sous quelles conditions ces actes seront exécutés. En outre, il faudrait clairement définir les responsabilités incombant aux différents acteurs

et mettre à la disposition de ces derniers les moyens nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités respectives.

Madame la Ministre de la Santé confirme la nécessité d'assurer une situation équitable (« *level playing field* ») au niveau des salaires et des conditions de travail afin d'éviter une aggravation de la pénurie des professionnels de santé. Force est de constater que le modèle proposé, qui prévoit la création de sites hospitaliers supplémentaires sous forme d'antennes de service, a pour conséquence que le personnel employé dans ces antennes de service est automatiquement couvert par la CCT FHL. Le ministère de la Santé souhaite en effet éviter une situation où les conditions de travail soient moins contraignantes dans les antennes de service afin d'éviter une migration des professionnels de santé occupés dans l'hôpital vers ces services extra-muros. En ce qui concerne la question des gardes et astreintes, Madame la Ministre souligne que tout médecin agréé à un établissement hospitalier est tenu de participer à la continuité des soins et des gardes (*conformément à l'article 33, paragraphe 3, de la loi précitée du 8 mars 2018*). Cette question est réglée dans le cadre du contrat de collaboration que le médecin libéral exerçant dans une antenne de service doit signer avec l'établissement hospitalier en question. Madame la Ministre conclut que le modèle proposé vise donc expressément à ne pas compromettre le bon fonctionnement des hôpitaux.

Monsieur Marc Hansen juge encore nécessaire de disposer d'une carte sanitaire extrahospitalière plus détaillée visant à définir en détail quels soins de santé sont nécessaires dans quelles parties du pays afin de faire un choix informé sur la localisation des antennes de service et sur l'organisation des soins de santé primaires. L'orateur se demande si des critères sont prévus pour assurer une répartition géographique équitable des antennes de service afin d'éviter une concentration de certains soins de santé dans une zone de desserte restreinte. À cet égard, il renvoie à la situation dans la région Est du pays où, après l'installation d'un équipement IRM au Potaschbiérg, il est prévu d'installer un IRM supplémentaire à Junglinster.

Madame la Ministre de la Santé réplique que le nouveau mécanisme de financement, qui prévoit un financement forfaitaire par passage des coûts d'exploitation, devrait inciter l'exploitant potentiel d'une antenne de service d'estimer la rentabilité de celle-ci. Par conséquent, il semble peu probable que des antennes de service soient créées dans des endroits où la demande en soins de santé ambulatoires est faible. D'après les données dont dispose le ministère de la Santé, et afin de désengorger les hôpitaux dans la région Centre, il semble que la demande sera suffisamment grande pour justifier la création d'antennes de service dans la périphérie orientale de Luxembourg-Ville. Madame la Ministre indique encore que ses services procèdent à une évaluation des prescriptions d'examen d'imagerie médicale afin d'éviter des prescriptions inutiles ou excessives, sachant que les résultats de la dernière évaluation réalisée en 2017 sont perfectibles. Il s'agit en effet d'éviter une situation comme en Allemagne ou en Suisse où l'offre croissante d'équipements d'imagerie médicale a eu pour effet de stimuler la demande.

En ce qui concerne l'avis précité de l'Autorité de la concurrence, Monsieur Marc Hansen reconnaît que la profession de médecin est une profession libérale, tout en rappelant que le système de santé au Luxembourg est financé par des fonds publics et ne peut donc guère être comparé à un secteur soumis aux règles de la concurrence. Par conséquent, il appartient au législateur de

prendre des décisions visant à garantir le bon fonctionnement du système de santé.

Madame la Ministre de la Santé dit partager le point de vue exprimé par l'orateur précédent et confirme que les restrictions prévues par le projet de loi sous rubrique visent à assurer la pérennité du système de santé luxembourgeois.

Suite à des questions afférentes de Madame Nathalie Oberweis (*de la sensibilité politique déi Lénk*), Madame la Ministre de la Santé confirme que les antennes de service peuvent être exploitées par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins. Dans les deux cas de figure, les professionnels de santé sont couverts par la CCT FHL, alors que les médecins sont tenus de participer au système de gardes et d'astreintes de l'établissement hospitalier auquel ils sont agréés.

Madame Nathalie Oberweis souhaite encore savoir si la convention concernant le Centre médical Potaschbiërg contient un contrat-type de collaboration entre les médecins de ce centre médical et le CHL qui pourrait servir de modèle pour des collaborations futures.

Madame la Ministre de la Santé promet d'explorer la possibilité de mettre la convention signée entre l'État et le CHL à la disposition des membres de la commission parlementaire.

Monsieur Mars Di Bartolomeo (*du groupe politique LSAP*) est nommé rapporteur du projet de loi sous rubrique.

3. Motion de M. Marc Goergen relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance (7 juillet 2022)

Il est convenu de traiter le point 4 dans le cadre du point 3 à l'ordre du jour.

En guise d'introduction, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports indique que les motions sous rubrique ont été déposées dans le cadre de l'heure d'actualité au sujet des violences gynécologiques et obstétricales qui s'est tenue le 7 juillet 2022 à la demande de la sensibilité politique déi Lénk et que ces motions ont été renvoyées devant la commission parlementaire le même jour.

Il passe ensuite la parole à Monsieur Sven Clement, qui remplace l'auteur de la motion relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance.

Monsieur Sven Clement constate que le cadre légal au Luxembourg est lacunaire en ce qui concerne les maisons de naissance et se demande si l'interprétation faite par le ministère de la Santé pour justifier la fermeture d'une maison de naissance à Bertrange est correcte. L'orateur juge utile d'établir, en coopération avec les représentantes des sages-femmes et la Caisse nationale de santé, un état des lieux des lacunes juridiques en la matière qu'il s'agit de combler avant de pouvoir autoriser l'ouverture d'une maison de naissance. En revanche, la motion sous rubrique n'a pas pour objet d'autoriser l'ouverture

d'une maison de naissance en l'absence d'un cadre légal clair et de normes de qualité applicables à de telles maisons.

Par la suite, Madame Nathalie Oberweis procède à la présentation de la motion relative à la création d'une maison de naissance. Se référant à l'avis juridique émis par un cabinet d'avocats, l'oratrice se demande si les exploitantes de la maison de naissance à Bertrange ont effectivement violé la loi. Elle se renseigne sur la base juridique qui a guidé le ministère de la Santé dans sa décision de procéder à la fermeture du centre concerné et s'interroge sur le bien-fondé de cette décision, ceci d'autant plus que l'accouchement à domicile est autorisé, y inclus au domicile d'une tierce personne. De manière générale, l'oratrice juge approprié d'autoriser l'accouchement au sein d'une maison de naissance qui, selon elle, peut constituer une alternative valable à l'accouchement à la maternité et à l'accouchement à domicile.

Madame la Ministre de la Santé précise dans sa réponse que la problématique autour de la maison de naissance à Bertrange concerne les lacunes juridiques qui existent en la matière. En effet, le droit luxembourgeois ne connaît pas la notion de maison de naissance, contrairement à la législation des pays qui offrent la possibilité d'accoucher au sein d'une telle institution. En revanche, la profession de sage-femme et les attributions de celle-ci sont réglées par la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé et par le règlement grand-ducal du 22 novembre 2019 déterminant le statut, les attributions et les règles de l'exercice de la profession de santé de sage-femme. En outre, toute femme enceinte peut librement choisir l'endroit où elle souhaite donner naissance, que ce soit à domicile ou dans la maternité d'un établissement hospitalier. Si la femme choisit d'accoucher à domicile, elle peut le faire soit dans son propre domicile, soit dans un autre lieu d'habitation (par exemple chez les parents), et la sage-femme peut accompagner l'accouchement à l'adresse indiquée par la femme concernée.

Dans sa communication avec les sages-femmes qui offrent leurs services au sein du centre susmentionné à Bertrange, le ministère de la Santé a rappelé ces réalités et souligné que le Luxembourg ne connaît pas la maison de naissance en tant qu'institution. En outre, il s'est engagé à mettre sur pied un groupe de travail dédié à cette question qui réunit les acteurs concernés (maternités, gynécologues, obstétriciens, sages-femmes). Ce groupe de travail a lancé ses travaux entretemps, ceci malgré le fait que la question de la réglementation des maisons de naissance n'est pas prévue par l'accord de coalition 2018-2023. La possibilité de créer un cadre juridique permettant l'autorisation d'une maison de naissance est donc en train d'être analysée, mais aucune décision n'a été prise à ce stade. En attendant, le ministère de la Santé a saisi le Conseil scientifique du domaine de la santé en vue de l'élaboration de lignes directrices en la matière. Il est par ailleurs loisible aux sages-femmes libérales de s'associer entre elles à l'instar des autres professions libérales. Madame la Ministre de la Santé fait savoir qu'elle a été approchée par une telle association de sages-femmes qui désire créer à son tour une maison de naissance, mais qui préfère attendre la mise en place d'un cadre juridique avant de lancer des activités en ce sens. Cette position serait partagée par les représentantes des sages-femmes.

Madame Nathalie Oberweis réagit aux explications fournies par Madame la Ministre de la Santé en donnant à considérer que la maison de naissance à Bertrange n'a violé aucune loi et que le centre en question ne se considère pas

comme étant une institution. Elle appelle à faire preuve d'une plus grande flexibilité en attendant la mise en place d'un cadre juridique.

Monsieur Yves Cruchten (du groupe politique LSAP) s'interroge sur les conséquences pour les sages-femmes qui exerceraient au sein d'une maison de naissance en l'absence de toute réglementation en cas de complications pendant l'accouchement.

Dans le même ordre d'idées, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports se demande s'il serait possible de modifier les attributions des sages-femmes le cas échéant.

Monsieur Sven Clement se réfère aux précisions fournies par Madame la Ministre de la Santé qui lui semblent être compatibles avec les demandes formulées dans la motion de Monsieur Goergen et exprime le souhait de soumettre cette motion à un vote positif. Il réitère la nécessité d'identifier et de combler les lacunes juridiques existantes afin de clarifier la question de la responsabilité civile des sages-femmes impliquées et d'éviter, partant, une situation comme celle évoquée par Monsieur Cruchten. En outre, l'orateur réitère l'importance d'élaborer une charte de qualité afin de garantir la qualité des services offerts dans une maison de naissance.

Madame la Ministre de la Santé rappelle dans sa réponse qu'elle n'est pas en mesure d'autoriser une maison de naissance dans les circonstances actuelles, le droit luxembourgeois ne connaissant pas cette notion. En même temps, une femme enceinte a la possibilité de se faire accompagner par une sage-femme lors d'un accouchement à domicile qui peut se dérouler au domicile propre ou dans un autre lieu d'habitation. En cas de problème survenu lors de l'accouchement, la responsabilité de la sage-femme est engagée et celle-ci doit démontrer qu'elle a agi dans le cadre de ses attributions et qu'elle a fait le nécessaire pour que l'accouchement se déroule selon les règles de l'art.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports propose de fusionner le contenu des deux motions dans un esprit consensuel ; dans le cas contraire, il faudrait soumettre les deux motions au vote.

4. Motion de Mme Nathalie Oberweis relative à la création d'une maison de naissance (7 juillet 2022)

Il est renvoyé au point 3 ci-avant.

5. Divers

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports fait savoir que le prochain projet de loi portant modification de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19 sera probablement déposé en date du 10 mars 2023. Ce dernier sera présenté aux membres de la commission parlementaire lors d'une réunion prévue le 13 mars 2023 à 8.00 heures.

Procès-verbal approuvé et certifié exact