



Commission de la Santé et des Sports

Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 2 mai 2023

Ordre du jour :

1. *Uniquement pour les membres de la Commission de la Santé et des Sports :*

Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 7, 13 et 21 mars 2023 et de la réunion jointe du 27 mars 2023 (pétition publique 2301)
2. 2504 Pétition publique - Garantir et améliorer l'accès utile, rapide et équitable aux moyens de diagnostic d'imageries médicales (la mammographie, la coloscopie, l'IRM, la densitométrie, le scanner, etc.)

Suivi des conclusions du débat public sur la pétition publique 2504 ayant eu lieu le 8 mars 2023
3. 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
- Rapporteur : Monsieur Mars Di Bartolomeo

- Examen de l'avis du Conseil d'État
4. Divers

*

Présents : M. Gilles Baum, Mme Francine Closener, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, M. Max Hengel, M. Claude Lamberty, remplaçant M. Gusty Graas, Mme Josée Lorsché, Mme Nathalie Oberweis, M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler, membres de la Commission de la Santé et des Sports

M. Sven Clement, observateur délégué

M. Frank Colabianchi, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, M. Dan Kersch,

M. Marc Spautz, M. Carlo Weber, membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

M. Sven Clement, observateur délégué

Mme Nancy Arendt épouse Kemp, Présidente de la Commission des Pétitions

M. Claude Haagen, Ministre de la Sécurité sociale

Dr Jean-Claude Schmit, Directeur de la santé

Mme Paule Flies, M. Laurent Mertz, M. Tom Rausch, du Ministère de la Santé

Mme Sonja Trierweiler, du Ministère de la Sécurité sociale

M. Thomas Dominique, Directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)

M. Nicolas Anen, du groupe parlementaire LSAP

Mme Patricia Pommerell, M. Joé Spier de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Gusty Graas, M. Georges Mischo, membres de la Commission de la Santé et des Sports

Mme Myriam Cecchetti, M. Paul Galles, M. Aly Kaes, M. Pim Knaff, M. Charles Margue, M. Gilles Roth, membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission de la Santé et des Sports

M. Dan Kersch, Président de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

*

1. ***Uniquement pour les membres de la Commission de la Santé et des Sports :***

Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 7, 13 et 21 mars 2023 et de la réunion jointe du 27 mars 2023 (pétition publique 2301)

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

2. **2504 Pétition publique - Garantir et améliorer l'accès utile, rapide et équitable aux moyens de diagnostic d'imageries médicales (la mammographie, la coloscopie, l'IRM, la densitométrie, le scanner, etc.)**

En guise d'introduction, Monsieur Mars Di Bartolomeo (du groupe parlementaire LSAP), Président de la Commission de la Santé et des Sports, excuse l'absence de Madame la Ministre de la Santé qui ne peut pas participer à la présente réunion pour des raisons de santé. L'orateur précise que la réunion est consacrée au suivi des conclusions du débat public du 8 mars 2023 sur la pétition publique 2504 intitulée « *Garantir et améliorer l'accès utile, rapide et équitable aux moyens de diagnostic d'imageries médicales (la mammographie, la coloscopie, l'IRM, la densitométrie, le scanner, etc.)* ». Lors du débat public, le Gouvernement a annoncé son intention de mettre en œuvre un certain nombre de mesures visant à améliorer la situation critiquée par la pétition publique 2504. L'orateur renvoie également à la mission qu'il convient de donner à l'Observatoire national de la santé en vue d'étudier un système permanent de gestion des accès aux imageries médicales dans le cadre d'un monitoring.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports passe ensuite la parole à Madame Nancy Arendt épouse Kemp (du groupe politique CSV), Présidente de la Commission des Pétitions, qui renvoie à son tour au débat public du 8 mars 2023 au cours duquel la pétitionnaire, Madame Isabelle Faber, a avancé un délai d'attente allant jusqu'à dix-huit mois pour une mammographie. Son co-pétitionnaire, le Dr Jean-Baptiste Olivier, a indiqué que quelque 33 000 femmes âgées de cinquante à soixante-dix ans sont visées chaque année par le programme national de dépistage du cancer du sein (« *Programme Mammographie* »), alors que seulement 54 pour cent des femmes concernées y prennent part. Le Dr Olivier a précisé en outre que 95 pour cent des mammographies réalisées dans le cadre du « *Programme Mammographie* » sont normales. Selon le Dr Olivier, cette statistique met en évidence une saturation des installations radiologiques au sein des hôpitaux par des personnes non malades, alors même que les hôpitaux devraient accueillir prioritairement des personnes malades. Ceci semble d'autant plus vrai que les chances de guérison dépendent notamment de la taille de la tumeur et des dates du diagnostic ainsi que de la prise en charge thérapeutique.

Madame la Présidente de la Commission des Pétitions rappelle que les participants au débat public se sont renseignés sur les raisons qui expliquent les délais d'attente actuels. Ils se sont interrogés sur la possibilité de réorganiser les plages horaires disponibles afin de raccourcir les délais d'attente pour la conduite d'examen supplémentaires après qu'une suspicion a été établie et d'externaliser les infrastructures s'adressant notamment à des personnes en bonne santé en créant par exemple un centre national de dépistage externe. En outre, il a été constaté qu'il y a une tendance à réserver plusieurs créneaux pour le même patient. Afin de porter remède à cette situation, il a été jugé nécessaire de faire évoluer la digitalisation, notamment au niveau de la prise de rendez-vous.

L'oratrice conclut que la présente réunion devait permettre à Madame la Ministre de la Santé et à Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale de faire le point sur les nouvelles initiatives annoncées lors du débat public du 8 mars 2023 et en particulier sur le système de centralisation et de numérisation de la prise de rendez-vous qui devra permettre de gérer avec efficacité les plages libres et les plages supplémentaires à créer pour l'utilisation de l'imagerie médicale.

Par la suite, Monsieur Claude Haagen, Ministre de la Sécurité sociale, présente les mesures envisagées par le Gouvernement pour porter remède aux problèmes soulevés lors du débat public. Il se réfère dans ce contexte à l'aperçu n° 21 élaboré par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) au sujet de la réalisation des examens d'imagerie médicale au Luxembourg (mars 2023) et annonce son intention de mettre cet aperçu à la disposition des membres des commissions parlementaires. Il ressort de l'aperçu n° 21 que le Centre Hospitalier Émile Mayrisch (CHEM) a la plus grande activité pour les examens d'imagerie médicale à visée d'exploration diagnostique et qu'il accueille un nombre élevé d'assurés non-résidents.

Afin de pouvoir diminuer les délais d'attente pour un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM), Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale fait savoir que le Gouvernement a exprimé le souhait que les quatre centres hospitaliers veillent à une meilleure disponibilité des plateaux IRM. À cette fin, les équipements IRM devraient également fonctionner en dehors des horaires d'ouverture actuels, et notamment pendant le week-end. Le ministère de la Santé et le ministère de la Sécurité sociale ont mené des consultations à cette fin avec la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) et d'autres acteurs du terrain. Suite à ces consultations, il a été décidé de prévoir dans le cadre d'un projet pilote une ouverture des plateaux IRM le samedi pendant huit heures. Alors que ce projet pilote est déjà mis en œuvre par deux centres hospitaliers, les autres devraient faire de même à partir du 1^{er} juin 2023 au plus tard.

Certains centres hospitaliers ont annoncé leur intention de prévoir une ouverture des plateaux IRM également le dimanche. Cette décision relève de l'autonomie des hôpitaux, sachant qu'une utilisation des équipements IRM sept jours sur sept aura des répercussions sur le plan de travail du personnel et sur la prochaine Convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers et dans les établissements membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (CCT FHL). Les acteurs ont également évoqué la possibilité de prévoir des heures d'ouverture prolongées en semaine, de 6.00 heures à 22.00 heures, les équipements IRM étant actuellement exploités de 7.00 heures à 20.00 heures. De manière générale, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale donne à considérer qu'un élargissement des plages horaires rend nécessaire un renforcement de l'effectif du personnel spécialisé en imagerie médicale.

Alors qu'il appartient aux centres hospitaliers de définir les modalités de mise en œuvre de ce projet pilote, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale souligne qu'il s'agit de réduire dans un premier temps les retards accumulés. Il précise encore que les frais supplémentaires engendrés par la prolongation des heures d'ouverture des plateaux IRM seront pris en charge par la Caisse nationale de santé (CNS).

En outre, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale fait savoir que la commune de Wiltz et le Centre hospitalier du Nord (CHdN) ont développé le projet « *Schlasskéier* », une nouvelle antenne du service d'imagerie médicale du CHdN, qui sera doté d'un équipement IRM supplémentaire. En attendant la construction du centre Schlasskéier, cet équipement IRM supplémentaire, sur lequel la Commission permanente pour le secteur hospitalier vient d'émettre un avis favorable, sera provisoirement installé dans la Clinique Saint-Joseph (site Wiltz du CHdN), de préférence dans le courant de l'année en cours.

Monsieur le Directeur de la santé, de son côté, informe l'assistance que le Luxembourg dispose actuellement de sept équipements de mammographie qui seront bientôt remplacés par des appareils plus performants, la procédure d'attribution de marché étant sur le point d'être conclue. Les centres hospitaliers ont été d'accord pour acquérir le même type d'appareil, ce qui est susceptible de faciliter la comparabilité et l'échange des données. Dans le contexte du renouvellement du parc d'équipements de mammographie, il est par ailleurs prévu d'acquérir un appareil supplémentaire, ce qui porte le nombre total à huit. Dans la mesure où les nouveaux appareils seront plus performants et plus rapides, leur rendement sera plus important. Le plus grand problème consiste à disposer du personnel spécialisé nécessaire et notamment de radiologues, tous les radiologues n'étant pas en mesure d'interpréter correctement les résultats d'une mammographie. Dans ce contexte, l'orateur se félicite du fait qu'un établissement hospitalier vient de lui annoncer qu'il a recruté un radiologue supplémentaire spécialisé en mammographie.

Monsieur le Directeur de la santé précise ensuite que les femmes qui se soumettent à une mammographie peuvent être divisées en trois catégories, à savoir les participantes au « *Programme Mammographie* » qui s'adresse aux femmes âgées de cinquante à soixante-dix ans, les cas d'urgence et les femmes qui font réaliser une mammographie à des fins préventives en dehors du « *Programme Mammographie* ». Pour des raisons organisationnelles, la Direction de la santé est en train de discuter avec les gynécologues de l'opportunité de faire participer cette troisième catégorie de femmes au « *Programme Mammographie* ». Une telle façon de procéder semble d'autant plus indiquée que l'Union européenne recommande d'ouvrir les programmes de dépistage aux femmes à partir de l'âge de quarante-cinq ans.

En outre, la Direction de la santé œuvre en faveur d'une meilleure organisation du système grâce à la mise en place d'une prise de rendez-vous centralisée afin d'éviter que les femmes concernées prennent des rendez-vous dans plusieurs établissements hospitaliers. En effet, les hôpitaux recommandent souvent aux patientes de contacter également d'autres hôpitaux pour obtenir un rendez-vous plus rapidement. De nombreuses patientes prennent donc un deuxième rendez-vous et n'ont pas forcément le réflexe d'annuler le premier. Un groupe de travail a été créé afin de discuter de ces questions avec les établissements hospitaliers, tout en respectant l'autonomie hospitalière.

Monsieur le Directeur de la santé précise encore que l'intelligence artificielle est un bon moyen pour lire les mammographies, ceci notamment dans le cadre d'un programme de dépistage où la grande majorité des clichés est normale. Un projet en ce sens vient d'être soumis au ministère de la Digitalisation en vue d'un cofinancement. Le recours à l'intelligence artificielle serait susceptible d'augmenter le rendement de l'interprétation des mammographies et de réduire ainsi les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports constate que le nombre d'équipements IRM est passé de sept à treize dans une période de deux ans, y inclus l'équipement supplémentaire prévu à Wiltz. L'orateur salue en outre la proposition de prévoir une prise de rendez-vous centralisée qui permettra d'exploiter les capacités non utilisées, ainsi que la volonté des centres hospitaliers de faire preuve d'une plus grande coopération entre eux.

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

Madame Josée Lorsché (*du groupe parlementaire déi gréng*) se réfère aux propos tenus par le Dr Olivier lors du débat public du 8 mars 2023 au sujet de la pénurie de médecins spécialistes capables de lire et d'interpréter les clichés réalisés dans le cadre des mammographies. Elle estime que le recrutement d'un radiologue supplémentaire spécialisé en mammographie n'est pas susceptible de résoudre ce problème. Au vu de cette situation, l'oratrice souhaite savoir si des pistes ont déjà été identifiées pour recourir à l'intelligence artificielle, voire à des experts à l'étranger pour interpréter les clichés mammaires.

Monsieur le Directeur de la santé précise dans ce contexte que le radiologue supplémentaire spécialisé en mammographie a accepté de venir travailler au Luxembourg grâce à l'amélioration des conditions de travail qui résulte de la décision concernant l'indemnisation des gardes et astreintes. L'orateur exprime l'espoir que la création d'un environnement de travail attrayant est susceptible d'attirer les médecins spécialistes dont le Luxembourg a besoin. Il donne cependant à considérer que tous les pays européens se voient confrontés à une pénurie de radiologues.

En ce qui concerne le recours à des experts externes, le Directeur de la santé fait savoir que tous les clichés réalisés dans le cadre du « *Programme mammographie* » sont adressés aux deux radiologues de la Direction de la santé pour une deuxième lecture. Vu la surcharge de travail qui en résulte, la Direction de la santé a mis en place une coopération avec des radiologues français qui lisent les clichés mammaires en tant que consultants externes. La Direction de la santé est également en train d'explorer la possibilité d'une coopération avec le Portugal dans ce domaine. Le recours à l'intelligence artificielle serait susceptible d'améliorer la situation dans la mesure où un programme informatique pourrait éliminer les clichés normaux, de sorte que les radiologues pourraient se concentrer sur les clichés affichant des anomalies.

En réponse à une question afférente de Madame Francine Closener (*du groupe parlementaire LSAP*), Monsieur le Directeur de la santé précise que l'ouverture du « *Programme mammographie* » aux femmes à partir de l'âge de quarante-cinq ans sera réalisée rapidement, étant donné que l'Union européenne a émis une recommandation en ce sens. Ceci dit, il faut d'abord procéder à une modification de la convention avec la CNS afin d'assurer la prise en charge financière d'une telle extension du programme de dépistage. Il faut ensuite procéder à la mise en œuvre de ce projet, sachant que le Luxembourg n'est pas le seul État membre qui n'a pas encore donné suite à la recommandation de l'Union européenne.

Madame Carole Hartmann (*du groupe politique DP*) demande si le délai d'attente de dix-huit mois pour une mammographie qui a été mentionné par la pétitionnaire a pu être raccourci entretemps.

Monsieur le Directeur de la santé réplique que l'établissement hospitalier ayant annoncé un délai d'attente de dix-huit mois pour les cas non-urgents a pu ramener ce délai à douze mois. En cas d'urgence, ce délai est beaucoup plus court ; l'orateur se réfère à un cas où la patiente a obtenu un rendez-vous dans un délai de deux jours. Cela dépend toutefois de la volonté du médecin traitant de contacter lui-même le radiologue pour lui expliquer l'urgence de la situation.

En réponse à une question afférente de Madame Carole Hartmann, Monsieur le Directeur de la santé précise que toutes les plages horaires réservées dans le cadre du « *Programme Mammographie* » ne sont pas utilisées, alors que les femmes réalisant une mammographie de dépistage en dehors du programme national utilisent les autres plages horaires qui ne sont donc pas disponibles pour les mammographies de diagnostic. Il serait dès lors préférable que cette dernière catégorie de femmes utilise les créneaux prévus dans le cadre du « *Programme Mammographie* », d'où la nécessité de réorganiser le système dans ce sens.

Madame Carole Hartmann se réfère ensuite aux propos de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale selon lesquels le CHEM accueille un nombre élevé d'assurés non-résidents et donne à considérer que l'analyse réalisée à des fins de planification dans le cadre du projet de loi 8009¹ est exclusivement basée sur la population protégée résidente. Elle s'interroge sur l'opportunité de prendre en compte également les assurés frontaliers dans le cadre de la planification nationale des équipements et appareils médicaux.

Monsieur le Directeur de l'IGSS confirme que les statistiques contenues dans le document de dépôt relatif au projet de loi 8009 précité utilisent en effet comme indicateur la population protégée résidente. Ceci dit, il y est également fait référence à une documentation sur la consommation de prestations de soins de santé dans les différents hôpitaux par tous les assurés, y inclus les assurés non-résidents.

Tout en saluant l'annonce de la mise en place d'un système de prise de rendez-vous centralisée, Madame Carole Hartmann renvoie à certains problèmes soulevés par les pétitionnaires lors du débat public du 8 mars 2023. D'une part, le patient souhaite souvent rester chez le médecin qui l'a déjà pris en charge lors d'une maladie précédente dans la mesure où celui-ci connaît mieux son historique médical. D'autre part, les données de santé des patients détenues par un hôpital ne sont pas forcément accessibles dans les autres hôpitaux. Ce problème se pose également au niveau de la coopération avec des hôpitaux situés à l'étranger. Il faudrait dès lors garantir un échange sécurisé des données de santé entre les acteurs concernés, ceci d'autant plus que certains médecins semblent avoir recours à l'application Whatsapp pour échanger des données de santé.

Monsieur le Directeur de la santé précise dans sa réponse que le transfert de données de santé ne devrait poser aucun problème, les quatre centres hospitaliers étant rattachés à un système permettant l'échange des résultats des examens radiologiques. En revanche, l'échange avec un hôpital étranger n'est pas toujours garanti.

Dans ce contexte, Monsieur le Directeur de l'IGSS se réfère aux discussions qui sont en train d'être menées au niveau de l'Union européenne sur la création de l'Espace européen des données de santé (« *European Health Data Space* »), qui vise précisément à résoudre les questions liées à la transférabilité des données de santé entre États membres de l'Union

¹ 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

européenne. La proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à l'espace européen des données de santé préconise plusieurs catégories prioritaires de données de santé électroniques à caractère personnel à des fins d'utilisation primaire, y inclus les images médicales et les comptes rendus d'imagerie médicale, dont l'émission et l'acceptation se feront dans le cadre du format européen d'échange de dossiers médicaux électroniques. Une fois en vigueur, ce règlement devrait donc permettre à un hôpital situé dans un pays limitrophe d'accéder aux données de santé des assurés luxembourgeois.

Monsieur Claude Wiseler (du groupe politique CSV) demande des précisions sur les coûts supplémentaires engendrés par l'ouverture prolongée des équipements IRM.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale précise que les coûts supplémentaires sont occasionnés par la multiplication prévue des actes et, le cas échéant, le travail du dimanche. Ils sont calculés par rapport à l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier. Le surcoût a été évalué en fonction des besoins exprimés par les différents centres hospitaliers en vue d'une exploitation prolongée des équipements IRM. À l'issue de l'exercice budgétaire en cours, il est prévu d'évaluer l'estimation de surcoût en vue d'inscrire des chiffres ajustés dans le projet de budget pour l'exercice 2024.

Monsieur Claude Wiseler demande si la planification se base sur la consommation de soins de santé par tous les assurés, qu'ils soient résidents ou non-résidents. Il estime dans ce contexte que le nombre de patients en provenance de la Grande Région risque encore d'augmenter au vu de la situation en Belgique qui pourrait mener à la fermeture de l'hôpital d'Arlon. Cela pourrait avoir pour conséquence que les hôpitaux luxembourgeois devraient traiter des patients affiliés à la sécurité sociale belge.

En guise de réponse, Monsieur le Directeur de l'IGSS renvoie aux publications de l'IGSS au sujet des questions soulevées par l'orateur précédent, dont notamment les cahiers statistiques n° 12 (Analyse portant sur les dépenses de l'assurance maladie-maternité liées aux soins transfrontaliers et sur la population concernée par les soins transfrontaliers) et n° 14 (Prestations de soins au Luxembourg pour des assurés qui résident dans les zones frontalières francophones). Il propose de diffuser aux membres des commissions parlementaires ces publications qui sont par ailleurs disponibles sur le site de l'IGSS. Il en ressort que le système de santé luxembourgeois prend en charge une grande partie des assurés non-résidents ; ces chiffres sont évidemment pris en compte dans toute planification du secteur hospitalier. Il est aussi évident qu'un éventuel accès élargi aux prestations de soins de santé luxembourgeois nécessiterait des capacités additionnelles afin de pouvoir accueillir des patients supplémentaires en provenance de la Grande Région.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports donne à considérer que la fermeture de l'hôpital d'Arlon pourrait également inciter des médecins et professionnels de santé belges à venir exercer au Luxembourg.

Monsieur Marc Hansen (du groupe politique déi gréng) exprime sa surprise devant le constat que le transfert des clichés d'imagerie médicale semble toujours poser problème, alors que ces clichés figurent normalement dans le dossier de soins partagé (DSP) des patients. Il regrette que l'accès au DSP ne soit toujours pas suffisamment efficace pour que son utilisation par les assurés

et les prestataires de soins de santé soit garantie. Or, un bon fonctionnement du DSP serait de nature à résoudre les problèmes liés à l'accès des clichés réalisés qui sont normalement intégrés dans le DSP dans un délai de deux jours.

Dans sa réponse, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale se réfère aux critiques qui ont été exprimées à l'égard du DSP lors de l'assemblée générale extraordinaire de l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) du 26 avril 2023. Monsieur le Ministre explique que la priorité du Gouvernement était l'introduction du paiement immédiat direct grâce auquel l'assuré n'a plus besoin d'avancer le montant qui lui est remboursé par la CNS. Alors que le DSP est certes perfectible, l'orateur souligne qu'il s'agit d'un outil très utile qui permet de centraliser toutes les informations de santé essentielles à un seul endroit et de faciliter ainsi le suivi et la coordination de la prise en charge des assurés. Tout en jugeant opportun de ne pas recourir à l'application Whatsapp pour échanger des données de santé, Monsieur le Ministre relève l'importance pour tous les cabinets médicaux d'accélérer le passage à la digitalisation.

Monsieur le Directeur de la santé souligne l'opportunité pour les assurés et les prestataires de soins de santé d'utiliser le DSP, même si la qualité des clichés d'imagerie médicale versés dans le DSP n'est pas toujours parfaite. Alors que le degré de digitalisation des cabinets médicaux est variable, l'orateur fait savoir que le système d'échange de données de santé par lequel les centres hospitaliers sont reliés entre eux permet le transfert de clichés de haute résolution.

Monsieur Marc Hansen souligne la nécessité de procéder sans tarder à un monitoring non seulement des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, mais également du nombre d'équipements et d'appareils médicaux nécessaires, considérant que la situation est évolutive au niveau de la consommation par la population protégée résidente et non-résidente et que les décisions politiques des pays limitrophes, comme la fermeture éventuelle de l'hôpital d'Arlon, ont un impact majeur sur la situation au Luxembourg. Un tel monitoring devrait également permettre de parvenir à une répartition des équipements et appareils lourds qui correspond aux besoins réels des patients, non seulement dans l'agglomération de Luxembourg, mais également en zone rurale, en évitant une prolifération d'équipements dans certaines régions.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale est d'accord pour dire que la répartition des équipements et appareils médicaux doit faire l'objet d'une planification détaillée et qu'elle doit se faire en fonction de la population et de l'accessibilité. À cette fin, le projet pilote sur la prolongation des heures d'ouverture des plateaux IRM permettra de collecter des données supplémentaires sur les besoins en la matière, y inclus au niveau du personnel.

Monsieur le Directeur de la santé fait savoir que l'Observatoire national de la santé, en coopération avec le Luxembourg Institute of Health, a d'ores et déjà développé une méthodologie pour procéder au monitoring susmentionné. En outre, la Direction de la santé fait un monitoring régulier des délais d'attente en requérant des informations afférentes aux établissements hospitaliers et en demandant des rendez-vous en tant que patient « *mystère* ». Cette façon de procéder a permis de constater que le délai d'attente pour une mammographie dans l'hôpital concerné est passé de dix-huit à douze mois. L'orateur se dit également d'accord avec la proposition de procéder à un monitoring du nombre d'équipements et d'appareils médicaux nécessaires, tout en soulignant qu'il faut

également prendre en considération le degré de performance des appareils utilisés qui est en amélioration constante.

En ce qui concerne la répartition des équipements et appareils médicaux, Monsieur le Directeur de l'IGSS ajoute que l'IGSS s'est donnée les moyens pour collecter, préparer, interpréter et publier les données nécessaires. Ces données sont mises à la disposition de l'Observatoire national de la santé afin de lui permettre de procéder au monitoring susmentionné.

Dans ce contexte, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports souligne l'importance pour les prestataires de soins de santé d'accompagner le monitoring à réaliser par l'Observatoire national de la santé et de prendre connaissance des évolutions constatées.

Monsieur Sven Clement (de la sensibilité politique Piraten) se dit étonné d'entendre que la Direction de la santé appelle les établissements hospitaliers en tant que patient « *mystère* » pour vérifier les informations officielles communiquées sur les délais d'attente.

Monsieur le Directeur de la santé réplique que la Direction de la santé se donne des moyens objectifs pour confirmer les données fournies par les établissements hospitaliers sur les délais d'attente, ce qui ne signifie pas qu'elle considère ces données comme étant peu fiables.

En ce qui concerne la prise de rendez-vous pour une mammographie, Monsieur Sven Clement se réfère aux réponses à plusieurs questions parlementaires posées à ce sujet et dont il ressort que le nombre de rendez-vous non honorés dans le cadre d'une prise de rendez-vous multiple ne peut pas être déterminé. La seule façon de porter remède à cette situation est dès lors la mise en place d'une plateforme centralisée permettant aux femmes concernées de prendre un rendez-vous unique. Une prise de rendez-vous centralisée est également la seule façon de vérifier si les rendez-vous attribués ont été respectés. L'orateur estime en effet qu'un délai d'attente de douze ou de dix-huit mois est susceptible d'inciter les patientes qui ont les moyens financiers à faire réaliser une mammographie à l'étranger et à oublier, le cas échéant, d'annuler le rendez-vous préalablement pris dans un hôpital luxembourgeois.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale confirme que la prise de rendez-vous centralisée constituera une mesure de simplification administrative au profit des patients et des centres hospitaliers. En ce qui concerne l'affirmation de l'orateur précédent selon laquelle les patients qui ont les moyens financiers préfèrent se faire soigner à l'étranger, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale se réfère aux statistiques publiées par l'IGSS d'où il ressort que le nombre d'assurés résidents qui font réaliser un examen d'imagerie médicale à l'étranger est plus faible que supposé. Par ailleurs, la prise en charge dans un établissement hospitalier situé dans un autre État membre de l'Union européenne peut être autorisée par la CNS sous certaines conditions.

Monsieur Sven Clement exprime encore son désarroi par rapport à la prétendue pratique de certains médecins de recourir à l'application Whatsapp pour échanger des données de santé et souligne que les plateformes numériques exploitées par des opérateurs privés ne se prêtent pas à un tel échange. L'orateur estime que cette pratique est un désaveu des plateformes numériques mises à la disposition des prestataires de soins de santé, dont le

DSP. Dans ce contexte, Monsieur Clement exprime son indignation quant à un courrier qui lui a été adressé par le directeur général de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (« Agence eSanté ») en réaction aux critiques qu'il avait formulées à l'égard du DSP.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale réfute l'analyse faite par l'orateur précédent selon laquelle le recours par certains médecins à l'application Whatsapp constituerait un désaveu du DSP.

Alors que Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports fait siens les propos formulés par Monsieur Clement au sujet du courrier mentionné, il estime que la mise en œuvre des projets de l'Agence eSanté est entravée par certaines polémiques et en raison d'intérêts commerciaux qui ne semblent pas mettre le patient au centre des préoccupations.

Monsieur Jeff Engelen (de la sensibilité politique ADR) souhaite savoir pourquoi l'équipement IRM prévu à Wiltz, qui sera installé provisoirement dans la Clinique Saint-Joseph, sera transféré ultérieurement au centre Schlasskéier, alors que cette façon de procéder obligera les patients hospitalisés à faire des aller-retours entre la Clinique Saint-Joseph et le futur centre Schlasskéier.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale confirme que l'équipement IRM sera installé dans la Clinique Saint-Joseph, qui remplit les conditions techniques pour accueillir un tel équipement, en attendant que le centre Schlasskéier sera opérationnel. Il précise que la mise en service du centre Schlasskéier ira de pair avec une restructuration des activités de la Clinique Saint-Joseph et une coordination optimale entre les deux sites. En effet, la Clinique Saint-Joseph accueillera à l'avenir les traitements stationnaires dans le domaine de la gériatrie et de la rééducation gériatrique ainsi que la clinique de jour pour la rééducation gériatrique. Une fois le centre Schlasskéier achevé, les services de diagnostic et de traitement ambulatoires, actuellement situés dans la clinique, seront installés dans le nouvel établissement.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports constate que le Gouvernement est en train de mettre en place une panoplie de mesures pour raccourcir les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous pour un examen d'imagerie médicale, à savoir un monitoring des délais d'attente et du nombre d'équipements et d'appareils médicaux nécessités par les assurés résidents et non-résidents, la création de plages horaires supplémentaires pour réaliser des examens IRM, l'installation de plateaux IRM supplémentaires dont le nombre est passé de sept à treize dans une période de deux ans et la mise en place d'un système de prise de rendez-vous centralisée pour les mammographies.

3. 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

Après une brève introduction de Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports, qui est également rapporteur du projet de loi sous rubrique, un représentant du ministère de la Santé présente l'avis que le

Conseil d'État a émis en date du 25 avril 2023. Le ministère de la Santé est en train d'analyser cet avis en vue de la rédaction d'une série d'amendements.

Le Conseil d'État constate, dans ses considérations générales, que le projet de loi sous avis apporte des modifications à un certain nombre d'articles de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Les auteurs affirment que ces modifications ont pour objet de ne pas confiner l'activité des établissements hospitaliers sur leurs sites actuels et de consacrer la pratique déjà existante de délocaliser des activités sur des « *sites supplémentaires* » destinés à des services spécifiques accueillant des patients pour des interventions ou examens en mode ambulatoire. Les modifications proposées suscitent un certain nombre de questions auxquelles le Conseil d'État reviendra à l'endroit de l'examen des articles.

La Haute Corporation constate qu'en ce qui concerne plus particulièrement les modifications proposées aux articles 1^{er}, point 4°, et 2 du projet de loi, le Gouvernement entend répondre à l'arrêt n° 148/19 du 5 juillet 2019 de la Cour constitutionnelle². Celle-ci a dû se prononcer sur la question de savoir si l'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, est conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution, en ce que, selon le tribunal administratif, « *le législateur n'a donné aucune indication quant à la nature, aux raisons pour lesquelles, dans quelles circonstances ou sous quelles conditions différents équipements devraient figurer sur une liste d'équipements interdits par rapport à d'autres ainsi que, d'une manière générale, quant aux modalités d'une telle interdiction*³ ».

Dans l'arrêt précité, la Cour constitutionnelle a notamment considéré que « *l'article 19 de la loi du 29 avril 1983 n'est pas conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution* », en ce qu'il « *ne donne aucune indication quant à l'objectif des mesures d'exécution* » dans une matière réservée à la loi.

Le Conseil d'État note que l'article 2 du projet de loi sous avis vise à abroger l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983. La loi précitée ne contenant ainsi plus de restriction quant aux équipements et appareils pouvant être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans un cabinet médical, il n'est plus nécessaire d'insérer des indications quant à l'objectif des mesures d'exécution dans ladite loi.

Afin de rester toutefois dans la logique du système actuellement en vigueur, le Gouvernement prévoit de modifier l'article 14 de la loi précitée du 8 mars 2018 ainsi que l'annexe 3 visée audit article, en insérant dans la loi précitée les conditions liées à la limitation de l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers.

Le Conseil d'État constate ainsi que le principe selon lequel un certain nombre d'équipements et d'appareils sont réservés au milieu hospitalier, ne pouvant donc pas être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans leurs cabinets médicaux, n'est pas remis en cause par les auteurs de la loi en projet. Ainsi, en particulier les modifications proposées à l'endroit de l'article 1^{er}, point

² Cour constitutionnelle, arrêt n° 00148/19 du 5 juillet 2019 (Mém. A - n° 491 du 12 juillet 2019).

³ Tribunal administratif, jugement n° 40845 du 14 février 2019.

4°, tendent à modifier l'article 14, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, afin de lui donner la teneur suivante : « (1) *Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale, qui soit en raison de leur coût dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. [...]* ».

Le Conseil d'État relève que le fait de réserver l'utilisation de ces équipements et appareils en vue d'une prise en charge médicale aux établissements hospitaliers constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale, matière qui constitue une matière réservée à la loi en vertu de l'article 11, paragraphe 6, de la Constitution. Dans ce contexte, le Conseil d'État rappelle que, d'après l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, « *[l']article 11, paragraphe 6, alinéa 1, de la Constitution permet à la loi d'établir des restrictions à la liberté en cause. Pour être conformes à la Constitution, celles-ci doivent être rationnellement justifiées, adéquates et proportionnées à leur but* »⁴. Cet arrêt cadre avec la clause transversale de l'article 37 de la Constitution révisée, qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2023 et en vertu de laquelle « *[t]oute limitation de l'exercice des libertés publiques doit être prévue par la loi et respecter leur contenu essentiel. Dans le respect du principe de proportionnalité, des limitations ne peuvent être apportées que si elles sont nécessaires dans une société démocratique et répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui.* » Le Conseil d'État relève que ladite clause est inspirée de l'article 52, paragraphe 1^{er}, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Par ailleurs, d'après la jurisprudence de la Cour de l'Union européenne et les termes de l'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions⁵, qui a été transposée par la loi précitée du 2 novembre 2021, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante et les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux objectifs visés⁶.

Le Conseil d'État constate que, selon l'exposé des motifs, le projet de loi sous avis prévoit entre autres la mise en place de « *sites supplémentaires* ». Ces sites sont dédiés à accueillir quatre services spécifiques. Cette extension de l'offre hospitalière est justifiée, toujours selon l'exposé des motifs, par le souci de « *réduire les délais d'attente* ».

Le Conseil d'État note que le formulaire relatif à l'examen de proportionnalité qui lui a été communiqué explique que « *l'évaluation des besoins sanitaires a bien montré qu'il faut des sites additionnels [...]* afin de répondre aux besoins

⁴ Arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, n° 176 (Mém. A n° 19 du 13 janvier 2023).

⁵ L'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 dispose ce qui suit : « À cette fin, avant l'adoption des dispositions visées au paragraphe 1, les États membres tiennent compte des éléments suivants : f) la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs pour atteindre l'objectif d'intérêt général ; »

⁶ CJUE, arrêt du 26 septembre 2013, Texdata Software GmbH., aff. C-418/11, point 52.

de la population. [...] Ceci permettra de contribuer au virage ambulatoire et sera une réponse aux longues [sic] délais que nécessitent les projets de construction ».

Si les objectifs précités poursuivent ainsi des buts légitimes, à savoir notamment la protection de la santé, consacrée de manière indirecte par l'article 11, paragraphe 5, de la Constitution⁷, le Conseil d'État estime pourtant qu'il existe la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs que de limiter l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers et de restreindre ainsi l'exercice d'une profession libérale pour atteindre ces buts.

La Haute Corporation note que la restriction est justifiée comme suit : « *la réglementation des appareils lourds et coûteux constitue un outil de planification important aux mains de l'État, à savoir le pouvoir législatif, 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 nécessaire.* »

Aux yeux du Conseil d'État, les objectifs de la maîtrise des coûts, de la qualité de gestion et d'un haut niveau de compétence du personnel peuvent valablement être réalisés dans des structures extrahospitalières, à condition bien évidemment d'instaurer une procédure d'autorisation en vue de l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. Concernant plus précisément la restriction relative aux équipements et appareils qui dépassent 250 000 euros, cet argument ne tient pas en présence d'une personne physique ou morale qui ne requiert pas un financement de la part de l'État. Une telle personne se voit imposer une limitation de l'exercice de sa profession, même si elle respecte tous les critères imposés, sans que cette limitation ne soit autrement justifiée.

Étant donné que les explications du Gouvernement concernant la restriction envisagée et les motifs de celle-ci manquent à apporter les éléments nécessaires quant à son adéquation et sa proportionnalité, le Conseil d'État doit, à défaut de plus amples renseignements, réserver sa position quant à la dispense du second vote constitutionnel.

Afin de justifier la restriction envisagée par la loi en projet, le représentant du ministère de la Santé annonce l'intention du Gouvernement de fournir des explications pour chaque équipement et appareil médical réservé aux établissements hospitaliers, ceci également à la lumière de la pénurie de personnel hautement qualifié nécessité pour l'exploitation de ces équipements et appareils.

Ad article 1^{er}, point 1^o, lettre a)

Le point 1^o de l'article 1^{er} du projet de loi sous rubrique tend à modifier l'article 4, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018.

La modification prévue par la lettre a) a pour objet de prévoir l'insertion d'un alinéa 4 disposant que les centres hospitaliers peuvent disposer de « *sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires* », et ceci par

⁷ Arrêt de la Cour constitutionnelle n° 172/22 du 25 novembre 2022 (Mém. A – n° 605 du 11 décembre 2022).

dérogation à l'alinéa 3 qui prévoit qu'un centre hospitalier peut disposer de trois sites hospitaliers au maximum.

L'introduction de la notion de « *sites supplémentaires* » par la loi en projet sous examen amène le Conseil d'État à se pencher sur la signification du terme « *site* ». Selon les travaux préparatoires de la loi précitée du 8 mars 2018⁸, « *les quatre hôpitaux [...] sont actuellement tous multi-sites c.-à-d. leurs activités hospitalières ont lieu dans plusieurs bâtiments dans des lieux géographiques distincts et bien identifiés* ». D'après le commentaire portant sur l'article 4 du projet de loi 7056 devenu la loi précitée du 8 mars 2018, « *[l]e Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) se compose des sites de Strassen et d'Eich ; – le Centre hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman (CHRS) se compose des sites de la Gare de Luxembourg, du Kirchberg et d'Esch/Alzette ; – le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) se compose des sites d'Esch/Alzette, de Dudelange et de Niederkorn ; – le Centre hospitalier du Nord (CHDN) se compose des sites de Wiltz et d'Ettelbrück*⁹. »

Si, à l'époque, la loi précitée du 8 mars 2018 introduisait la notion de « *site* » pour différencier les sites des différents centres hospitaliers existants en ayant recours à un critère implicite de distanciation géographique, le Conseil d'État constate néanmoins que la notion en elle-même n'est pas définie dans la loi précitée. En effet, l'article 4, alinéas 2 et 3, de la loi précitée du 8 mars 2018, se limite à prévoir qu'« *[u]n centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites. Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites.* » Par l'introduction de la notion de « *site supplémentaire* », la nécessité de définir la notion de « *site* » s'impose.

Ainsi faudrait-il clarifier ce qui conditionne le nombre de sites d'un centre hospitalier : S'agit-il du fait de disposer de plusieurs bâtiments ou du fait que les bâtiments soient situés sur des lieux géographiques distincts et espacés de sorte à ne pas être facilement joignable ? En appréciant la notion de « *site* » en fonction des centres hospitaliers existants, le nombre de bâtiments ne peut à l'évidence pas servir de critère, puisque par exemple le Centre hospitalier de Luxembourg dispose de trois bâtiments (Maternité, Kannerklinik, Bâtiment Centre) séparés sur les terrains situés entre la rue Barblé et la rue Federspiel à Luxembourg, dont l'ensemble est pourtant considéré former un seul site selon le commentaire des articles précité. Partant, des « *lieux géographiques distincts* » et espacés de sorte à impliquer un déplacement plus ou moins long semblent conditionner la notion de sites « *distincts* ». Au vu des développements qui précèdent, le Conseil d'État demande aux auteurs de préciser le terme « *site* » dans la loi précitée du 8 mars 2018, en ayant par exemple recours à un critère géographique (distance entre les bâtiments).

Le Conseil d'État constate donc que le terme « *site* » ainsi que, par ricochet, celui-ci de « *site supplémentaire* » ne sont pas définis. En effet, qu'en est-il de bâtiments nouveaux construits à proximité d'un centre hospitalier existant ? S'agit-il de « *sites supplémentaires* » pour lesquels les limitations quant aux services éligibles à y être installés proposées par la loi en projet s'appliqueraient ou s'agit-il simplement de l'extension d'un site existant qui peut offrir toutes les activités pour lesquelles le centre hospitalier est

⁸ Doc. parl. n° 7056, page 49.

⁹ *Ibid.*

compétent ? Dans la mesure où la nature du site joue un rôle important dans le cadre de la procédure d'autorisation en ce qu'il revient au ministre de donner une autorisation d'exploitation soit pour un « site », soit pour une antenne d'un service d'un site existant, soit pour un « site supplémentaire », soit pour une antenne d'un service d'un « site supplémentaire », il faut que celui-ci puisse s'appuyer sur un critère légal permettant de délimiter un site de ses « sites supplémentaires ». Le flou qui encadre la notion de « site » et qui implique ainsi un manque de précision au niveau de la notion de « site supplémentaire » étant source d'insécurité juridique, le Conseil d'État doit s'opposer formellement à la disposition sous revue.

Le représentant du ministère de la Santé fait savoir qu'une définition de la notion de « site » pourra être insérée dans la loi précitée du 8 mars 2018 en apportant un amendement en ce sens au projet de loi sous rubrique.

La Haute Corporation note ensuite que le nouvel alinéa 4, dans sa teneur proposée, dispose que ces « sites supplémentaires » sont dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3°, 7° et 8° du paragraphe 2 et au point 5° du paragraphe 3, ainsi que dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Sont ainsi visés les services de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale et d'oncologie. Le Conseil d'État constate que malgré de nombreuses considérations démographiques et épidémiologiques (chapitre III de l'exposé des motifs), les auteurs du projet de loi sous avis restent muets sur les raisons qui sont à l'origine du choix opéré quant aux services éligibles pour les « sites supplémentaires ». D'autres services dans lesquels les prises en charge ambulatoires jouent déjà actuellement un rôle important, tels que certains actes de chirurgie ainsi que les polycliniques spécialisées réalisant des examens à visée diagnostique, ne peuvent donc pas être installés dans les « sites supplémentaires » visés. Le « virage ambulatoire » mis en avant par les auteurs pour justifier la mise en place de « sites supplémentaires » se limite ainsi aux services précités. Le Conseil d'État estime qu'il appartient au législateur d'apprécier l'opportunité du choix des services opérés.

Le Conseil d'État note encore que la dernière phrase de l'alinéa 4, dans sa teneur proposée, dispose que les « sites supplémentaires » sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine, sans pour autant définir quelle forme juridique revêt une telle « collaboration ». Selon le commentaire portant sur l'article 1^{er}, les collaborations pourraient se faire « soit avec un ou plusieurs médecins, soit avec une personne morale au sens de la loi autorisant la médecine sous forme sociétale ».

Le Conseil d'État s'interroge sur la nature des contrats conclus entre les établissements hospitaliers et les médecins. À cet égard, il constate que la notion de « contrat de collaboration » est utilisée à l'endroit de l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018, qui dispose que les « médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration ». Est-ce que les auteurs visent la même nature de contrat ? Étant donné que les auteurs proposent d'insérer au point 7° de l'article sous examen le bout de phrase « et ceux exerçant sur un site supplémentaire », le contrat visé semble effectivement être le contrat de collaboration mentionné à l'endroit de l'article 33. Dans un souci de sécurité juridique, le Conseil d'État demande, sous peine d'opposition formelle, de compléter l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018,

dans sa teneur proposée, en ce sens. À cet égard, il est, en outre, renvoyé aux observations formulées à l'égard du point 7°.

Le représentant du ministère de la Santé précise qu'il ne s'agit pas du contrat de collaboration mentionné à l'endroit de l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018 et qu'il convient d'apporter la précision nécessaire au projet de loi par voie d'amendement.

Le Conseil d'État se doit encore d'attirer l'attention des auteurs sur les dispositions de l'article 32 de la même loi qui instaure un Conseil médical dans chaque hôpital, qui est censé constituer « *l'organe représentant les médecins [...] exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital.* ». Ainsi, les médecins ou associations de médecins qui exercent sur un « *site supplémentaire* » sur base d'un contrat de collaboration devraient en toute logique participer aux travaux du Conseil médical.

Par ailleurs, d'après l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018 « *[l]a gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurés par un même organisme gestionnaire* ». Le Conseil d'État se demande si la deuxième phrase de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, dans sa teneur proposée, implique avec la rigueur nécessaire que les « *sites supplémentaires* » rentrent d'un point de vue de leur gestion entièrement dans les compétences de l'organisme de gestion du centre hospitalier. Tel que formulé, le texte sous avis risque de créer une insécurité juridique au niveau des règles de gouvernance applicables aux « *sites supplémentaires* » du centre hospitalier, de sorte que le Conseil d'État doit s'opposer formellement aux modifications proposées à la lettre sous examen. Le Conseil d'État renvoie encore aux observations formulées à l'endroit de l'article 1^{er}, point 7°.

Le représentant du ministère de la Santé confirme que la gouvernance des sites supplémentaires dédiés relève en effet de la compétence de l'organisme de gestion du centre hospitalier, alors que les médecins seront associés au niveau de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des sites supplémentaires.

Le Conseil d'État demande par ailleurs de remplacer les termes « *établissement hospitalier* » par ceux de « *centre hospitalier* », étant donné que seul un centre hospitalier peut disposer de sites, voire de « *sites supplémentaires* ». La même observation vaut pour le point 4°, lettre c).

Ad article 1^{er}, point 3°

Le Conseil d'État note que l'article 9, paragraphe 6, de la loi précitée du 8 mars 2018, tel qu'actuellement en vigueur, dispose que « *[c]haque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service »* ». Par le point sous examen, les auteurs entendent ajouter une phrase au paragraphe 6 précité qui précise que dans le cadre des « *sites supplémentaires* » dédiés à des services particuliers, « *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 ambulatoire* ». Selon le commentaire des articles accompagnant le projet de loi sous rubrique, cette

disposition provient du fait que la « réforme prévoit de ne pas limiter les sites dédiés [à lire « supplémentaires »] en termes de nombre, mais plutôt en termes d'antennes de service à autoriser. 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 leitmotif [sic !] de la réforme du système de santé de 2010, le « pas tout partout » il s'agit de limiter en nombre les antennes de services au maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire. » Par le point sous examen, les auteurs semblent donc vouloir limiter, pour les « sites supplémentaires », le nombre d'antennes à deux antennes par service établi sur un « site supplémentaire ». Cependant, telle que formulée, la disposition n'est pas compréhensible sans les explications fournies à l'endroit du commentaire des articles. Elle se heurte ainsi au principe de sécurité juridique, de sorte que le Conseil d'État doit s'y opposer formellement.

Le représentant du ministère de la Santé annonce l'intention du Gouvernement d'apporter les précisions nécessaires par voie d'amendement.

Ad article 1^{er}, point 4°

Concernant le libellé sous examen, le Conseil d'État renvoie à ses considérations générales et en particulier à sa réserve quant à la dispense du second vote constitutionnel en ce qui concerne le principe de limiter l'utilisation d'un certain nombre d'équipements et d'appareils au secteur hospitalier.

Ad article 1^{er}, point 5°

Le Conseil d'État constate que le point sous examen a pour objet de modifier l'article 15, point 1°, de la loi précitée du 8 mars 2018 comme suit : « *L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait : 1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er} et soumis à planification nationale.* ». La Haute Corporation comprend donc que l'État ne participe pas directement aux frais des investissements mobiliers et immobiliers pour recevoir des équipements et appareils qui ne sont pas soumis à planification nationale.

Ad article 1^{er}, point 7°, lettre a)

Le Conseil d'État note que la lettre a) tend à modifier l'article 33, paragraphe 7, alinéa 1^{er}, première phrase, de la loi précitée du 8 mars 2018 afin de lui donner la teneur suivante : « *Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, y exercent sur base d'un contrat de collaboration.* »

Il dit ne pas comprendre la nécessité de compléter la phrase précédente dans la mesure où l'article 33 a vocation à s'appliquer à tous les établissements hospitaliers, donc y compris les centres hospitaliers disposant de « sites supplémentaires ». Afin d'éviter toute confusion et pour des raisons de sécurité juridique, le Conseil d'État exige, sous peine d'opposition formelle, de supprimer la disposition sous examen.

Ad article 1^{er}, point 7^o, lettre b)

Dans la même logique, le Conseil d'État demande de supprimer à la lettre b), les points i) et ii).

Le point iv) confirme les interrogations du Conseil d'État quant à la nature juridique des « *sites supplémentaires* » ainsi que quant aux règles de gouvernance applicables aux « *sites supplémentaires* ». En effet, le point iv) entend ajouter un nouveau point 9^o à l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018 qui détermine le contenu essentiel du contrat type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés ou les médecins exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. Ce point 9^o dispose que le contrat type doit comprendre « *les modalités de gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires* ». Le Conseil d'État renvoie dans ce cadre à ses observations et son opposition formelle émises à l'endroit de l'examen de l'article 1^{er}, point 1^o.

Ad article 1^{er}, point 8^o, lettre a)

La lettre a) entend compléter le paragraphe 2 de l'article 45 par une nouvelle phrase disposant que l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite.

Le Conseil d'État indique qu'il a du mal à saisir la nécessité de cette modification au vu de l'article 14, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, qui prévoit implicitement que toute installation en dehors d'un « *établissement hospitalier* » est interdite en prévoyant que les appareils et équipements y visés sont réservés aux « *établissements hospitaliers* ». Si l'intention des auteurs est d'incriminer l'utilisation d'un équipement ou appareil réservé, la disposition sous avis est à reformuler sous peine d'opposition formelle pour violation du principe de la légalité de la peine, tel que consacré par l'article 14 de la Constitution, lequel a comme corollaire le principe de la spécification de l'incrimination. En effet, selon la jurisprudence constante de la Cour constitutionnelle, « *le principe de la légalité de la peine implique la nécessité de définir dans la loi les éléments constitutifs des infractions en des termes suffisamment clairs et précis pour exclure l'arbitraire et permettre aux intéressés de mesurer exactement la nature et le type des agissements sanctionnés* »¹⁰. Ainsi, la disposition proposée sanctionne l'utilisation d'équipements et appareils médicaux installés en « *violation de l'annexe 3* », alors que cette annexe se limite à fixer une liste sans déterminer de manière claire et précise les faits à incriminer, voire sans constituer une infraction.

Ad article 1^{er}, point 8^o, lettre b)

Concernant la lettre sous examen qui vise à insérer un paragraphe 4 dans l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018, le Conseil d'État note que ce paragraphe 4 prévoit notamment que « *la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale*

¹⁰ Cour constitutionnelle, arrêt n° 138/18 du 6 juin 2018 (Mém. A - n° 459 du 8 juin 2018), Cour constitutionnelle, arrêts n°s 134 et 135/18 du 2 mars 2018 (Mém. A - n°s 198 et 199 du 20 mars 2018) et Cour constitutionnelle, n° 43/07 du 14 décembre 2007 (Mém. A - n° 1 du 11 janvier 2008, p. 7).

soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er} soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 4 » est punie d'une amende de 5 000 à 100 000 euros. Or, l'article 7, paragraphe 4, dispose que « [l']autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à un établissement hospitalier reprendra les points 1. à 8. retenus ». Ainsi, le paragraphe 4 de l'article 7 décrit uniquement ce que l'autorisation d'exploitation doit contenir, mais ne constitue pas une obligation à l'égard de l'exploitant de disposer d'une telle autorisation, dont le non-respect serait sanctionnable. Partant, le Conseil d'État doit s'y opposer formellement pour violation de l'article 14 de la Constitution.

Le représentant du ministère de la Santé estime que les deux oppositions formelles émises par le Conseil d'État en relation avec les sanctions pourront être levées sans problème en apportant les précisions nécessaires par voie d'amendement.

Ad article 1^{er}, point 10^o, lettre b)

Par la lettre sous revue, les auteurs complètent le tableau des équipements et appareils médicaux visés à l'annexe 3 en y ajoutant aux équipements et appareils nécessitant une planification nationale, ceux qui ne nécessitent pas de planification nationale, mais du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières. Le Conseil d'État précise qu'il ne commente pas en détail les « *critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des appareils et équipements médicaux repris dans le tableau [de l'annexe 3]* » fournis à l'endroit du commentaire des articles, ceux-ci étant de nature purement médicale. Il procède néanmoins à une comparaison des termes repris à l'annexe en vigueur avec ceux utilisés par l'annexe 3 telle que complétée par le projet de loi sous avis étant donné que cette comparaison soulève un certain nombre de questions.

En effet, l'annexe 3 telle qu'actuellement en vigueur contient uniquement des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières, mais elle ne distingue pas les uns des autres. D'après les dispositions de la loi en projet, seul le nombre des équipements et appareils nécessitant une planification nationale est limité. À cet égard, le Conseil d'État constate que tous les équipements et appareils déjà contenus dans la liste de l'annexe 3 en vigueur y sont maintenus avec le nombre maximum à autoriser, de sorte qu'ils revêtiront tous le caractère « *à planification nationale* » une fois que la loi en projet sortira ses effets. La liste est encore complétée par certains dispositifs ou équipements dont le nombre n'est pas limité, de sorte que ceux-ci ne revêtent apparemment pas le caractère « *à planification nationale* », mais requièrent probablement du personnel hautement qualifié voire des conditions d'emploi particulières.

Ad article 3, point 1^o

Le point sous examen tend à modifier l'article 65, alinéa 4, première phrase, du Code de la sécurité sociale afin de lui donner la teneur suivante : « *Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil médical non visé à l'article 14, paragraphe 1 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, la nomenclature*

peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. ».

Le Conseil d'État note que l'article 65 concerne les appareils utilisés par les prestataires « *en dehors du secteur hospitalier* » et que les « *forfaits* » visés par cet article ne trouvent leur application que pour les appareils utilisés dans le secteur extrahospitalier. Étant donné que les appareils visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, ne peuvent de toute manière pas être utilisés dans le secteur extrahospitalier, la précision apportée par le point sous examen est superflue. Partant, le point sous examen est à supprimer.

*

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports propose de laisser le temps nécessaire au ministère de la Santé pour élaborer des amendements visant à résoudre les questions soulevées par le Conseil d'État.

Suite à une question afférente de Madame Carole Hartmann, il est convenu de mettre à la disposition des Députés le formulaire relatif à l'examen de proportionnalité que le ministère de la Santé a communiqué au Conseil d'État et qui est mentionné dans les considérations générales de l'avis du 25 avril 2023.

Dans le même ordre d'idées, Monsieur Claude Wiseler demande au ministère de la Santé de partager avec les membres de la commission parlementaire les explications supplémentaires qui seront fournies au Conseil d'État au sujet de la proportionnalité. L'orateur souligne encore que le groupe politique CSV partage entièrement les préoccupations exprimées par le Conseil d'État au sujet de la liberté d'exercer une profession libérale.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports relève l'importance de prendre également en compte les spécificités du secteur de la santé qui n'est pas principalement basé sur la liberté du commerce, mais surtout sur les valeurs de solidarité, d'accessibilité universelle et d'équité de traitement.

4. Divers

Aucun point divers n'est abordé.

Procès-verbal approuvé et certifié exact