



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2014-2015

MB/AF

P.V. SECS 03
P.V. TESS 03

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

et

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

Procès-verbal de la réunion du 04 novembre 2014

Ordre du jour :

1. Enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les années 2015 et 2016
2. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 21 octobre 2014
3. Présentation du projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national
- Continuation de l'échange de vues

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, M. Alexander Kriepps, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Edy Mertens, M. Serge Urbany, membres de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

M. Gérard Anzia, M. Frank Arndt, Mme Joëlle Elvinger, M. Georges Engel, M. Gast Gibéryen, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Aly Kaes, M. Alexander Kriepps, M. Edy Mertens, M. Paul-Henri Meyers, M. Marc Spautz, M. Serge Urbany, membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale
M. Gast Gibéryen, observateur

M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale
Mme Lydia Mutsch, Ministre de la Santé
M. Tom Dominique, Ministère de la Sécurité sociale
M. Laurent Zanutelli, Ministère de la Santé

Dr Elisabeth Heisbourg, Dr Françoise Berthet, Direction de la Santé
M. Raymond Wagener, Inspection générale de la Sécurité sociale
M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports, M. Georges Engel, Président de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

*

1. Enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les années 2015 et 2016

Suite à des remarques introductives de Mme la Présidente Cécile Hemmen, le Ministre de la Sécurité sociale Romain Schneider présente le sujet de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier dans les termes suivants: (suivant une note établie par les services du Ministère de la Sécurité sociale)

L'article 74 du Code de la sécurité sociale dispose que le gouvernement fixe, sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, dans les années paires (en 2012 pour la première fois, ensuite en 2014, 2016 ...) au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Le rapport élaboré par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire des établissements hospitaliers pour les exercices 2015 et 2016 analyse les différents facteurs pouvant avoir une influence sur l'évolution du coût financier à court terme du secteur hospitalier, à savoir l'évolution démographique de la population résidente, la morbidité, les pratiques de prise en charge (stationnaire ou ambulatoire) et la croissance économique du pays, tout en observant par ailleurs les obligations en matière budgétaire de l'Etat issues du pacte de stabilité et de croissance renforcé de la Commission Européenne.

Le rapport de l'IGSS en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire pour les années 2015 et 2016 reprend les références légales qui fixent le financement des activités hospitalières. Il situe également les dépenses des administrations sociales, et par conséquent les budgets hospitaliers, dans le contexte des finances publiques et du champ d'application du pacte européen de stabilité et de croissance.

Le rapport analyse la situation économique et le marché de l'emploi au Luxembourg, ainsi que leur impact sur les recettes de la Caisse nationale de santé (CNS) et examine l'évolution des recettes et dépenses de l'assurance maladie-maternité entre 2000 et 2013, ainsi que la répartition des dépenses pour soins de santé hospitaliers et extrahospitaliers et des soins fournis au Luxembourg respectivement à l'étranger.

Le rapport donne un aperçu sur l'état de santé de la population et présente des indicateurs par rapport à la qualité des soins et l'efficacité du système des soins. De même, le rapport fournit une description du paysage hospitalier avec les établissements hospitaliers concernés par la budgétisation, des comparaisons internationales, des informations sur le personnel médical soignant et administratif ainsi que sur les accords salariaux.

Le rapport présente par ailleurs l'évolution du paysage hospitalier au cours des vingt dernières années et fournit une description des procédures actuellement en vigueur

concernant le financement public des investissements hospitaliers. Il analyse l'utilisation des services de santé et évalue les besoins de soins hospitaliers pour 2015 et 2016 sur base des observations des années passées. Il explique le fonctionnement des services d'urgence et il analyse les causes d'hospitalisations et les transferts à l'étranger.

Un chapitre spécifique est consacré à la description et à la composition des budgets hospitaliers et à l'évolution des budgets accordés depuis 2004. Les demandes de budget des établissements hospitaliers pour les années 2015 et 2016 sont présentées dans ce chapitre.

En conclusion, le rapport expose la proposition chiffrée de l'IGSS pour la fixation de l'enveloppe globale des établissements hospitaliers en 2015 et 2016.

Ainsi l'IGSS propose un taux de croissance nominal de l'enveloppe budgétaire de 4,0% pour l'année 2015 (soit 863,1 millions d'euros) par rapport aux dépenses estimées de l'année 2014 et de 3,5% pour 2016 (soit 893,3 millions d'euros) par rapport à l'enveloppe budgétaire de 2015.

Par contre, et par rapport au budget hospitalier estimé pour 2014 (829,9 millions d'euros), les établissements hospitaliers demandent pour 2015 une augmentation de 6,5% (865,3 millions d'euros) et une augmentation subséquente de 3,3% (893,8 millions d'euros) pour 2016. Ces augmentations budgétaires sont notamment justifiées par diverses extensions des services hospitaliers, par l'augmentation des unités d'œuvres des différentes entités fonctionnelles et par le paiement en 2015 de la prime unique aux salariés.

De même, les taux de référence nominaux pour 2015 et 2016 proposés par la Commission européenne en ce qui concerne la croissance des dépenses publiques seraient de 3,8% pour 2015 respectivement de 3,9% pour 2016, hors adaptations nécessaires en vue de la réalisation de l'objectif à moyen terme (+0,5%). Ainsi et afin de respecter une trajectoire d'ajustement en vue de l'objectif à moyen terme, le taux de référence nominal minimum applicable en 2015 n'est dès lors pas de 3,8%, mais de 2,6% du fait que l'objectif budgétaire spécifique à moyen terme (OMT) n'a pas encore été atteint. Les taux proposés dans ce cadre par la Commission européenne sont ainsi de 2,6% pour 2015 et de 2,7% en 2016. Les taux à respecter seraient donc respectivement de 2,6% en 2015 et 3,9% en 2016.

Sur base des contraintes ci-dessus exposées, le Gouvernement a ainsi décidé de fixer les taux de progression de l'enveloppe budgétaire globale à respectivement 4,0% pour 2015 (863,1 millions d'euros) et à 3,0% pour 2016 (889,0 millions d'euros). En effet, si en 2015 il est impossible en raison des effets connus (augmentation de l'activité hospitalière, augmentation du coût salarial en raison de l'accord salarial répercuté sur le secteur hospitalier, augmentation du taux de la TVA) d'observer le taux de référence nominal minimum de 2,6% indiqué par la politique budgétaire européenne en le dépassant de 1,4 points de pour cent (4,0-2,6), une réduction de 0,50% du taux proposé par l'IGSS pour 2016 permettra de rattraper partiellement (3,9-3,0) le dépassement de 2015 et de limiter la croissance des dépenses à seulement 3,0% par rapport aux critères de stabilité et de croissance de l'Union européenne fixés à 3,9% en 2016.

Ainsi le Gouvernement s'apprête à respecter une trajectoire des dépenses de l'assurance maladie-maternité en ligne avec la croissance économique du pays en vue d'assurer la maîtrise des coûts et la pérennité du système de soins de santé. La promotion d'une approche coordonnée de tous les acteurs moyennant des réformes structurelles par des mesures législatives, réglementaires conventionnelles et statutaires sera poursuivie en vue d'assurer un pilotage efficient du système tendant à optimiser l'utilisation des ressources.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'interaction de la fixation de l'enveloppe budgétaire et de la mise en œuvre du plan hospitalier, il faut constater que ces deux instruments complémentaires permettront de réaliser les objectifs du Gouvernement tel que fixés dans le programme gouvernemental. Plus précisément, le rapport de l'IGSS estime la croissance de l'activité future sur base de ses seules observations du passé et ne prend par conséquent pas en compte implicitement les répercussions éventuelles du nouveau plan hospitalier (non connu de manière officielle lors de la rédaction du rapport), de restructurations et fusions, de synergies et d'autres projets imposés par le législateur, (p.ex. le plan cancer ou la documentation hospitalière) ou réalisés à l'initiative des établissements. Or, il faut constater que le plan hospitalier tel que présenté vise à maintenir, voire à optimiser les ressources existantes plutôt que de les démultiplier et constitue la ligne directrice en vue d'une maîtrise des coûts dans le contexte d'une population cible en progression continue et qui a augmenté de manière considérable ces dernières années. Ainsi le plan hospitalier se situe dans la prolongation du rapport de l'IGSS du fait que les répercussions du plan ne se feront remarquer qu'au plus tôt en 2016 et ce sera donc essentiellement l'enveloppe budgétaire à fixer pour les années 2017 et 2018 qui devra tenir compte des conséquences budgétaires éventuelles du plan.

*

Suite à l'exposé ministériel, la commission procède à un échange de vues dont il y a lieu de retenir succinctement les éléments suivants:

Suite à plusieurs questions concernant le mode de calcul à la base de la fixation de l'enveloppe budgétaire et en particulier le risque d'un manque de fiabilité des données remontant pour ce qui est du volet fiscal à l'exercice 2006 et le volet hospitalier à 2012, le Ministre de la Sécurité sociale précise qu'il s'agit en l'occurrence de la deuxième fixation de cette enveloppe, la première ayant été opérée en 2012 pour les exercices 2013 et 2014. Cette première fixation avait été déterminée sur base de paramètres strictement analogues à ceux utilisés pour les exercices à venir 2015 et 2016. Or, les prévisions établies à l'époque par l'IGSS se sont avérées très proches de la réalité, de sorte qu'on peut espérer qu'il en sera de même pour la prochaine fixation.

La progression de l'ordre de 4% de l'enveloppe budgétaire pour l'exercice 2015 se fait par rapport à une estimation des dépenses de la CNS pour le secteur hospitalier pour 2014. Le fait de ne pouvoir prendre comme base de calcul que des données avec un certain retard s'explique, pour ce qui est des honoraires médicaux par le délai de deux ans dont disposent les assurés pour demander le remboursement des honoraires médicaux. En ce qui concerne les revenus professionnels des médecins, il faut se baser, pour obtenir une situation comparative équitable, sur les données de l'Administration des contributions permettant d'extraire les frais professionnels. Or, ces données ne sont disponibles qu'avec un retard significatif. L'estimation des revenus des médecins est donc basée sur une approche visant le revenu disponible, donc abstraction faite des charges professionnelles. De ce fait, ces statistiques ne peuvent être essentiellement basées sur les seuls remboursements opérés par la CNS et l'établissement des statistiques est complété par des informations disponibles auprès de l'Administration des contributions. Compte tenu de la lourdeur de la méthodologie, ces statistiques étaient en l'occurrence établies ponctuellement pour l'année 2006 et sont publiées dans le rapport général sur la sécurité sociale de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS).

Quant aux paramètres de la croissance économique jugés trop optimistes par un intervenant (PIB et taux d'emploi), il est répondu par M. le Ministre qu'il a été recouru aux mêmes taux de croissance que ceux ayant présidé à l'établissement du budget des recettes et dépenses de l'Etat pour 2015.

Le Gouvernement a déjà entamé les efforts pour corriger la trajectoire des dépenses du secteur hospitalier dans la mesure où les taux de croissance de 5% et de 4% prévus respectivement pour les exercices 2015 et 2016 dans le pacte de stabilité communiqué au premier semestre de l'année en cours aux instances européennes ont chaque fois été abaissés d'un point.

L'enveloppe budgétaire et le plan hospitalier peuvent être qualifiés de complémentaires en ce sens que ce dernier trace le cadre pour promouvoir les synergies et les mutualisations dans le secteur hospitalier, pour arriver ainsi progressivement à une utilisation optimale des ressources disponibles.

Par rapport à l'affirmation que l'augmentation significative des frais fixes, liés notamment à une forte démographie en professionnels de santé, allant de pair avec une augmentation assez modeste des frais variables fait que notre système de santé est à considérer comme cher, compte tenu des moyens investis, le Ministre de la Sécurité sociale répond qu'il ne voudrait pas pour autant qualifier le système de santé de coûteux mais comme assurant une haute qualité de soins aux patients et une protection sociale qu'il s'agit de préserver pour l'avenir.

Quant aux implications de la transposition de la directive européenne sur les soins transfrontaliers, il est précisé qu'on ne disposera de données fiables à ce sujet qu'à partir de l'exercice 2016. Entretemps, on peut dire que les comptes de la CNS laissent apparaître une situation saine permettant même de régulariser progressivement certains comptes débiteurs à l'égard d'instituts étrangers de sécurité sociale.

Quant à un éventuel projet de création d'une Medical School, il est précisé que des études sont en cours sur la faisabilité et les répercussions économiques d'un tel projet. Une fois que cette étude sera disponible, il sera procédé sous la tutelle conjointe du Ministère de l'Enseignement supérieur et du Ministère de la Santé à une évaluation. Le Gouvernement prendra ensuite une décision de principe quant à l'implantation effective d'une Medical School ou, option alternative, quant à l'investissement dans des réseaux comparables dans la Grande Région.

Madame la Ministre de la Santé souligne que le Gouvernement soutient des projets de fusion dans le secteur hospitalier dès lors qu'ils contribuent à augmenter la qualité et l'efficacité des services hospitaliers tout en maîtrisant leur coût. Dans ce sens, le plan hospitalier est un instrument de régulation du paysage hospitalier de première importance. A ce stade, il est prématuré d'établir des bilans définitifs des fusions accomplies, voire de celle en cours de réalisation.

En ce qui concerne la fusion récente des établissements hospitaliers qui formeront dorénavant le Centre hospitalier Robert Schuman (CHRS - Clinique du Kirchberg, Zithaklinik, Maternité Dr Bohler et Clinique Sainte-Marie), il est rappelé que le programme gouvernemental conditionne l'adoption du projet de loi 6598 autorisant l'Etat à participer au financement des travaux de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik à l'élaboration d'un concept médical. Ce concept doit comporter des options stratégiques concernant la répartition des services entre les différents établissements hospitaliers en processus de fusion et des considérations économiques quant à l'utilisation des ressources. Ce concept médical a été établi sans toutefois recueillir l'unanimité des différents partenaires. Sur ce, un médiateur a été désigné; sur base des conclusions de ce dernier, il faudra voir si ce concept médical doit être adapté, impliquant le cas échéant une modification du projet de loi susvisé.

D'autres points abordés ont trait à:

- l'évaluation critique de la méthode PRN comme critère de la budgétisation dans le secteur hospitalier, ceci dans la perspective de l'introduction de la tarification à l'activité médicale devant prendre la relève de la budgétisation, étant entendu que l'introduction progressive de cette nouvelle approche requiert le développement de la documentation hospitalière et la révision de la nomenclature,
- la question des dépassements substantiels dans le financement de projets de construction, de modernisation ou d'extension dans le secteur hospitalier,
- la tendance à l'étranger de tabler davantage sur des polycompétences des services hospitaliers, plutôt que, comme c'est le cas chez nous, de promouvoir une spécialisation très poussée des services. Cette spécialisation peut, d'une part, engendrer une certaine inflexibilité des professionnels de santé et, d'autre part, aboutir à un saucissonnage excessif des services pouvant s'exprimer au détriment du patient.

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

2. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 21 octobre 2014

Le projet de procès-verbal de la réunion du 21 octobre 2014 est approuvé.

3. Présentation du projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national

Mme la Ministre de la Santé annonce que la déclaration gouvernementale ainsi que le débat sur le plan hospitalier en séance publique auront lieu dans la séance du mercredi 19 novembre 2014.

Mme la Ministre tient à préciser que la notion de pôle hospitalier est un critère d'organisation interne des établissements hospitaliers regroupant les grands groupes des pathologies, utilisée en particulier par le nouveau CHRS, alors que le Ministère de la Santé raisonne exclusivement en termes de services hospitaliers qui sont déterminés suivant les besoins nationaux. Complémentairement à ce qui a été exposé en détail au sujet des centres de compétences au cours de la dernière réunion (voir procès-verbal de la réunion du 21 octobre 2014), il convient de rappeler qu'un centre de compétences implanté dans un établissement déterminé peut réunir l'expertise médicale spécialisée de tous les établissements disposant de compétences dans le domaine en cause.

Interrogée sur la question de la fixation du nombre des services hospitaliers dans les différentes spécialités médicales, Mme la Ministre précise que ce nombre est déterminé en fonction des besoins nationaux et de critères internationaux. Dans ce contexte, il faut rappeler que la base habilitante fournie par la loi hospitalière du 28 août 1998 est assez restrictive ainsi qu'il ressort de l'article 2 de la loi précitée:

"En fonction des besoins sanitaires nationaux, le plan hospitalier:

- arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants;

- définit les différents services hospitaliers pouvant être autorisés, ainsi que pour chacun de ces services le nombre maximal autorisable au niveau national;
- définit les différents centres de compétences pouvant être autorisés, ainsi que pour chaque centre de compétences le nombre maximal autorisable au niveau national;
- détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

Les services à caractère unique prendront la dénomination de services nationaux. Les centres de compétences à caractère unique prendront la dénomination de centres de compétences nationaux.

Pour chaque service hospitalier, le plan hospitalier peut fixer les nombres minimal et maximal de médecins autorisés à y exercer. Ces nombres seront fixés en fonction des impératifs de continuité des soins et d'activité moyenne minimale par médecin requise."

Ainsi, il en ressort que le nombre des services et des centres de compétence peut être fixé par le plan hospitalier mais non pas les lieux d'implantation respectifs.

Il en résulte encore a contrario que de nombreux aspects ne peuvent pas être réglementés dans le règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier comme par exemple la documentation hospitalière, le dossier patient, les maisons médicales, la tarification à l'activité ainsi que les projets de modernisation. En s'exprimant sur ces points, le règlement grand-ducal en cause dépasserait l'objet et le champ d'application que le plan hospitalier est autorisé à réglementer suivant sa base légale ci-dessus reprise.

Madame la Ministre ajoute que la planification du paysage hospitalier relève d'une complexité et d'une importance telles que le plan hospitalier mériterait incontestablement un cadre légal et non pas réglementaire. Toutefois, compte tenu des délais impartis, il n'a pas été possible pour le plan hospitalier régissant la prochaine période de modifier la base légale et de procéder par la voie législative. Pour l'avenir, il faudra toutefois s'engager dans cette direction, ce qui aurait d'ailleurs l'avantage que le plan hospitalier pourrait présenter une vue plus globale du paysage hospitalier en englobant des aspects qui actuellement se situent en dehors du champ d'application réglementaire.

Interrogée sur l'implantation de services de soins néonataux, Mme la Ministre précise que le futur plan hospitalier véhicule l'idée de regrouper au CHL dans la Clinique pédiatrique tous les soins de prise en charge intensifs de néonatalogie. Sur la base de standards minimaux que le plan hospitalier fixe pour la prise en charge de soins néonataux de base, un secteur de néonatalogie pourra fonctionner à la Clinique Dr Bohler au Kirchberg.

Suite à plusieurs questions concernant l'avenir de la Clinique Sainte-Marie à Esch-sur-Alzette, il est rappelé, conformément à ce qui a été exposé au cours de la réunion du 21 octobre 2014, que le projet de plan hospitalier prévoit la réorientation de ses missions vers le domaine de la gériatrie non aiguë et de la prise en charge de patients se trouvant en coma prolongé ou neurovégétatif. A cette fin, vingt lits d'hospitalisation de longue durée seront attribués à la Clinique Sainte-Marie. Y pourront être pris en charge les patients souffrant des pathologies précitées et dont le traitement doit impérativement se faire en milieu hospitalier, mais non pas dans des lits aigus. Le nombre actuel théorique de 118 lits aigus sera ramené jusqu'au 1^{er} janvier 2017 à un total de 60 lits se composant de 40 lits de rééducation gériatrique et de 20 lits de la catégorie nouvellement créée de lits d'hospitalisation de longue durée. Ce nombre de lits restera acquis au Centre hospitalier Robert Schuman (CHRS) au-delà des délais ci-dessus indiqués.

Compte tenu de la mise en sécurité des infrastructures récemment effectuée à la Clinique Sainte-Marie, cet établissement pourra continuer à fonctionner comme établissement hospitalier pour la durée d'application du prochain plan hospitalier soit jusqu'au 31 décembre 2019. Au-delà de cette date plus aucune autorisation ne sera accordée ou prolongée au CHRS pour l'exploitation d'un service hospitalier sur le site de la Clinique Sainte-Marie. La diminution des lits aigus se fera de façon progressive et une phase transitoire de deux ans

est prévue pour les années 2020 et 2021 avant que la réorientation de cet établissement vers la nouvelle destination ne devienne définitive.

En ce qui concerne la nouvelle catégorie de lits d'hospitalisation de long séjour, l'attribution de 20 lits à la Clinique Sainte-Marie et de 67 lits au CHNP a été déterminée à la suite d'une concertation du Ministère de la Santé avec les établissements concernés. Les lits à attribuer à la Clinique Sainte-Marie avaient initialement été évalués à un niveau supérieur pour être finalement arrêtés au nombre de 20. Le nombre de 67 lits au CHNP correspond au lit près à un argumentaire circonstancié établi par les responsables de cet établissement sur la base de données statistiques. Le rapport Lenz avait d'ailleurs déjà retenu le même ordre de grandeur. De ces 67 lits, une partie élevée de 30 lits est destinée aux patients ayant fait l'objet d'une mesure de placement en vertu de l'article 71 du Code pénal.

Interrogée sur les suites dramatiques d'un accouchement n'ayant pas pu se faire sur le site du service national de néonatalogie intensive, faute de lit disponible et ayant de ce fait dû se faire à l'étranger, les jumeaux nouveau-nés y ayant contracté un virus à l'origine de leurs gravissimes handicaps, Mme la Ministre considère que ce cas montre la nécessité de mettre en place les moyens pour la concentration et l'extension d'un service national de néonatalogie intensive et pour l'organisation formelle des transferts in utero garantissant que des patientes devant accoucher en soins intensifs au Luxembourg doivent en tout état de cause pouvoir être accueillies en urgence dans un service approprié.

Sont encore abordés plusieurs sujets qui, faute de base légale (voir explications ci-dessus et dans le procès-verbal de la réunion du 21 octobre 2014), ne peuvent être directement traités dans le projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier, notamment:

- la mise en place de l'"Opferambulanz", comme étant une fonctionnalité qu'il y a lieu d'intégrer au service d'urgence existant. Il reste à établir des normes pour cette activité en fonction des recommandations internationales. Les pourparlers afférents sont en cours en étroite collaboration avec le département de la Justice;

- la question de savoir s'il ne faudrait pas faire référence au plan hospitalier, dans le contexte des soins de fin de vie, à l'euthanasie. Le Ministère de la Santé examinera si une telle référence est juridiquement possible dans le plan hospitalier, étant entendu que cette façon de procéder pourrait entraîner l'opposition formelle du Conseil d'Etat dans la mesure où les soins de fin de vie, y inclus l'euthanasie, sont régis par la loi;

- la nécessité de procéder à une réforme des législations concernant l'aide médicale urgente et les services de secours. En particulier, il s'agit de garantir qu'à l'avenir le patient victime d'un grave accident cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral doit pouvoir être acheminé directement et dans les plus brefs délais vers les services spécialisés compétents, à savoir l'INCCI respectivement une stroke-unit, et ne doit donc plus transiter comme c'est souvent le cas actuellement par un service ne disposant pas de la compétence et de l'infrastructure médicale requises pour une prise en charge optimale dans des cas de toute première urgence engageant le pronostic vital du patient.

- En ce qui concerne les personnes âgées nécessitant une prise en charge aiguë à la fois gériatrique et psychiatrique qui actuellement se trouvent souvent en milieu non approprié à leur situation (par exemple dans un CIPA), il est précisé par les représentants de la Direction de la Santé que dans ces cas les représentants des deux spécialités concernées, à savoir la gériatrie et la psychiatrie, doivent collaborer pour poser d'abord un diagnostic correct et orienter ensuite le patient en fonction de l'évolution de la pathologie, soit vers le CHNP, si le traitement psychiatrique s'avère prioritaire, soit vers un établissement de long séjour en milieu hospitalier ou gériatrique. Compte tenu du vieillissement progressif de la population, il

pourra s'avérer nécessaire de prévoir une spécialisation supplémentaire pour cette catégorie de patients.

*

La prochaine réunion aura lieu mardi, le 11 novembre 2014 et sera consacrée à l'examen d'une série d'amendements parlementaires se dégageant des auditions et de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat relatif au projet de loi 6598 portant création de la profession de psychothérapeute.

Luxembourg, le 7 novembre 2014

Le Secrétaire-administrateur,
Martin Bisenius

La Présidente de la Commission de la Santé,
de l'Egalité des chances et des Sports,
Cécile Hemmen

Le Président de la Commission du Travail, de
l'Emploi et de la Sécurité sociale,
Georges Engel