



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2015-2016

TS/JW

P.V. SECS 07

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

Procès-verbal de la réunion du 19 janvier 2016

Ordre du jour :

1. Avant-projet de loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
- Présentation de l'avant-projet de loi par Madame la Ministre de la Santé
- Echange de vues
2. Divers

*

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

M. André Bauler, député (*observateur*)

Mme Lydia Mutsch, Ministre de la Santé

Mme Françoise Berthet, M. Laurent Zanolli, du Ministère de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Nancy Arendt, M. Alexander Kriepe

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

*

1. **Avant-projet de loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**
- Présentation de l'avant-projet de loi par la Ministre de la Santé

- Echange de vues

Suite à des mots d'introduction de Mme la Présidente de la commission, Madame la Ministre procède à une présentation des grandes lignes de l'avant-projet de loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière pour le détail duquel il y a lieu de se référer au document résumant les éléments clés du texte législatif, distribué par le Ministère de la Santé à la fin de la réunion et envoyé aux membres de la commission par courrier électronique après la réunion.

Mme la Ministre souligne qu'elle a tenu à informer la commission du contenu et des objectifs de l'avant-projet de loi à un stade précoce, le texte n'étant au moment de la présente réunion pas encore déposé. Ne s'agissant pas encore du projet de texte définitif, Mme la Ministre procédera à une présentation du texte définitif à la commission après le dépôt du projet de loi.

Concernant la procédure législative, il y a lieu de noter que le projet législatif a été distribué au Conseil de Gouvernement en date du 16 décembre 2015. Ce dernier a donné son accord de principe au projet législatif dans sa séance du 8 janvier 2016.

Parallèlement, en date du 18 décembre 2015, l'avant-projet de loi a été transmis pour avis à la Commission permanente pour le secteur hospitalier (ci-après « CPH »), conformément à l'article 19 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Actuellement, l'avant-projet de loi est pendant devant la CPH. Cet avis fera partie intégrante du projet législatif et sera transmis aux membres de la commission.

Par ailleurs, en raison du lien étroit entre le Ministère de la Sécurité sociale et le Ministère de la Santé dans le cadre des travaux préparatoires (notamment en raison des répercussions financières du présent projet et du rôle de la Caisse nationale de santé¹ (ci-après « CNS »), Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, l'interlocuteur privilégié, fut parmi les premiers à se voir transmettre l'avant-projet de loi.

Concernant l'historique du texte législatif, il est renvoyé à l'avis du Conseil d'État du 19 mai 2015 sur le projet de règlement grand-ducal de 2015 qui avait pour objectif d'établir le troisième plan hospitalier remplaçant le plan hospitalier prévu par le règlement grand-ducal du 13 mars 2009, sur fondement de l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998.

Une des principales critiques du Conseil d'État par rapport au prédit projet de règlement grand-ducal porta justement sur le choix de cet instrument juridique. Plus particulièrement, le Conseil d'État, tout en relevant dans son avis du 19 mai 2015 que la « *loi devra donc énoncer les grands principes que sont les éléments essentiels et déterminer le périmètre des éléments moins essentiels y compris les modalités moins substantielles qui seront détaillés par voie réglementaire* », a estimé que de multiples dispositions du projet de règlement grand-ducal de 2015 relèvent du cadrage normatif essentiel et devront donc être intégrées dans la loi de base, sauf pour quelques détails techniques, et ce du fait d'exigences découlant aussi bien de la législation européenne que de la Constitution luxembourgeoise. Il a constaté que de multiples dispositions du projet de règlement grand-ducal de 2015 ont relevé justement du cadrage normatif essentiel et devront par conséquent être intégrées dans la loi de base.

Concernant le recours à l'instrument juridique du règlement grand-ducal en 2015, Madame la Ministre rappelle que ce projet de règlement avait pour objectif d'établir le troisième plan hospitalier, après ceux de 2001 et de 2009. Cette démarche a par conséquent aussi été

¹ Financement à hauteur de 80% par le budget de l'Etat et à hauteur de 20% par le budget de la CNS.

adaptée pour les plans hospitaliers précédents. Sa base légale est fournie par la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et en particulier par l'article 2 disposant qu'un plan hospitalier national répondant tant aux besoins sanitaires du pays qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier sera établi par règlement grand-ducal.

Vu le délai d'expiration du règlement grand ducal de 2009, le Gouvernement a, malgré la position bien connue du Conseil d'État dans des avis précédents, pour des raisons de temps et par souci de simplification décidé de procéder par voie réglementaire.

Le Gouvernement a finalement élaboré une seule « loi hospitalière » en y intégrant toutes les dispositions pertinentes de la loi de 1998 ainsi que celles du projet de règlement grand-ducal qui visait à établir le nouveau plan hospitalier et en abrogeant la prédite loi de 1998.

Madame la Ministre souligne dans ce contexte que le plan hospitalier est un des principaux instruments de la planification hospitalière qui a comme objectif de faire progresser la coopération entre les différents prestataires de soins en milieu hospitalier afin d'utiliser d'une façon plus efficiente les ressources disponibles, tout en promouvant la qualité des soins dont bénéficient les patients en milieu hospitalier.

L'objectif de la planification hospitalière est de concentrer certaines compétences et services avec comme but d'améliorer la qualité des soins de santé, mais aussi d'utiliser les ressources hospitalières de manière optimale.

L'oratrice relève encore à cet égard que les attentes des acteurs du secteur hospitalier dans le présent projet législatif ont été exigeantes et ambitieuses, mais qu'il n'a pas été possible de répondre à toutes ces attentes, alors que le présent texte a pour but principal d'intégrer les dispositions relatives au plan hospitalier dans un texte législatif.

Elle cite deux exemples : l'exigence d'une meilleure gouvernance du système concernant le médecin hospitalier (1) et la tarification à l'activité annoncé dans le programme gouvernemental de décembre 2013 (2).

Concernant l'exigence d'une meilleure gouvernance du système, il est précisé qu'il s'agit notamment de définir les principes directeurs régissant les rôles des médecins dans les établissements hospitaliers en relation avec la direction. Les problématiques qui se posent ont notamment trait au salariat et au statut du médecin. Madame la Ministre relève à cet égard les positions diamétralement opposées entre les dirigeants du secteur hospitalier et les représentants des médecins.

En ce qui concerne la tarification à l'activité annoncée dans le programme gouvernemental de décembre 2013, il est relevé que le système actuel de l'enveloppe budgétaire globale, attribué par le Ministère de la Sécurité sociale et qui s'étend actuellement sur deux exercices, n'apporte de satisfaction à aucune des parties impliquées. Madame la Ministre informe la commission qu'il est planifié de mettre en place une tarification à l'activité, y inclus l'intégration de l'activité médicale hospitalière. Cependant les conditions préalables à l'introduction d'un tel système ne sont à l'état actuel pas encore remplies au Luxembourg. Il n'existe pas d'accord sur le système de codification à mettre en place. Par ailleurs, l'on a besoin d'une documentation hospitalière d'une durée d'une à deux années ainsi que de l'évaluation de cette documentation afin de pouvoir assurer une bonne transition vers le nouveau système. Dans ce contexte, il est rappelé que la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient vise déjà à assurer une plus grande transparence dans les relations entre les patients et les prestataires de soins de santé, notamment par une estimation du coût global inhérent aux soins de santé proposés et aux modalités de prise en charge envisagées.

Concernant le contenu du texte législatif, il y a lieu de noter que le présent projet de loi suit l'avis précité du Conseil d'État en reprenant dans un texte législatif la plupart des dispositions du projet de règlement grand-ducal que le Conseil d'État estime être des « principes essentiels » à inscrire dans une loi, à savoir:

- le nombre maximal de lits par type (pour soins aigus, réhabilitation gériatrique, rééducation, réhabilitation psychiatrique, longs séjours hospitaliers, lits d'hospitalisation de jour) autorisable au niveau national ;
- les définitions des différents types de lits ;
- une fourchette de lits pour chaque catégorie d'établissement hospitalier ou un nombre maximum de lits pouvant être autorisés. En effet, si le règlement grand-ducal du 13 mars 2009 contient en annexe une dotation en lits, dans le cadre de l'instrument juridique d'une loi, il ne sera cependant pas possible de déterminer pour chaque établissement hospitalier un nombre maximal de lits pouvant être autorisé ;
- les définitions des services hospitaliers et des centres de compétences, leur nombre maximal au niveau national ;
- les procédures d'attribution des services et centres de compétences ainsi que les pathologies pouvant donner lieu à des centres de compétences ;
- les équipements et appareils médicaux soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières.

Afin de pallier aux insuffisances de données médico-administratives pour décrire avec précision les activités hospitalières et permettre une planification hospitalière reposant sur des données précises, il est relevé que le projet législatif prévoit la création de services d'information médicale dans chaque hôpital, sous la responsabilité d'un médecin salarié et attaché au département médical. Ces services ont pour mission d'établir un recueil harmonisé des informations médicales et administratives des séjours hospitaliers aux fins d'une documentation structurée et organisée répondant à des standards de qualité propres à ce recueil et permettant son utilisation nationale.

Le présent projet institue également un cadre normatif à respecter lors de la délivrance d'autorisations d'exploitation d'établissements hospitaliers, de services hospitaliers, de centres de compétence, et de certains équipements médicaux coûteux.

Par ailleurs, le nouveau texte législatif ne se limitera pas uniquement à une simple énumération des différents services hospitaliers et de leur nombre maximal autorisable au niveau national, mais établira aussi des définitions des différents services hospitaliers. Ces définitions peuvent contenir plusieurs éléments préliminaires de normes organisationnelles ou fonctionnelles auxquelles ces services devront obéir pour être autorisés. Néanmoins certaines normes de services pourront encore être précisées pour différents services hospitaliers, notamment pour les services nationaux et les services qui ne seront pas attribués à tous les hôpitaux.

Le projet législatif précise également un certain nombre de services hospitaliers que les hôpitaux doivent obligatoirement exploiter (par exemple chirurgie viscérale, médecine interne générale, obstétrique/maternité, cardiologie, soins intensifs, etc.). Cette liste répond aux missions d'un hôpital aigu qui accueille des urgences et doit être en mesure de répondre aux besoins de ces patients.

Dans ce contexte, Madame la Ministre fait part de quelques observations et remarques très pertinentes du Conseil d'État dans son avis du 19 mai 2015, qui ont été prises en considération lors de l'élaboration du nouveau texte législatif :

En effet, le Conseil d'État a notamment relevé qu'une législation nationale qui soumet la création et l'exploitation d'un établissement de santé à l'obtention d'une autorisation préalable fondée sur une évaluation des besoins de santé de la population, constitue une entrave à la liberté d'établissement. Bien qu'elles ne privent pas les entreprises établies dans un autre État membre de s'implanter au Luxembourg, les dispositions nationales du projet de règlement grand-ducal de 2015 avaient exigé l'obtention d'une autorisation ministérielle administrative qui n'est délivrée que s'il existe des besoins de santé de la population. Effectivement, conformément à une jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne, une restriction, telle que celle prévue par la législation nationale, est conforme au droit de l'Union européenne si elle satisfait aux quatre conditions suivantes, à savoir qu'elle doit être appliquée de manière non discriminatoire, qu'elle être justifiée par un motif légitime ou une raison impérieuse d'intérêt général, qu'elle doit être propre à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi (3) et ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre (4). Il n'est pourtant pas possible pour le Conseil d'État d'apprécier en l'occurrence si ces conditions sont remplies par le plan hospitalier national projeté sur base des éléments qui lui sont soumis. En effet, l'exposé des motifs avait décrit de façon très sommaire l'évaluation des besoins sur base de données fournies par la carte sanitaire, sans développement en détail de ses références et ses conclusions.

Une autre critique importante du Conseil d'État était le fait que la carte sanitaire qui a pour objet d'établir un état des lieux national, par établissement et par service, et qui sert de fondement à la détermination des besoins sanitaires nationaux, aussi bien en nombre d'établissements hospitaliers qu'en lits et services hospitaliers, doit tenir compte de données récentes et non de données datant de 2009. Le Conseil d'État a estimé qu'une réactivité plus intense devrait être obtenue pour tenir correctement compte des besoins sanitaires du pays à court terme.

Par ailleurs, le Conseil d'État a estimé que la définition des services et le nombre maximal de services susceptibles d'être autorisés au niveau national, qui auront également un impact majeur sur la gestion des établissements hospitaliers, relèvent aussi du cadrage normatif essentiel et doivent figurer dans une loi.

En outre, puisqu'en raison du nombre restreint d'autorisations, il existe un risque d'avoir plus de demandes d'autorisation que d'autorisations à délivrer, le Conseil d'État a relevé qu'il y a également lieu de prévoir dans le cadre d'une loi la définition de critères qui permettront d'objectiver le choix ultérieurement retenu par le ministre ayant la Santé dans ses attributions. De même, il faudrait déterminer la liste des activités réservées au niveau national à ces différents services afin d'assurer que le but de concentrer certaines activités qui justifient les restrictions mises en œuvre soit effectivement atteint.

Madame la Ministre souligne que le présent projet législatif apportera également de nombreuses adaptations à la loi modifiée du 28 août 1998, notamment en modifiant :

- certaines définitions d'établissements hospitaliers ;
- les procédures d'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier et de services hospitaliers ;
- les dispositions relatives au financement des projets de construction ou de modernisation des établissements hospitaliers par le biais du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières ;

- certaines compétences du Commissaire de Gouvernement aux hôpitaux pour lui permettre d'assister aux réunions des Conseils d'administration de tous les établissements soumis à la présente loi ;
- certaines compétences de la CPH ;
- les dispositions relatives aux laboratoires hospitaliers et à la pharmacie hospitalière.

En outre, le projet législatif vise également à introduire quelques nouveautés :

Le nouveau texte retiendra les pathologies ou groupes de pathologies dans lesquels des centres de compétences pourront être autorisés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions. A noter, qu'une nouvelle catégorie de patients, à savoir celle des patients souffrant de « douleur chronique », viendra s'ajouter aux pathologies qui avaient déjà été définies dans le projet de règlement grand-ducal comme susceptibles de faire l'objet d'un centre de compétences.

Il y a lieu de noter dans ce contexte que le centre de compétence est à distinguer du service national. Tandis que le centre de compétences vise à mettre en œuvre une filière de soins autour d'une pathologie ou d'un groupe de pathologies, filière qui peut être « uni-site » ou « multi-sites » rassemblant des ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire, le service national, n'est en règle générale, localisé que dans un seul établissement hospitalier.

Une autre nouveauté consiste dans le fait que l'initiative de la création d'un centre de compétence reviendra désormais aux hôpitaux ou aux établissements hospitaliers spécialisés et plus à la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (ci après « FHL »). Plus particulièrement, il sera prévu que la demande d'autorisation de création d'un centre de compétences est introduite soit par plusieurs hôpitaux, soit par au moins un hôpital et au moins un établissement hospitalier spécialisé sous forme d'un projet de centre de compétences.

Les critères actuels demeurent néanmoins inchangés : il sera tenu compte de l'impact de la pathologie concernée sur la population (fréquence, fardeau humain), de la dimension nationale de cette problématique de santé, de l'existence de variations inappropriées de prise en charge, de l'importance ou de l'impact potentiel d'une organisation des acteurs en centre de compétence sur l'harmonisation de la prise en charge pour les patients et sur le système de santé, le degré d'urgence, ainsi que de la faisabilité (et des probabilités de succès).

Madame la Ministre relève encore que cette décision de laisser l'initiative de la soumission d'un projet de centre de compétence aux hôpitaux respectivement aux établissements hospitaliers spécialisés est le fruit de discussions et de concertations avec la FHL.

Une autre nouveauté consiste dans le fait que le Centre de Convalescence Emile Mayrisch de Colpach sera reclassé en tant qu'établissement hospitalier de rééducation physique et post oncologique avec un maximum de 60 lits de moyen séjour et qu'un Centre de diagnostic pourra être autorisé dans les domaines de l'anatomie pathologique et de la génétique humaine.

Le présent texte législatif reprendra le classement des établissements hospitaliers en hôpitaux (CHL, CHRS, CHEM, CHdN), établissements hospitaliers spécialisés (INCCI, CFB, CHNP, REHAZENTER, COLPACH) et autres établissements hospitaliers (HIS, Haus OMEGA, Centre Thermal Mondorf, Centre de diagnostic). Il est à noter que suite, à la fusion entre la ZithaKlinik et les établissements hospitaliers gérés par la Fondation François Elisabeth, renommée Fondation Robert Schuman, ainsi qu'aux autres fusions d'établissements hospitaliers qui ont eu lieu ces dernières années, quatre hôpitaux seront

autorisés qui pourront se dénommer « centre hospitalier ». Leur exploitation pourrait avoir lieu sur plusieurs sites hospitaliers.

Les établissements hospitaliers ne se verront plus systématiquement attribuer tous les services médicaux. En effet, une distinction sera faite entre services obligatoires (les services de base) et services non obligatoires.

Plus particulièrement, le nouveau texte législatif définira un certain nombre de services hospitaliers que les hôpitaux devront obligatoirement exploiter (par exemple chirurgie viscérale, médecine interne générale, obstétrique/maternité, cardiologie, soins intensifs, etc.). Cette liste répond aux missions d'un hôpital aigu qui accueille des urgences et doit être en mesure de répondre aux besoins de ces patients.

A noter qu'à l'heure actuelle, déjà les quatre établissements hospitaliers exploitent lesdits services obligatoires. Ces services de base assurent déjà maintenant la masse critique nécessaire et pourront par conséquent être autorisés en bloc pour une durée de 5 ans (autorisation renouvelable).

D'autres services hospitaliers, qui assurent des prises en charge médicales et chirurgicales non essentielles aux missions d'un hôpital aigu (comme par exemple : la chirurgie plastique, l'ophtalmologie, la néphrologie) ne seront pas obligatoires. Ces services seront évalués quant à leur nécessité et ceci notamment sur base de divers critères, comme le nombre de patients, le nombre des équipements, le nombre de médecins, la masse critique, etc.

Il est rappelé, dans ce contexte, que l'objectif de la planification hospitalière est de concentrer certaines compétences et services avec comme but d'améliorer la qualité des soins de santé, mais aussi d'utiliser les ressources hospitalières de manière optimale. Le groupe de travail et d'experts qui a élaboré le présent projet législatif a dès lors identifié au préalable certains groupes de patients ou de prestations médicales qui pourraient se prêter à une telle concentration sur base du nombre relativement réduit des patients concernés, de la complexité de leur prise en charge, ou de la nécessité d'un recours multidisciplinaire pour une prise en charge optimale.

Madame la Ministre souligne encore qu'il y a lieu de favoriser encore davantage le virage ambulatoire, alors que les buts escomptés n'ont pas encore été atteints. L'actualisation de la carte sanitaire constitue un élément important dans ce contexte. La prise en charge ambulatoire n'augmente actuellement en moyenne par année que de 7 %.

Le virage ambulatoire sera accentué par une légère diminution du nombre des lits aigus de 5 % dans l'intérêt du développement de la prise en charge ambulatoire, alors que la mise à jour de la carte sanitaire fin 2015 a révélé que le taux d'occupation des lits aigus a encore baissé de 74 % à 71 % sur la période analysée, ce qui est largement sous le seuil des 85 % préconisé au niveau international en termes d'utilisation efficiente des ressources hospitalières ». Madame la Ministre souligne dans ce contexte que la durée moyenne de séjour tend à diminuer (7,2 jours en 2014 contre 7,5 jours en 2010), de même que le nombre total de journées d'hospitalisation (avec et sans nuitée) qui diminue depuis 2012.

Finalement, concernant l'état d'avancement des travaux législatifs, Madame la Ministre informe la commission que l'avant-projet a été présenté au comité directeur de la CNS et que le texte est en train d'être discuté au sein de l'IGSS, de la CNS, du Collège Médical, du NCPH et de la CMSS, qui font une analyse préalable du volet technique concernant notamment les questions relatives aux services, aux définitions, au nombre de lits ou encore aux procédures d'autorisation.

Tous ces éléments seront indispensables pour la finalisation du texte définitif, qui sera présenté à la commission dès son dépôt.

Madame la Ministre ne peut à ce stade pas encore se prononcer avec plus de précision sur la date préalable du dépôt du projet de loi.

*

Dans un second temps, Monsieur le Commissaire de Gouvernement aux hôpitaux fournit encore quelques précisions.

Il informe la commission qu'au vu du fait que de nombreux articles de la loi modifiée du 28 août 1998 seront modifiés, une fois le texte finalisé, un tableau juxtaposant la version actuellement en vigueur au nouveau texte législatif parviendra aux membres de la commission en temps utile.

Concernant le fond du texte, il rappelle la décision du Gouvernement de déterminer dans le nouveau texte législatif uniquement une fourchette de lits à attribuer à certains établissements (hôpitaux), respectivement de fixer un nombre maximal de lits autorisables pour d'autres établissements (établissements hospitaliers spécialisés et autres établissements hospitaliers), et de ne plus déterminer un nombre fixe pour chaque établissement, comme tel fut le cas dans le passé. Il a ainsi été tenu compte de l'observation susmentionnée du Conseil d'État, qui a estimé qu'une détermination pour chaque établissement hospitalier d'un chiffre correspondant au nombre maximal de lits reviendrait à une mesure administrative individuelle visant une personne morale, fixée sans motivation précise, non liée à l'évaluation de projets d'établissements. Une telle détermination risquerait donc d'être interrogée quant à sa proportionnalité par rapport au but recherché et quant à son respect du principe de l'égalité devant la loi.

Le texte législatif prévoira encore que chaque établissement hospitalier devra solliciter une autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier sur base de son projet d'établissement avisé par la CPH.

A noter qu'un projet d'établissement devra accompagner la demande d'autorisation d'exploitation de l'établissement et décrire l'offre de soins prévue, y compris le nombre et le type de services que l'établissement compte exploiter. Les sites hospitaliers, le nombre et le type de lits de chaque établissement hospitalier seront déterminés dans leur autorisation d'exploitation et tiennent compte des services hospitaliers qui sont attribués à l'établissement en question.

A l'instar du projet de règlement grand-ducal, le nouveau texte législatif prévoira également une nouvelle catégorie de lits (87 au plan national), à savoir pour une hospitalisation de longue durée, destinés à des patients qui nécessitent des soins médicaux pour une durée d'hospitalisation prolongée ou de longue durée dispensés en milieu hospitalier par des équipes médicales et des soignants spécifiquement formés. Il s'agit notamment de patients qui souffrent de troubles psychiatriques graves et qui sont placés au CHNP pour une longue durée (par exemple certains patients sous le régime de l'article 71 du Code pénal ou certains patients atteints du syndrome de Korsakoff, etc.).

D'autres lits d'hospitalisation de longue durée sont notamment prévus pour accueillir des patients d'hôpitaux ou du Centre National de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (Rehazenter), qui, après un accident vasculaire cérébral, ou tout autre accident ou incident grave, se trouvent dans un état de coma prolongé ainsi que des patients âgés qui nécessitent une prise en charge hospitalière de longue durée qui dépasse la prise en charge

médico-soignante pouvant leur être offerte dans une maison de soins. Cette liste n'est pas exhaustive.

En outre, la commission est informée que les dénominations « hôpital » et « clinique » dans le domaine de la santé seront protégées. Il s'agit en l'occurrence d'une demande du secteur hospitalier.

Par ailleurs, le nouveau texte législatif ne se limitera pas uniquement à une simple énumération des différents services hospitaliers et de leur nombre maximal autorisable au niveau national, mais établira aussi des définitions des différents services hospitaliers. Ces définitions pourront contenir plusieurs éléments préliminaires de normes organisationnelles ou fonctionnelles auxquelles ces services devront obéir pour être autorisés. Néanmoins, certaines normes de services pourront encore être précisées pour différents services hospitaliers, notamment pour les services nationaux et les services qui ne seront pas attribués à tous les hôpitaux.

A noter aussi que toute demande de création de service devra être accompagnée d'un projet de service.

Par ailleurs, chaque établissement hospitalier devra également solliciter des autorisations d'exploitation de services hospitaliers sur base d'un projet de service qui déterminera notamment le nombre de lits par service. Le projet de service devra respecter les critères fixés dans la définition des services. Ces définitions de services ainsi que leur nombre maximal autorisable au niveau national, figureront dans le nouveau texte législatif.

Les critères permettant d'objectiver le choix d'attribution d'un service à un établissement hospitalier découleront de l'évaluation des besoins nationaux ainsi que des définitions de services qui, pour certains services hospitaliers, pourront encore être précisés par règlement grand-ducal.

Il est encore relevé que les projets d'établissement et les projets de service seront évalués avec l'appui de la CPH sur base de critères objectifs, ayant trait aux besoins sanitaires à couvrir.

A relever aussi que les dispositions relatives au financement des projets de construction ou de modernisation des établissements hospitaliers par le biais du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières seront également modifiées. Il sera dorénavant expressément prévu que pour les centres hospitaliers les projets à partir de 500.000 euros ainsi que pour les établissements spécialisés les projets à partir de 250.000 euros seront subventionnés par l'Etat. En effet, à l'état actuel il est uniquement prévu que les « grands » projets d'infrastructure sont financés à hauteur de 80 % par le budget de l'Etat et à hauteur de 20 % par le budget de la CNS.

Il est également prévu d'imposer des règles plus strictes en cas de vente d'infrastructure à un acteur externe.

L'orateur précise finalement que même si le nouveau texte législatif établira une définition plus détaillée des lits d'hospitalisation de jour (anciennement « emplacements »), cependant aucun seuil maximal pour la planification de lits d'hospitalisation de jour ne sera prévu : il revient aux hôpitaux de préciser dans leur projet de service le nombre de lits d'hospitalisation estimés requis. Le CPH fera une analyse au cas par cas.

*

Dans un troisième temps, la chef de division de la Division de la Médecine curative et de la qualité en santé du Ministère de la Santé fournit aussi quelques explications.

En effet, elle précise que les facteurs qui influencent le besoin en lits hospitaliers sont la population résidente en nombre absolu (1), la population résidente dans sa structure d'âge (puisque en cas d'une structure d'âge plus âgée on a des besoins de santé plus importants) (2) et le nombre de séjours hospitaliers qui sont requis selon l'état de santé de la population (3).

A noter que l'on observe pour ces 3 facteurs une croissance au Luxembourg. Donc on aurait tendance à penser que le nombre de lits hospitaliers en terme de besoins nationaux doit également augmenter. Cependant, les données de la carte sanitaire démontrent qu'en moyenne au Luxembourg la durée des séjours en jours des patients hospitalisés diminue de 7,5 jours en 2010 à 7,2 jours en 2014. Par ailleurs, le nombre de séjours ambulatoires par rapport à celui de séjours stationnaires augmente, ce qui réduit le nombre de lits hospitaliers requis pour accueillir ces patients. Le corollaire est que le nombre total de journée d'hospitalisation que l'on mesure dans les hôpitaux diminue de manière constante sur les dernières années. Par exemple, en 2014, on compte encore au Luxembourg 635.525 journées d'hospitalisation, alors qu'en 2010 il y en avait encore 2000 de plus.

Quels sont les facteurs à l'origine de la tendance de diminution des besoins en lits d'hospitalisation ?

En effet, il est bien connu que ces évolutions vers des raccourcissements de séjour et des prises en charge de plus en plus ambulatoires sont liées au progrès de la médecine (par exemple les thérapeutiques chirurgicales mini évatives qui permettent un raccourcissement significatif de séjour) ou encore au facteur des actions préventives.

Voilà pourquoi globalement, d'une part, l'on mesure une diminution de lits hospitaliers et, d'autre part, l'on voit que le progrès médical et l'évolution des pratiques médicales permettent probablement de faire face au défis des besoins d'hospitalisation sans augmenter le parc hospitalier, voire même en proposant une réduction de lits.

D'autant plus, au Luxembourg le nombre de lits hospitaliers aigus se situe à 3.87 par 1000 habitants (ce qui est comparable avec la situation en Belgique et celle en France). Il n'y a pas non plus de perdre de vue que la population âgée et très âgée (65 ans et plus) est sensiblement inférieure au Luxembourg à celle de ses pays voisins et ceci grâce à l'immigration de population jeune. C'est une des explications pour lesquelles l'Allemagne a besoin de plus de lits aigus que le Luxembourg. En effet, l'Allemagne a 21 % de personnes âgées de plus 65 alors qu'au Luxembourg le chiffre se situe à 16 %, ce qui fait une énorme différence en terme de besoins de lits hospitaliers. Ceci est dès lors la raison pour laquelle, lorsqu'il a été tenté de projeter les besoins en lits hospitaliers, on a pu considérer que le parc hospitalier est certainement suffisant pour répondre aux besoins futurs.

S'y ajoute un autre élément, à savoir un gain potentiel en efficience dans l'utilisation du parc hospitalier luxembourgeois. En effet, l'occupation moyenne des lits dans les établissements hospitaliers est de l'ordre de 75 %, ce qui est inférieur à ce qu'on considère dans la littérature internationale comme une utilisation efficiente des parcs hospitaliers, qui se situe aux alentours de 85 %. Evidemment, l'on ne peut jamais viser une occupation des lits qui soit de 100 %, parce que les établissements doivent toujours garantir une capacité d'accueil pour les patients (soit en urgence, soit de manière non programmée). Mais lorsqu'on regarde les pratiques internationales et les rapports relatifs à la sécurité des prises en charge, on voit bien qu'en dessous de 90 % d'occupation de lits, le système de santé est considéré comme offrant une capacité d'accueil adéquate aux patients.

Concernant les besoins spécifiques des services, il est précisé que le Gouvernement s'est basé sur les données de la carte sanitaire qui renseignent les séjours par catégorie de diagnostic. Il s'agit d'un exercice relativement difficile parce que certaines catégories de diagnostic sont couvertes par plusieurs spécialités (par exemple les maladies de l'appareil respiratoire : tandis que l'appareil respiratoire en haut relève de l'auto-rhinologie, les pathologies de l'appareil respiratoire en bas relève de la pneumologie). Donc, pour certaines catégories de diagnostic on a dû départager les patients entre les divers services de ressort.

A noter finalement qu'il existe aussi divers services pour lesquels on s'est appuyé sur l'a situation actuelle puisque ce sont des services qui accueillent des patients relevant potentiellement de toutes les catégories de diagnostic (par exemple gériatrie).

*

De l'échange de vues subséquent il y a lieu de retenir succinctement que :

Certains membres de la commission saluent la présentation du texte législatif à la commission à un stade précoce.

Un membre de la commission, tout en constatant que le Gouvernement s'est notamment basé sur les données de la carte sanitaire pour procéder à un changement du paradigme (« Pas tout partout ») dans le cadre du présent texte législatif, demande à ce que les documents de base (notamment la documentation chiffrée) soient transmis aux députés dans les meilleurs délais, afin que ces derniers puissent se forger leur propre opinion. Il regrette que généralement peu d'informations chiffrées ne soient disponibles au Luxembourg et celles dont on dispose ne seraient pas toujours d'une haute valeur qualitative. Plus particulièrement, il remet en doute l'exactitude des chiffres utilisés, tout en soulignant l'importance de leur exactitude, et ce au vu du fait que la carte sanitaire sert de base au nouveau texte législatif.

En outre, il estime qu'il convient de mettre l'accent sur la transparence, et ce notamment en vue de pouvoir assurer une médecine fiable et équitable. Il salue dans ce contexte l'annonce par Madame la Ministre d'une documentation hospitalière obligatoire. Dans le cadre de la politique concernant une plus grande rigueur dans l'offre des soins et de l'analyse au cas par cas, l'orateur souligne néanmoins l'importance du principe d'égalité de traitement des établissements hospitaliers et du maintien de la garantie du libre choix du médecin traitant. Il met dans ce contexte également l'accent sur l'importance des critères objectifs.

Par ailleurs, il constate que le plan hospitalier projeté, tout en diminuant le nombre de lits et de services, réservera l'activité hospitalière aux quatre établissements hospitaliers existants, ce qui d'après l'orateur les met en quelque sorte en situation de monopole. Le plan précité limite ainsi la liberté d'établissement et favorise donc une médecine d'État.

L'orateur souligne, que malgré le changement du paradigme, une flexibilité nécessaire devra être préservée pour garantir le progrès dans le secteur de la médecine. Il insiste dans ce cadre sur la nécessité de tenir compte des besoins sanitaires réels du pays et de ne pas s'en tenir aux seules économies.

Il rappelle que la loi devra donc énoncer les grands principes, tandis que les détails sont à préciser par voie réglementaire.

Madame la Ministre donne à considérer que le concept de base « Pas tout partout » s'est déjà dégagé aussi bien du plan hospitalier précédent que du règlement grand-ducal de 2009.

Il ne s'agit dès lors en l'occurrence pas d'un changement de paradigme, mais d'une continuité de la politique du Gouvernement précédent.

Par ailleurs, Madame la Ministre rappelle que le Conseil d'État n'avait pas remis en cause les principes fondamentaux du projet de règlement grand-ducal, mais avait critiqué que la carte sanitaire pour l'établissement du nouveau plan hospitalier date de 2012 et que les données y considérées datent de 2009, tout en estimant qu'une réactivité plus intense devrait être obtenue pour tenir correctement compte des besoins sanitaires du pays à court terme.

En considérant ces observations, le Gouvernement a par conséquent décidé de mettre à jour la carte sanitaire selon des données actuelles. La mission d'une mise à jour a été confiée au centre de recherche *Luxembourg Institute of health* (ci-après « LIH »), un établissement public dont l'objectif premier est d'effectuer des recherches pouvant aider les patients. Le LIH collabore activement avec de nombreux acteurs luxembourgeois et internationaux. Le centre est composé d'un personnel aux compétences très pointues recruté à l'échelle internationale².

Madame la Ministre souligne que l'établissement des données chiffrées a incombé exclusivement au LIH.

Elle se déclare prête à transmettre la carte sanitaire mise à jour dans son intégralité aux membres de la commission en temps opportun. Mais elle souhaite transmettre en même temps à la commission une documentation détaillée sur les normes, les critères et les standards internationaux en vue de pouvoir démontrer que ces standards sont respectés au niveau national.

Par ailleurs, elle estime que les termes « médecine d'Etat » sont inappropriés.

Concernant l'allusion à un monopole, Madame la Ministre explique que l'on essaie justement de l'éviter, notamment par la concentration de certaines compétences et services.

Concernant la question relative à l'horizon temporel et la période de projection ainsi que l'observation du Conseil d'État évoquant les besoins de calculs à moyen terme pour pouvoir entamer une planification plus durable, tout en citant l'exemple du « Krankenhausbedarfsplan Nordrhein-Westfalen », Madame la Ministre informe la commission que les projections sont établies jusqu'en 2025.

En ce qui concerne les compétences du Commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, et notamment la question de savoir s'il dispose d'un droit de vote au sein des Conseils d'administration de tous les établissements soumis à la présente loi ; Madame la Ministre précise qu'il dispose d'une voix consultative au sein des Conseils d'administration de tous les établissements.

Un membre de la Commission renvoie à l'observation du Conseil d'État qu'une disposition légale devrait préciser qu'un règlement grand-ducal déterminera le détail d'autres normes relatives aux services, dont notamment les actes techniques réservés à ces services.

Concernant l'objection du choix d'attribution d'un service à un établissement hospitalier dans l'hypothèse où plusieurs établissements hospitaliers remplissent les critères requis, Madame la Ministre estime qu'il s'agit d'une situation peu probable.

²Luxembourg Institute of health, rubrique « Qui sommes-nous ? », repéré sur le site internet <https://www.crp-sante.lu>.

Quant à la nouvelle catégorie de lits, à savoir les lits d'hospitalisation de longue durée destinés à des patients qui nécessitent des soins médicaux pour une durée d'hospitalisation prolongée ou de longue durée, il est précisé que 87 lits d'hospitalisation de longue durée sont prévus (dont 67 lits pour le CHNP et 20 lits pour le CSM (concernant le domaine neurovégétatif)).

Concernant l'impact des restructurations dans le secteur hospitalier au niveau de la grande Région (notamment des fusions d'hôpitaux à Trèves, ou encore dans les Vosges (fusion des hôpitaux du Thillot et de Bussang), Madame la Ministre précise que ces données n'ont pas été intégrées dans le présent texte législatif.

Concernant la concentration des services (par exemple activité de laboratoire) et plus particulièrement l'impact de la décision d'un groupe hospitalier de collaborer avec un laboratoire privé, Madame la Ministre précise que la nouvelle loi précisera également que chaque hôpital doit disposer d'un laboratoire hospitalier (service de base obligatoire) qui doit réaliser des analyses au bénéfice des patients relevant d'une prise en charge médicale concomitante, ambulatoire ou stationnaire, en polyclinique, dans une unité de soins ou sur un plateau médico-technique d'un hôpital. Si la collaboration avec des laboratoires privés ne peut pas être interdite, en cas d'une exploitation privée de locaux cofinancés par l'État, ce dernier peut toutefois demander un remboursement.

En ce qui concerne la création de centres de compétences, Madame la Ministre se réfère à l'Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle (INCCI) et le Centre national de radiothérapie François Baclesse (CFB) qui présentent tous les deux un caractère de modèle de centre de compétences. Par ailleurs, elle précise qu'il ne sera pas possible de s'autoproclamer « centre de compétence ». En effet, la demande d'autorisation de création d'un centre de compétences doit être introduite soit par plusieurs hôpitaux soit par au moins un hôpital et un établissement hospitalier spécialisé sous forme d'un projet de centre de compétences. Cependant, d'un point de vue administratif, ils ne seront pas à considérer comme un nouveau type d'établissement hospitalier et ils ne revêtiront pas une personnalité juridique propre. Plus particulièrement, il convient d'éviter la création de nouvelles structures administratives hospitalières lors de la création de centres de compétences. Il est plutôt envisagé que la structure de pilotage d'un centre de compétences soit une structure légère telle que, par exemple, un comité de gestion, assistée par un Conseil scientifique.

Concernant le regret du Collège Médical dans son avis sur le projet de règlement grand-ducal de ne pas avoir trouvé dans le plan hospitalier dudit projet de signes annonciateurs en faveur de la création d'un fonds d'indemnisation en cas de survenue d'événements indésirables, Madame la Ministre informe la commission qu'un tel fonds ne fait pas partie intégrante du présent texte législatif, mais qu'il est prévu de l'intégrer dans le cadre d'un nouveau projet de loi, tel que déjà annoncé par le Gouvernement lors de l'évacuation du projet de loi relatif aux droits et obligations du patient. Cependant, à l'état actuel, de nombreux points d'interrogation subsistent concernant les modalités de création (nouveau fonds ou attachement à un fonds existant) ainsi que le financement de ce fonds.

2. Divers

Un membre de la Commission rappelle que, par courrier du 17 février 2016, l'Hôpital Communal de Steinfort a réitéré son invitation du 24 septembre 2015 à une visite de leur Etablissement spécialisé en rééducation gériatrique.

Le secrétaire-administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente,
Cécile Hemmen