



Présentation du projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

1. Organismes consultés et démarches procédurales futures

Dans sa séance du **8 janvier 2016**, le Conseil de Gouvernement a donné son accord de principe à l'avant-projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

L'avant-projet de loi a ensuite fait l'objet d'une large consultation suite à ces avis.

Les avis du Collège médical (8 mars 2016), de la CNS (16 mars 2016), de la Chambre des salariés (16 mars 2016), de la FHL (13 avril 2016), de l'OGBL (15 avril 2016), de l'AMMD (20 avril 2016) et de la CPH (17 juin 2016) ont été transmis au ministre.

L'avant-projet de loi a été modifié en tenant compte des observations pertinentes des différents avis.

Dans sa séance du **13 juillet 2016**, le Conseil de Gouvernement a adopté l'avant-projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (à partir de cette approbation il est à qualifier de «projet de loi » et non plus «d'avant-projet de loi »).

Le projet de loi a été déposé le **7 septembre 2016** à la Chambre des députés et présenté le 13 septembre 2016 à la Commission Santé, de l'Égalité des Chances et du Sport.

Le projet de loi a été soumis pour avis au Conseil d'Etat ainsi qu'aux Chambres professionnelles dont l'avis est encore légalement requis, à savoir le Collège médical, le Conseil supérieur des professions de santé ainsi que la Chambre des salariés.

2. L'objet du projet de loi

Ledit projet de loi a non seulement comme finalité d'intégrer dans un texte législatif les dispositions relatives au plan hospitalier préalablement contenues dans un règlement grand-ducal mais il apporte également de nombreuses adaptations à la loi modifiée du 28 août 1998, notamment en modifiant ou précisant:

- a.) certaines définitions d'établissements hospitaliers;
- b.) les procédures d'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier et de services hospitaliers;

- c.) 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;
- d.) certaines compétences du commissaire du gouvernement aux hôpitaux;
- e.) certaines compétences de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH);
- f.) les dispositions relatives à la gouvernance hospitalière;
- g.) les dispositions relatives aux laboratoires hospitaliers et à la pharmacie hospitalière;
- h.) en créant un service de documentation et d'information médicale dans chaque hôpital et en déterminant le système de documentation hospitalière.

Du fait que de nombreux articles de la loi modifiée du 28 août 1998 ont été modifiés et que de nombreuses dispositions issues du projet de règlement grand-ducal visant à établir le nouveau plan hospitalier ont dû, selon l'avis du Conseil d'Etat du 19 mai 2015, être intégrées dans un texte législatif, les auteurs du présent projet ont décidé d'élaborer 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 visant à établir le nouveau plan hospitalier et en abrogeant la prédite loi de 1998.

3. *Adaptation des données de la carte sanitaire et publication de la carte sanitaire (article 3)*

La carte sanitaire a été mise à jour afin d'en dégager une évaluation de nos besoins sanitaires nationaux.

La carte sanitaire sera mise à jour de manière régulière (tous les deux ans) et l'évaluation de nos besoins sanitaires se fera sur une période plus longue (une dizaine d'années).

Afin de discuter en toute transparence, le projet de loi sous rubrique, la carte sanitaire, ainsi que l'évaluation des besoins sanitaires futurs, sont publiés ensemble avec le présent projet de loi.

4. *La flexibilité dans l'attribution des lits aux différents centres hospitaliers (explications détaillées « exposé des motifs » pages 3-5 et article 2 +annexe 1)*

Le présent projet de loi détermine le nombre maximal de lits par catégorie de lits qui pourra être autorisé durant les prochaines années.

Le présent texte détermine également une fourchette respectivement un nombre maximum de lits par catégories d'établissements pouvant être autorisé.

Il s'agit de nombres maximaux de lits pouvant théoriquement être autorisés ces 10 prochaines années mais pas obligatoirement tous autorisés si l'évaluation biennale des besoins sanitaires ne fait pas apparaître une telle nécessité.

Or, le nombre exact de lits attribués à chaque établissement hospitalier, étant une décision administrative individuelle, ne sera pas déterminé dans la présente loi mais dans l'autorisation d'exploitation de chaque établissement. Il pourra être adapté à la hausse dans l'autorisation

d'exploitation d'un établissement hospitalier si l'évaluation des besoins sanitaires en démontre la nécessité.

Il a été renoncé à déterminer dans les dispositions de la présente loi un nombre précis de lits à autoriser afin de garantir la flexibilité nécessaire en vue d'adapter ce nombre aux besoins d'une population résidente en croissance et en vieillissement continu.

Ainsi, le mécanisme prévu dans la présente loi en vue de la fixation du nombre de lits a été instauré afin de permettre une planification à plus long terme (sur une période de 10 ans) du nombre de lits en tenant compte notamment de l'augmentation de la population résidente, tout en garantissant une certaine flexibilité dans l'attribution des lits et une réactivité appropriée si nos besoins sanitaires évoluaient (p.ex. flux migratoire inattendu).

5. Adaptation du nombre de services hospitaliers (article 4)

La détermination du nombre maximal de services hospitaliers pouvant être autorisé a fait l'objet de discussions au sein de la CPH mais également dans les avis consultatifs relatifs l'avant-projet de loi. Les auteurs du présent projet ont tenu compte de certaines observations justifiées dans ces avis consultatifs. Ainsi, il a été décidé:

- d'augmenter le nombre des services de pneumologie et d'urologie pouvant être autorisé de trois à quatre services,
- d'introduire et de définir deux services de chirurgie esthétique ainsi qu'un service de réhabilitation physique et un service de réhabilitation post-oncologique,
- de mentionner les structures pédiatriques ambulatoires et de pédiatrie de courte durée assurant ainsi une prise en charge de courte durée non intensive d'enfants que le CHEM, le CHHRS et le CHdN pourront exploiter.

6. L'INCCI et le CFB (article 5)

L'article 30 prévoit la création d'un réseau de compétences dans la prise en charge du cancer du sein et d'un réseau de compétences dans la prise en charge de «certains autres cancers» tout comme un réseau de compétences dans le domaine des problèmes cardiaques.

Selon le même article 30, l'initiative de soumettre une demande en vue de la création d'un réseau de compétences relève soit de plusieurs hôpitaux soit d'un hôpital ensemble avec un établissement hospitalier spécialisé.

Les auteurs du présent texte sont d'avis que l'intégration de l'Institut national de chirurgie cardiaque interventionnelle (INCCI) dans un réseau de compétences problèmes cardiaques ainsi que l'intégration du Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB) dans un réseau de compétences «cancérologie» serait tout à fait justifiée.

Dans pareille hypothèse, ni l'INCCI ni le CFB ne devrait pas obligatoirement être géré par un hôpital.

7. L'amélioration de la gouvernance hospitalière

- a.) En cas de vente des biens immeubles ou meubles d'un établissement hospitalier, les règles de remboursement des aides étatiques obtenues par le biais du Fonds pour les investissements hospitaliers ont été revues (article 20);
- b.) les compétences du commissaire du Gouvernement aux hôpitaux ont été étendues: la participation à toutes les réunions des organismes gestionnaires est possible et il dispose d'un droit de veto suspensif (article 21);
- c.) les compétences des différentes directions hospitalières tout comme les relations entre ces directions et les médecins hospitaliers y attachés ont été précisées sans toucher à la liberté thérapeutique des médecins, à leur statut juridique ou à leurs modalités de rémunération. Ces précisions dans la relation médecin hospitalier/direction hospitalière s'inspirent de la loi belge coordonnée du 10 juillet 2018 sur les hôpitaux et autres établissements de soins et sont un prérequis indispensable à la mise en œuvre d'une documentation hospitalière nécessaire à l'instauration d'une tarification à l'activité (articles 32-35).
- d.) Le rôle des Conseils médicaux a été renforcé alors que tout établissement qui entend soumettre un projet de service ou un projet d'établissement pour autorisation au Ministre doit au préalable solliciter l'avis du Conseil médical en question.

8. La création d'un comité national d'éthique hospitalier (article 27)

Un comité national d'éthique hospitalier unique pour tous les établissements hospitaliers a été créé afin que les prescriptions éthiques s'appliquent de la même manière dans tous les hôpitaux.

Le respect par tout établissement hospitalier des dispositions de loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide et de loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie au sein de ses structures hospitalières a été inscrit dans la loi.

9. Les réseaux de compétences (article 30)

Les avis émis lors de la phase de consultation du présent projet de loi ont souvent fait apparaître certaines confusions relatives à la notion de «centres de compétences». En effet de nombreux commentateurs du projet ont déduit de la terminologie de «centre» que ce centre de compétences ne pouvait se trouver que sur un seul site hospitalier.

Afin de souligner qu'un centre de compétences peut être multi-sites et que la filière de prise en charge de la pathologie traitée peut se dérouler aussi bien en milieu hospitalier qu'extrahospitalier, le terme de «centre» a été modifié en «réseau» de compétences.

Il a été également précisé que la recherche peut s'associer à un réseau de compétences.

En ce qui concerne la gouvernance des réseaux de compétences, le Conseil d'Etat avait préconisé dans son avis du 23 novembre 2011 relatif à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé (doc. parl. 6196-3) la création d'un comité de gestion interhospitalière.

Les auteurs du présent projet se sont fortement inspirés de cette structure de gouvernance des réseaux de compétences telle que proposée par le Conseil d'Etat en créant également un comité de gestion interhospitalière.

Les pathologies ou groupes de pathologies pouvant être pris en charge dans un réseau de compétences sont les suivant:

- a) accidents vasculaires cérébraux (1) ;
- b) cancer du sein et certains autres cancers intégrant le service de radiothérapie (2);
- c) affections rachidiennes à traitement chirurgical (1);
- d) diabète de l'adulte et de l'enfant (2);
- e) obésité morbide (1);
- f) problèmes cardiaques de nature à nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, intégrant les services de chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle (1);
- g) immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1);
- h) maladies psychosomatiques (1);
- i) douleur chronique (1);
- j) maladies neuro-dégénératives (1)

10. Le laboratoire hospitalier (article 38)

Chaque hôpital doit disposer d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Tous les examens de laboratoires prescrits par des médecins agréés à l'hôpital et exécutés à l'hôpital sont à considérer comme des examens appartenant exclusivement au milieu hospitalier.

Les établissements hospitaliers peuvent se regrouper pour leurs activités de laboratoire dans une structure qui leur est commune.