

**Compte-rendu de la CPH du 24 novembre 2023**

<b>Présences</b>		<b>P</b>	<b>E</b>
Dr Jean-Claude Schmit	Président de la CPH – Ministère de la santé (MS)	X	
Dr Françoise Berthet	Ministère de la Santé (MS)		X
M. Raoul Zimmer	Ministère de la Santé (MS)	X	
(s) M. Georg Adelman	Ministère de la Santé (MS)	X	
M. Thomas Dominique	Ministère de la Sécurité sociale (MSS)	X	
Dr Gérard Holbach	Ministère de la Sécurité sociale (MSS)	X	
(s) Mme S. Trierweiler	Ministère de la Sécurité sociale (MSS)	X	
(s) Dr R. Hartert	Ministère de la Sécurité sociale (MSS)	X	
M. Serge Hoffmann	Ministère des Finances (MF)	X	
(s) M. Yves Kohn	Ministère des Finances (MF)		X
M. J. Balanzategui	Caisse nationale de santé (CNS)		X
(s) M. Frank Bisenius	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
M. Carlos Pereira	Caisse nationale de santé (CNS)		X
(s) Cynthia Santos	Caisse nationale de santé (CNS)		X
Mme M. Marques	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
(s) Mme F. Lang	Caisse nationale de santé (CNS)		X
M. Georges Bassing	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
Dr. Marc Berna	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
(s) M. Dr Romain Nati	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
(s) Dr René Metz	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
Dr Bruno Pereira	Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)	X	
(s) Dr Alain Schmit	Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)		X
M. Romain Poos	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)	X	
(s) M. Oliver Koch	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)	X	
M. Jean-Paul Freichel	Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux	X	
Mme Myriam Recken	Secrétaire de la CPH – Ministère de la santé (MS)	X	
(s) Mme Éveline Santos	Secrétaire de la CPH – Ministère de la santé (MS)	X	

(s) suppléant

Présent / Excusé

Conformément à l'art. 4 du règlement grand-ducal du 2 février 1994, le nombre minimum de 7 membres de la CPH présents est atteint pour pouvoir délibérer valablement.

Invité : Jean-Claude Neu - MS ; Dr Alexandre Mzabi, Dr Jean-Jacques Stelmes, Sandrine Jones - DiSa.

Ordre du jour:

1. Approbation de l'ordre du jour
2. Approbation du rapport de la réunion du 10 novembre 2023
3. PL 8277 / loi hospitalière et amendements du RGD des services d'urgences
4. CHNP – demande d'autorisation et de subventionnement de l'acquisition et de l'aménagement des surfaces d'hôpitaux de jour dans l'ancien bâtiment de la CMCM
5. Demandes des prorogations de l'autorisation d'exploitation au 1.1.24 – Centres hospitaliers : CHdN, CHEM, CHL, HRS

- Centres hospitaliers : Vue synthétique des demandes de services optionnels et nationaux

## 6. Projets d'avis :

- 6.1. LNS – Demande d'autorisation pour l'acquisition d'un équipement de préparation automatique des lames
- 6.2. CHNP – demande d'autorisation et de subventionnement de l'acquisition et de l'aménagement des surfaces d'hôpitaux de jour dans l'ancien bâtiment de la CMCM
- 6.3. HRS – ZithaKlinik et Hôpital Kirchberg – Demande d'autorisation et de subventionnement du projet de relocalisation intérimaire des lits de gériatrie de la Clinique Sainte Marie
- 6.4. HRS – ZithaKlinik – Demande d'autorisation et de subventionnement du projet Modernisation Site Gare Zytostatika (MSG 1) et Palliativ (MSG 2)

## 7. Divers

- 7.1. Scanners CT - COVID

### 1. Approbation de l'ordre du jour

L'ordre du jour est approuvé.

### 2. Approbation du rapport de la réunion du 10 novembre 2023

Le rapport de la réunion du 10 novembre 2023 est approuvé en tenant compte des observations d'un représentant de la CNS au point **3.LNS - suivi de la demande de prorogation des autorisations d'exploitation du centre de diagnostic.**

### 3. PL 8277 / loi hospitalière et amendements du RGD des services d'urgences

L'expert du MiSa présente les éléments clés des amendements gouvernementaux du projet de loi 8277. Concernant l'art. 3, point 1<sup>o</sup> (art. 2 point 1<sup>o</sup> nouveau), le Conseil d'Etat a formulé deux oppositions formelles et demande une définition des termes « gardes » et « astreintes » ainsi qu'une indication dans le texte sur le montant et le nombre d'heures financés.

Une nouvelle disposition (art. 2, point 5<sup>o</sup>) prévoit l'augmentation du nombre d'équipements pour mesure de la densité osseuse d'un à 3 (équipement national). L'art. 4 (art. 3 nouveau) prévoit l'entrée en vigueur rétroactive au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Un représentant du CSCPS pose la question pourquoi il y a une différence entre les termes « gardes » et « astreintes » pour les professions de santé et pour les médecins. La définition du terme « astreinte » niveau 1, 2 et 3 prévu pour les médecins pourrait être considérée être la même que celle utilisée dans le contrat collectif de la FHL pour les professions de santé. La garde se fait sur place tandis que l'astreinte est assurée depuis la maison pour le niveau 1, 2 et 3. Les dispositions sont applicables pour le personnel sous convention collective FHL.

Le président précise que le contrat collectif de la FHL n'est pas applicable aux médecins. Le Commissaire du Gouvernement explique qu'on parle dans le cadre de cette discussion des dispositions de l'astreinte du médecin et non de celle du personnel de soins ou administratif.

Un représentant du CSCPS remarque qu'il ne comprend pas pourquoi on applique différents paramètres pour le personnel de soins et les médecins. Il est d'avis que l'établissement hospitalier devrait appliquer les mêmes conditions à tout le personnel.

Le Commissaire du Gouvernement explique que l'astreinte est une disponibilité d'intervention à distance. Le délai d'intervention n'est pas défini dans le projet de loi. Selon le représentant de la CSCPS l'astreinte devrait fixer un temps d'intervention. Le Commissaire remarque que le groupe de travail a retenu qu'il n'est pas possible de fixer un temps d'intervention. Le représentant de la CSCPS aimerait qu'on applique les mêmes délais pour le personnel médical que pour le personnel de soins. Selon lui la FHL fixe différents niveaux de temps d'interventions.

Le président explique que c'est une volonté politique de ne pas fixer les temps d'intervention afin de laisser plus de flexibilité selon les spécialités médicales concernées.

Un représentant de la CNS remarque que le contrat collectif de la FHL ne prévoit plus le « niveau 1 permanence » de 10 minutes. Le personnel de soin en question doit être sur place en permanence. La CNS pourrait ainsi financer la disponibilité de personnel soignant avec le risque que le médecin ne soit pas sur place.

Le Commissaire du Gouvernement explique que pour la garde sur place ou l'astreinte à distance il s'agit d'une disponibilité à distance qui limite les libertés et le temps libre. Ceci est la raison pour laquelle une indemnisation est payée. En complément à cette indemnisation le médecin a la possibilité de facturer l'acte médical presté au patient. Un représentant de la la CNS pose la question pour quelles raisons des règles anti cumul pour les prestations des médecins n'ont pas été retenues.

Un représentant de la FHL est d'avis qu'il est difficile de comparer les différentes dispositions de la CCT FHL aux professions libérales. L'abolition du S1 est le résultat d'une anticipation d'une jurisprudence européenne. L'astreinte représente pour le médecin une limitation de ses libertés. Pour le travailleur qui doit être présent en permanence ceci fait partie de son temps de travail normal selon le droit du travail.

Un autre représentant du CSCPS confirme ce que le représentant de la FHL a dit. Par contre il comprend la discussion des professionnels de santé sur la valorisation inégale du temps.

Le président propose de préparer un avis qui reprend les éléments de cette discussion.

Le juriste du département institutions de santé du MiSa résume les éléments clés des amendements gouvernementaux relatif au projet de règlement grand-ducal des services hospitaliers d'urgence.

L'adoption du règlement grand-ducal a été urgente comme il prévoit une disposition qui reporte l'obligation des deux centres hospitaliers en région centre à assurer une garde parallèle pendant la nuit du 1<sup>er</sup> janvier 2024 au 1<sup>er</sup> janvier 2026. Suivant la première présentation du texte en CPH en avril 2021 le texte a évolué. Des amendements sur les dispositions concernant l'accessibilité aux services d'imagerie médicale, la prise en charge des enfants en filière pédiatrique, la filière psychiatrique et la transmission du résumé clinique au médecin traitant ont été retenues. Des nouvelles dispositions concernant la mise en place d'un service d'assistance social, l'extension des compétences médicales requises au médecin spécialiste en ophtalmologie et une obligation pour le CHL sur la réalisation des examens de radiologie interventionnelle ont été rajoutés au texte initial.

Un représentant de la CNS remet en question la nécessité pour la mise en place d'un service d'assistance sociale 24H/24H. Il questionne l'utilité si tous les autres services extrahospitaliers qui sont éventuellement déjà en contact avec les patients sont fermés la nuit et le weekend. Il est d'avis qu'il sera difficile de faire le tri quelles prestations seront à prendre en charge par la CNS ou par d'autres acteurs. Pendant la nuit et les weekends il s'agit souvent de patients qui ne sont pas assurés auprès de la CNS. Par ailleurs il voit un problème dans la mise en place des ressources nécessaires.

Le Commissaire du Gouvernement explique que la décision politique de prévoir un service d'assistance sociale permanent aux urgences résulte des échanges au sein du groupe de travail urgences et lors des visites du Ministère dans les différents services d'urgence. La dotation actuelle du service d'assistance sociale est principalement prévue pour la prise en charge de patients stationnaires alors que les patients ambulatoires doivent s'adresser à l'assistance sociale de leur lieu de résidence respectif alors que la prise en charge des patients ambulatoires ne peut être assurée. Au niveau des services d'urgence l'assistance sociale devrait remplir un rôle plus global et assurer un accompagnement pour les patients en situation difficile.

Un représentant de la FHL partage le point de vue de la CNS et ne comprend pas la plus-value d'une présence d'un assistant social pendant la nuit. Selon la fiche financière des amendements la présence permanente d'un assistant social aux urgences représente une dépense supplémentaire de 3 millions d'euros par an pour la CNS, ou exprimé en ETP pour les 4 centres hospitaliers et dans le scénario d'une garde parallèle il faudrait 23 ETP pour assurer cette présence. Il craint que l'assistant social passera son temps surtout à attendre et ils n'ont pas la possibilité de faire beaucoup. Par ailleurs il se pose la question où on veut recruter autant d'assistants sociaux, surtout que le travail par roulement n'est pas très attractif. Il est d'avis que le commentaire des articles n'est pas très clair sur ce point. Il en a discuté avec différents acteurs de la FHL. Il semblerait que l'idée soit née lors d'un forum organisé par la Caritas au mois de mai sous le nom de « Aarm mecht krank a krank mecht arm ». Deux urgentistes des HRS y avaient demandé la disponibilité de travailleurs sociaux au service d'urgences pendant la journée.

Un autre représentant de la FHL est d'accord avec son confrère. Il est d'avis que la présence d'un assistant social durant la journée pourrait être utile, surtout que la population devient plus demandeuse. Les hôpitaux peuvent au mieux juger où l'aide d'un assistant social peut être utile et efficient.

Un représentant du CSCPS est d'accord avec la proposition d'un tel service s'il s'agit d'une prestation non obligatoire. Ceci donne une certaine marge de manœuvre aux hôpitaux.

Le représentant de la FHL ne pense pas qu'il est possible de régler ce sujet entre CNS et hôpitaux. Selon le texte du RDG il s'agit clairement d'une obligation dont la non-conformité pourrait entraîner des suites pénales.

Le Commissaire du Gouvernement confirme que les dispositions retenues constituent une obligation et qu'une réévaluation du besoin pourra se faire ultérieurement si nécessaire. Le président précise que le MiSa seul peut faire des adaptations au texte. Le représentant de la CNS confirme que si le texte reste comme présenté actuellement il y a une obligation pour au moins une personne d'être sur place au service d'urgence.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général du CHL revient sur la disposition prévue par le RGD sur l'extension des compétences médicales au médecin spécialiste en ophtalmologie. Il souligne le caractère normatif du texte et que l'art. 45 de la loi hospitalière prévoit des sanctions pénales

en cas de non-respect. Il indique que la FHL n'a pas été saisie formellement concernant les amendements finaux du RGD. En 2021 la CPH a été saisie pour avis sur le texte du RGD, et ce seulement après l'avis du Conseil d'Etat. Maintenant, deux ans et demi plus tard, l'entrée en vigueur est devenue une urgence à cause de la disposition sur la garde parallèle des centres hospitaliers du centre. Il pense qu'on aurait pu éviter cette urgence. Il se demande si l'avis de la CPH a vraiment une influence sur le texte ou est-ce qu'il s'agit uniquement d'une formalité. Il se pose également la question si la disposition qui requiert la présence d'un médecin ophtalmologue est toujours si urgente si la date pour l'entrée en vigueur de la garde parallèle en région centre est remise au 1<sup>er</sup> janvier 2026. En plus il a un problème avec la notion du médecin hospitalier spécialiste en ophtalmologie. Il juge que celui-ci devrait être affecté à un service d'ophtalmologie. Le CHL a toujours soutenu le principe de ne pas prévoir tout partout et ne dispose que d'une capacité réduite en ophtalmologues. Il souligne que le texte lui paraît regrettamment flou ce qui pose problème si on parle de normes et de pénalités. Le CHL espère trouver un consensus avec la FHL et le service national. Le CHL ne peut pas fermer son service d'urgence jusqu'à ce qu'il ait trouvé une solution pour l'ophtalmologie. Il aurait été bien de prévoir dans le texte une entraide entre le service national et les autres hôpitaux.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général des HRS a un problème avec les notions de service national et général en ophtalmologie. Si le CHL a besoin de compétences médicales en ophtalmologie, les HRS sont prêts à aider pour couvrir la région du centre pour l'ophtalmologie générale.

Le Commissaire du Gouvernement souligne qu'il s'agit d'une disposition issue des discussions au sein du comité de suivi et d'évaluation de l'indemnisation des gardes et astreintes. Elle vise notamment de couvrir les besoins sanitaires et d'assurer un parcours patient approprié. Il est important pour le patient de savoir où il peut être orienté en cas d'urgence. Chaque centre hospitalier a l'obligation d'organiser une orientation correcte du patient. Ainsi il a été retenu que chaque centre hospitalier prévoit une collaboration avec des médecins spécialistes en ophtalmologie pouvant prendre en charge les patients pour des urgences de niveau d'ophtalmologie générale et pouvant apprécier si la pathologie nécessite une prise en charge par le service national d'ophtalmologie spécialisée.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur du CHEM souligne que les ophtalmologues libéraux ne sont souvent pas en lien avec l'hôpital, ce qui rend difficile l'obligation d'assurer un roulement de garde ou de garantir la continuité hospitalière comme on l'a vu sur d'autres exemples (pédiatres, cardiologues). Ce texte expose les établissements hospitaliers aux risques d'une amende pénale. Il est impossible d'obliger tous les médecins de la région à participer aux roulements de garde.

Un représentant du CSCPS remarque que le CSCPS a émis deux avis par rapport au texte du RGD tel qu'il est en vigueur actuellement. Le juriste du MiSa souligne qu'il n'a pas reçu d'avis à l'égard du projet de RGD actuel.

Le président propose de préparer un projet d'avis qui reflète toutes ces positions. Il constate qu'il relève des compétences du MiSa de faire le suivi des questions soulevées.

#### **4. CHNP – demande d'autorisation et de subventionnement de l'acquisition et de l'aménagement des surfaces d'hôpitaux de jour dans l'ancien bâtiment de la CMCM**

Le Commissaire du Gouvernement résume les questions soulevées à l'égard de ce point lors de la séance précédente en date du 24 novembre 2023. Ainsi le juriste du MiSa a préparé un avis juridique relatif aux

questions d'interprétation concernant l'hospitalisation de jour, la notion de site hospitalier ainsi que les antennes de service.

En ce qui concerne les questions de subsidiation il a été clarifié que le financement du parking ne saurait être prévu et que le montant à subsidier a été ajusté en conséquence.

Il précise que le financement demandé concerne les surfaces de deux étages et d'une surface d'environ 80 m<sup>2</sup> au sous-sol. L'acquisition servira à la relocalisation du site du Centre ÄDDI-C et de deux hôpitaux de jour actuellement en situation de location à Ettelbruck vers le nouveau site constitué par le bâtiment ex CMCM.

Le juriste du MiSa explique que les trois hôpitaux de jour disposent tous d'une autorisation d'exploitation. La limitation à trois sites maximum ne s'applique qu'aux centres hospitaliers et non aux établissements spécialisés. Il cite la disposition de l'art. 9 (6) de la loi qui prévoit que, « s'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située dans un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de ce service » ». Il s'agit donc dans ce cas précis du transfert d'un site vers un nouveau site hospitalier. Une antenne de service regroupe 3 entités dans 1 seul site.

L'annexe 2 de la loi hospitalière prévoit la possibilité d'exploiter un hôpital de jour psychiatrique. Par ailleurs pour l'hospitalisation de jour il n'y a pas de limitation du nombre de lits ou places. L'établissement doit justifier ses besoins de lits/places et ils doivent être autorisés par la Ministre.

Le représentant du MSS confirme qu'il a reçu une réponse à ses questions.

Un représentant de la CNS remarque que la CNS n'est pas d'accord avec le financement du terrain et des parkings. Le Commissaire du Gouvernement informe que le CHNP a contacté son notaire afin de définir le montant de la valeur du terrain. Alors que pour le projet Putscheid le terrain a été valorisé à 20% du prix d'acquisition de la ferme, le cas de figure des maisons acquises pour l'INCCI a montré qu'il n'est pas facile de calculer la valeur du terrain. Il propose de prévoir un passage dans l'avis concernant le non-financement du terrain et des parkings et de déterminer les montants concernés ultérieurement.

Le représentant de la CNS propose d'appliquer la même formule que celle qui est appliquée en matière de droit d'enregistrement, c.à.d. 20%. Le Commissaire du Gouvernement remarque que la valeur du terrain en ville de Luxembourg risque d'être relativement élevée par rapport à la valeur du bâtiment et ce montant est difficile à financer par le CHNP.

Le représentant du Ministère des Finances remarque que dans le cas de l'acquisition de la ferme à Putscheid la valeur du terrain à exclure du subsidie a été calculée en application de normes comptables. Les terrains ne sont pas amortis et donneraient lieu à un bénéfice en comptabilité si la CNS doit prendre à charge ce volet.

Un représentant du MSS propose de prévoir une formulation dans l'avis CPH disant que « la valeur du terrain correspondant à la quote-part de la surface achetée n'est pas subventionnable ». Le projet d'avis est modifié dans ce sens séance tenante.

Un représentant de la CNS regrette que le projet d'avis relatif à cette acquisition n'était pas disponible plus tôt aux membres de la CPH. Le Commissaire du Gouvernement remarque que ceci était dû à la charge de travail élevée en relation avec la fréquence actuelle des séances de la CPH.

Le Commissaire du Gouvernement propose de thématiser en interne et avec le Ministère des Finances les dispositions à retenir concernant les frais en relation avec le terrain en cas d'acquisitions et élaborera une proposition à retenir au niveau des principes de financement.

Le représentant du CSCPS dans sa fonction de collaborateur du CHNP est d'avis qu'on ne peut pas comparer l'acquisition d'un terrain à Putscheid et à l'acquisition d'un terrain à Luxembourg-Ville.

Un représentant du MiSa explique que le comptable du CHNP avait proposé de fixer la valeur du terrain à 20% du montant total de l'acquisition selon les principes du droit comptable.

Le projet d'avis modifié lors de la séance est approuvé.

#### **5. Demandes des prorogations de l'autorisation d'exploitation au 1.1.24 – Centres hospitaliers : CHdN, CHEM, CHL, HRS**

- **Centres hospitaliers : Vue synthétique des demandes de services optionnels et nationaux**

L'expert de la DiSa présente la demande des services optionnels et nationaux.

Il présente un tableau récapitulatif qui reprend le nombre total des lits aigus, de long et de moyen séjour autorisés en 2019, exploités au 30 juin 2023 et demandés pour 2024. La procédure selon laquelle la DiSa et le consultant externe ont analysés les demandes de prorogation de services a été présentée aux membres de la CPH lors des séances précédentes.

#### **Les services optionnels :**

- *Le service de Chirurgie vasculaire :*

Le nombre maximal de lits autorisables au niveau national est limité à 60. Le lit supplémentaire demandé par le CHL dans le cadre du NBC ne pourra pas être autorisé à ce stade et sera régularisé dès que le nombre maximum de lit aura été adapté.

- *Le service de Gynécologie :*

Le nombre de lits autorisés au niveau national augmentera de 74 à 77 lits. La demande du CHL pour 7 lits supplémentaires dans le cadre du NBC est avisé favorablement et pourra être pris en compte. Les HRS se verront autoriser 5 lits supplémentaires rattachés provisoirement au service de gynécologie mais exploités par le service d'obstétrique en attendant une adaptation du nombre maximum de lits. La demande du CHEM pour 8 lits reste inchangée tandis que le CHdN demande 9 lits en moins. Le président remarque que le CHEM, qui couvre une région géographique importante, dispose d'un nombre peu élevé de lits. Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur du CHEM explique qu'au CHEM certains patients de la gynécologie sont pris en charge par d'autres services comme par exemple l'oncologie. Le CHEM n'a pas de besoins immédiats pour des lits supplémentaires.

- *Le service d'Oncologie :*

Suite à la demande du CHEM pour une réduction de 7 lits, le nombre global de lits autorisés au 1<sup>er</sup> janvier 2024 baissera de 130 à 123 lits. Le CHL a demandé une autorisation pour 24 lits supplémentaires pour une planification future relative au projet NBC. Cette demande n'a pas encore été retenue en l'absence d'une

loi de financement et comme l'adaptation d'un projet infrastructurel autorisé relève d'une procédure séparée de la présente.

- *Le service Rééducation gériatrique :*

Le CHL demande une autorisation pour 50 lits moyen séjour supplémentaires dans le cadre d'un projet de réaménagement au site d'Eich en 2029. Il s'agit d'un nouveau projet non encore avisé par la CPH et vu le dépassement du nombre total de lits autorisables, ces 50 lits seront à autoriser suite à une planification future et une adaptation législative y afférente.

Les HRS ont demandés 17 lits supplémentaires par transfert d'activité d'autres services vers le service de gériatrie. Ils ne pourront pas encore être autorisés comme il s'agit d'un projet non encore avisé par la CPH et au vu du nombre maximal de lits limité à 70 par la loi hospitalière.

Le CHEM a demandé de réduire le nombre de lits à 59 au 1<sup>er</sup> janvier 2023. Dans le cadre d'un réaménagement le CHdN demande 3 lits supplémentaires qui seront exploités au 1.1.2024.

Le service de chirurgie esthétique est considéré dans le cadre de la chirurgie plastique.

**Les services nationaux :**

L'expert de la DiSa rappelle le cadre légal et notamment la disposition de l'art. 9 (7) selon laquelle une antenne de service peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question sur base d'une convention de collaboration interhospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service. Il constate que ces conventions font défaut dans un certain nombre de cas et il sera proposé d'exiger de les mettre en place dans un délai de 6 mois suite à la prorogation du service respectif.

- *Le service de Chirurgie plastique :*

Les HRS ont demandé pour 2024 un transfert de 6 lits d'orthopédie en faveur d'un service SOS mains. La demande des HRS malgré le fait qu'un tel service n'existe pas au niveau de la loi. Le site principal pour le service de chirurgie plastique se trouve au CHEM. Lors de l'analyse de la demande, le consultant et les experts de la DiSa ont constaté que ce projet de service commun n'a pas été validé et que les conventions de collaborations sont manquantes. Par ailleurs il a été constaté qu'il existe des difficultés organisationnelles au sein du service national de chirurgie plastique liées entre autres à la chirurgie reconstructrice complexe et à la chirurgie de reconstruction mammaire.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général du CHEM précise qu'il y a des limites dans la coordination de cette activité et qu'il existe des problèmes réels au niveau du service SOS mains. Il a été essayé de trouver un consensus entre médecins mais le travail de coordination du Dr. Nicolas Dauphin n'a pas abouti.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur des HRS souligne qu'il existe un lien entre la chirurgie reconstructive et la chirurgie de la main en raison des compétences en microchirurgie. Mais si le service SOS mains doit fonctionner 24h/24h et 7j/7j ceci est uniquement possible sous forme d'un service national. Pour l'instant avec seulement 3 médecins il est impossible de garantir une couverture nationale. Une collaboration entre médecins des différents centres hospitaliers est nécessaire.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur du CHL est d'accord avec les remarques de ses collègues de la FHL. La chirurgie plastique et la chirurgie esthétique font recours aux mêmes médecins et la chirurgie SOS mains en est un sous-ensemble.

Le président remarque que les mêmes problèmes ont été discutés en 2019. Les conventions qui définissent les formes de travailler ensemble sont manquantes. Il est important de mieux organiser le flux des patients 7j/7 et 24h/24h car il reçoit des plaintes préoccupantes. Il propose que la DiSa pourrait faire fonction de médiateur pour faire avancer les discussions entre hôpitaux.

Le Commissaire du Gouvernement rappelle que pour le Ministère de la Santé, le parcours du patient est ce qui est le plus important. Il propose de délivrer une autorisation avec une obligation de mise en place des conventions respectives à établir entre un service national et ses antennes.

Le représentant de la FHL en tant que directeur général du CHEM s'oppose à l'établissement de conventions uniquement pour les établir sans que la collaboration soit réelle sur le terrain. Il ne veut pas mélanger la chirurgie SOS mains avec les autres domaines de la chirurgie plastique. Il est en faveur de la création d'un service national mais ceci est impossible pour le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Le président conclut qu'il est impossible ne pas respecter la loi et qu'une discussion de fond sera nécessaire. Le Commissaire du Gouvernement propose de demander que le sujet soit thématiqué au niveau d'une prochaine réunion du CGI (comité de gestion interhospitalière) comme ce suivi entre dans les missions du comité.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur des HRS précise qu'il ne s'agit pas d'un problème de compétences. Il s'agit de centraliser les compétences et de donner une visibilité au service SOS mains dans l'intérêt du patient.

Le président explique que les HRS peuvent toujours mettre en place cette activité sans qu'il ait la qualité de service national. Pour mettre en place un service national un concept de collaboration doit être élaboré. Il propose d'en discuter sur initiative de la DiSa.

Le nombre des lits respectifs en chirurgie plastique et esthétique reste inchangé.

- *Le service de Chirurgie esthétique :*

Sans observations

- *Le service d'Hémo-oncologie :*

Ce service est exploité au CHL. La demande de 15 lits est restée inchangée par rapport à 2019. La durée d'occupation moyenne des lits est de 21,5 jours, ce qui paraît relativement long. D'après le président ceci n'est pas surprenant vu les pathologies et la longueur des traitements.

- *Le service Immuno-allergologie :*

La demande reste inchangée par rapport à 2019.

- *Le service national des Maladies infectieuses :*

Un avis favorable est donné quant au renouvellement de l'autorisation pour 19 lits. Les 11 lits supplémentaires demandés pour l'exploitation sur un étage « réserve » du NBC seront à autoriser dans le

cadre d'une planification future. Le Commissaire du Gouvernement explique que cette demande s'articule dans le contexte du projet NBC.

Le président est surpris par cette demande de 11 lits supplémentaires et demande quel en est l'explication.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général du CHL explique que ce projet s'inscrit dans le cadre du projet NBC et que le CHL veut disposer d'une capacité suffisamment élevée en vue d'épidémies ou de pandémies futures.

- *Le service national de Médecine de l'environnement :*

Les deux lits de ce service ne sont pas exploités et pour l'instant ce service fonctionne uniquement pour des consultations.

Le président explique que ce service fonctionne moyennement bien et que le projet pilote se terminera fin 2024. La prise en charge se fait selon la nomenclature de la CNS. La différence d'un tel service par rapport à la médecine interne et le besoin pour une éventuelle hospitalisation dans des « clean rooms » étaient des idées pas claires depuis le début.

Le représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général du CHEM constate qu'il s'était posé la question s'il fallait proroger l'autorisation des lits pour ce service. Il considère ce service comme « work in progress ». Il est d'avis que ce service ne devrait pas faire partie des lits aigus du Sudspidol et il voit ce service éventuellement installé dans une antenne du service.

- *Le service national de Néphrologie :*

La demande de lits pour ce service reste inchangée par rapport à 2019. Les HRS demandent l'abolition du concept de service national et préfèrent un concept de réseau de compétences. Lors de l'analyse des demandes des incohérences ont été constatées concernant les journées d'hospitalisation et des pathologies non cohérentes qui pourraient s'expliquer par l'année de référence 2021 COVID 19.

Le président remarque que les mêmes problèmes organisationnels du service national ont déjà été discutés en 2019 et qu'il lui semble important de trouver une solution sous forme de services généraux à mettre en œuvre par une modification de la loi hospitalière. Ce service peut fonctionner sous forme de réseaux de compétence et assurer un bon dialogue entre les néphrologues et les gens du terrain pour la discussion de cas plus compliqués. Les HRS sont très actifs dans ce domaine mais on ne pourra pas donner de suite favorable à leur demande pour l'abolition du service national.

Le représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général du CHL se pose également la question si ce service devrait fonctionner en tant que service national ou non et s'il faudrait séparer le volet de la néphrologie de l'activité de dialyse. En ce qui concerne l'inadéquation des chiffres d'hospitalisation il pense que ceci pourrait être attribuable à la délocalisation des greffes rénales à l'étranger. La distinction artificielle entre néphrologie et dialyse peut également jouer un rôle dans cette incohérence.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général des HRS est d'accord avec l'argument que les volets néphrologie et dialyse sont interconnectés et peuvent être difficilement séparés. Le conseil scientifique avait proposé d'établir un service national spécialisé.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur administratif et financier du CHdN confirme que les contacts entre médecins sont bons. Le CHdN maintient sa demande de service national, mais qu'à moyen terme les centres de compétence pourraient être la solution.

Le président rappelle que les autorisations ne peuvent se faire que dans les limites du cadre légal. Un réseau de compétence avec moins de séparation entre néphrologie et dialyse serait donc souhaitable et il faudrait élaborer des conventions.

- *Le service national de Neurochirurgie :*

La demande de la part du CHL reste inchangée par rapport à 2019.

La Direction de la Santé émet un avis défavorable concernant la demande des HRS pour un transfert de 22 lits du service d'orthopédie vers un nouveau service de neurochirurgie car la loi hospitalière ne prévoit qu'un seul service national de neurochirurgie autorisé au CHL. L'annexe 2 de la loi prévoit également des liens fonctionnels avec les services neuro vasculaires de niveau 2 et un équipement d'imagerie médicale interventionnelle. Sur base de dispositions légales la chirurgie de la colonne vertébrale est autorisée dans un service d'orthopédie sous condition qu'il existe une convention avec le service national.

Le Commissaire du Gouvernement remarque qu'il y a eu des échanges entre les neurochirurgiens des HRS et du service national CHL pour voir comment une collaboration pourrait s'articuler, notamment en envisageant un accès au plateau OP du CHL pour les neurochirurgiens concernés sur base de compétences et un niveau d'activité requis. Cette démarche est à accompagner dans le cadre CGI.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général du CHEM souligne qu'il y a au CHEM une grande activité dans le domaine de la chirurgie du dos. Le CHEM apprécie de faire partie de ce groupe de travail entre médecins.

Un représentant de l'AMMD demande qui, et selon quel critère, fixe ce nombre de cas minimal. Par ailleurs il souhaite savoir comment on veut orienter un patient polytraumatisé. L'expert de la DiSa explique que le critère "nombre minimal de cas" pourrait être un élément à tenir en compte surtout dans le domaine de la médecine hautement spécialisée comme c'est le cas d'autres pays limitrophes. Or actuellement aucune décision n'a été prise à ce stade. Le Commissaire du Gouvernement précise qu'il existe des benchmarks et le conseil scientifique pourrait être demandé de rendre un avis. Il souligne que le plus important est d'assurer une orientation et prise en charge optimale du patient. Dans le cadre du Traumanetzwerk il existe une convention entre le service national et le CHEM et les autres établissements hospitaliers doivent également élaborer des conventions.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général des HRS est d'avis qu'on ne peut pas se limiter au nombre de cas comme critère de décision. Il faut également prendre en considération la disponibilité de compétences dans un service. Il propose de regrouper des spécialistes pour chaque volet du domaine de la neurochirurgie. En ce qui concerne l'aspect oncologique, il est d'accord de confier la prise en charge au CHL mais souligne qu'en ce qui concerne le volet de la traumatologie une prise en charge adaptée doit être maintenue dans les autres centres hospitaliers. Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général du CHL explique que la neurochirurgie couvre 3 domaines à savoir l'oncologie, la chirurgie de la colonne vertébrale et la traumatologie. Il est important d'établir des conventions dans le cadre du Traumanetzwerk. L'orientation du patient dépend de son état de santé et

fonctionne en général bien. Au CHL la chirurgie de la colonne vertébrale ne relève pas exclusivement du service de neurochirurgie. Il propose de demander l'avis du conseil scientifique.

Le président résume que les détails feront l'objet de discussions à poursuivre.

- *Le service optionnel de Neuro-vasculaire de niveau 1 et 2 :*

La Disa constate l'absence de conventions de collaboration interhospitalière avec le service de Neuro-vasculaire de niveau 2. Elle donne un avis favorable pour une prorogation de l'autorisation des HRS, du CHEM et du CHdN sous condition qu'ils signent une convention de collaboration.

Le président demande pourquoi il n'existe pas de conventions et s'il y a des problèmes pour les élaborer.

Les représentants de la FHL assurent qu'il n'y a pas de problèmes et que c'est plutôt une formalité qui doit être réglée.

Le Commissaire du Gouvernement souligne qu'il importe que la filière AVC soit intégrée entre les différents intervenants et que le parcours du patient soit clair.

- *Le service national d'Ophtalmologie spécialisée :*

Ce service est actuellement exploité par les HRS. La demande de 6 lits reste inchangée par rapport à 2019.

Lors de l'analyse de la demande il a été constaté qu'il existe des difficultés concernant l'accessibilité et la prise en charge de pathologies complexes.

Le président précise qu'il s'agit d'un service important et que les spécificités de ce service doivent être clairement communiquées. Il a l'impression que beaucoup d'ophtalmologues travaillent de façon individuelle et que le transfert de patients entre les services d'urgence vers le service d'ophtalmologie spécialisé ne fonctionne pas.

Le représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général des HRS explique qu'il y a différentes spécialisations dans le domaine de l'ophtalmologie. A son avis il n'est pas opportun de faire des greffes de cornée au Luxembourg et que ces patients doivent être orientés à Hombourg en Allemagne. Historiquement les ophtalmologues au Luxembourg ont toujours travaillé de façon individuelle. Les HRS essayent de mettre en place un service cohérent mais il a l'impression que pas tous les médecins du domaine sont prêts à y contribuer.

- *Le service national de Procréation Médicalement Assistée :*

La demande pour 3 places d'hospitalisation de jour reste inchangée.

- *Le service de Psychiatrie Juvénile :*

En cas de vote du projet de loi 8277, les 15 lits supplémentaires demandés par les HRS pourront être autorisés sur base d'un dossier d'intention à introduire et les HRS disposeront dès lors d'un total de 45 lits. Dans ce cas les HRS présenteront un projet d'aménagement pour ces 15 lits par moyen d'un dossier d'intention séparé.

- *Le service national de la Chirurgie pédiatrique :*

Le nombre de 16 lits demandés reste inchangé par rapport à l'autorisation de 2019. Les 14 lits prévus par le CHL dans le cadre d'une future construction de la Nei Kannerklinik ne sont pas encore pris en considération.

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur général du CHL demande que le nombre maximal de lits au niveau national ainsi que le nombre minimal de lits pour ce service devraient être adaptés dans le cadre d'une adaptation de la législation. Il indique que le nombre de lits pour la pédiatrie spécialisée est en déséquilibre par rapport à celui en chirurgie pédiatrique.

- *Le service optionnel de Pédiatrie de proximité :*

Les lits demandés sont autorisés afin de renforcer la pédiatrie de proximité tout en assurant une collaboration avec le service national de pédiatrie spécialisée. Sur base des textes légaux les HRS, le CHEM et le CHdN doivent fournir les conventions avec l'hôpital exploitant le service national de pédiatrie spécialisée.

Le Commissaire du Gouvernement précise que la demande des HRS pour le transfert de lits des services ORL et urologie vers le service de pédiatrie de proximité ne pourra pas être retenue comme les dispositions légales ne le permettent pas.

- *Le service national de Néonatalogie intensive :*

Le nombre de lits demandé par le CHL reste inchangé par rapport à 2019.

- *Le service national de Pédiatrie spécialisée :*

La Direction de la Santé émet un avis favorable au renouvellement de l'autorisation actuelle pour 30 lits.

Alors qu'une demande de régularisation des lits aménagés transitoirement dans le pavillon pédiatrique en vue des modifications infrastructurelles sera à prendre en compte après une adaptation du cadre légal le Commissaire du Gouvernement précise qu'il s'agit de 8 lits exploités en permanence dans 8 chambres disponibles. Le nombre de lits pourrait être doublé sur 16 lits en cas de pandémie. Cette régularisation serait possible pour le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Un représentant du CHL est d'avis qu'il faut prendre en compte la situation réelle pour faire une nouvelle planification.

- *Le service national de Psychiatrie infantile :*

Le CHL a demandé la prorogation de l'autorisation pour 8 lits et 4 lits supplémentaires à prévoir dans le cadre du projet Nei Kannerklinik qui fera l'objet d'un nouveau dossier d'intention. Le Commissaire du Gouvernement se demande si les 4 lits supplémentaires sont suffisants considérant l'évolution démographique, ce qui est à revoir dans le cadre de la planification nationale.

- *Le service de Soins intensifs pédiatriques :*

La demande reste inchangée. 5 lits supplémentaires sont recommandés dans le cadre du projet futur Nei Kannerklinik.

- *Le service d'Urgence pédiatrique :*

Il s'agit de lits portes. Il est recommandé de renouveler l'autorisation actuelle de 4 lits incluant deux lits supplémentaires dans le cadre du projet validé « Umbau Kannerklinik ». Les besoins futurs sont à réévaluer dans le cadre du projet de construction future Nei Kannerklinik.

- *Le service national d'hospitalisation de longue durée médicale :*

Ce service national avec 20 lits a été autorisée en 2019 aux HRS. Actuellement ces lits ne sont pas exploités et les HRS n'ont pas demandé la prorogation de l'autorisation. Le Commissaire du Gouvernement explique que l'autorisation de service sera maintenue sur base des dispositions conventionnelles et légales existantes. Toutefois ce service sera rediscuté dans le cadre de la planification nationale.

Le Commissaire du Gouvernement explique la procédure à suivre dans le cadre des autorisations. Les services concernés procéderont à la finalisation des projets d'avis. Une séance supplémentaire de la CPH est prévue pour le 8 décembre 2023. Les projets d'avis concernant les autorisations seront envoyés aux membres avant le 8 décembre. Ils seront discutés et approuvés si possible lors de cette séance.

Le MiSa est en attente du programme de la Chambre des Députés en vue du vote du projet de loi 8277. Ce vote influencera le timing pour la délivrance des autorisations.

Il propose de prévoir dans les avis de la CPH une condition pour les établissements hospitaliers de fournir les conventions manquantes dans un délai de 6 mois.

L'art. 11 (2) prévoit de proroger les autorisations chaque fois pour une durée de 5 ans et qu'une modification de l'autorisation ne peut se faire uniquement sur demande de l'organisme gestionnaire. Il informe que le Ministère a ainsi retenu de proroger les autorisations pour une durée de deux ans. Après évaluation des besoins sanitaires et une planification nationale prévue pour 2024 et une modification de la base légale en 2025, une modification des autorisations devra ainsi se faire pour le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Certaines autorisations d'établissements spécialisés expireront le 1<sup>er</sup> décembre 2023. Ces autorisations seront renouvelées comme retenu jusqu'au 31 décembre 2025.

## **6. Projets d'avis :**

### **6.1. LNS – Demande d'autorisation pour l'acquisition d'un équipement de préparation automatique des lames**

Le président remarque que l'acquisition de cet équipement est très importante pour le LNS. Le LNS a par ailleurs fournis toutes les informations requises.

Le Commissaire du Gouvernement donne des précisions sur le financement. Les représentants du LNS ont confirmé que sur base du budget d'investissement mis à sa disposition par la CNS, le LNS dispose du budget nécessaire pour le financement de l'équipement.

Le projet d'avis est approuvé avec les corrections effectuées pendant la séance.

### **6.2. CHNP – demande d'autorisation et de subventionnement de l'acquisition et de l'aménagement des surfaces d'hôpitaux de jour dans l'ancien bâtiment de la CCMC**

Le projet d'avis est approuvé au point 4. L'ordre du jour.

**6.3. HRS – ZithaKlinik et Hôpital Kirchberg – Demande d’autorisation et de subventionnement du projet de relocalisation intérimaire des lits de gériatrie de la Clinique Sainte Marie**

Le projet d’avis est approuvé.

**6.4. HRS – ZithaKlinik – Demande d’autorisation et de subventionnement du projet Modernisation Site Gare Zytostatika (MSG 1) et Palliativ (MSG 2)**

Le projet d’avis est approuvé.

**7. Divers**

**7.1. Scanners CT - COVID**

Dans le cadre de la crise COVID 19 des scanners ont été installés dans les 4 centres hospitaliers et autorisés dans ce contexte. Suite à la fin de la pandémie et en cas d’utilisation future de ces équipements ils doivent disposer d’une autorisation en matière de radioprotection, d’une autorisation d’équipement et ils doivent être intégrés dans les autorisations pour les services d’imagerie médicale. Dans ce contexte le président demande si les centres hospitaliers envisagent de continuer à utiliser ces équipements.

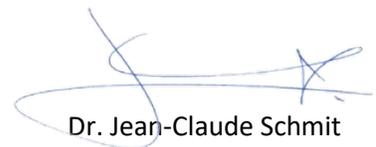
Le CHEM informe que le scanner a été démonté.

Au CHL le scanner se trouve toujours dans la « zone rouge » à côté du service d’urgences mail il n’est plus utilisé.

Les HRS envisagent de transférer le scanner à la ZithaKlinik et introduiront une demande d’autorisation.

Le CHDN utilise ce scanner en tant que back-up jusqu’à l’arrivée d’un deuxième scanner prévue pour 2025. Il introduira une demande d’autorisation.

Il est précisé que la séance de la CPH prévue pour le 8 décembre 2023 sera dédiée aux projets d’avis concernant la prorogation des autorisations de service. La séance du 15 décembre 2023 sera réservée à la discussion de divers projets de construction concernant les nouvelles constructions des HRS et du CHNP ainsi que des projets d’adaptations infrastructurelles du CHEM.



Dr. Jean-Claude Schmit  
Président de la CPH