



CHAMBRE DES SALAIRES
LUXEMBOURG

Projet No 13/2015-1

16 février 2015

Plan hospitalier national

Texte du projet

Projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures

Informations techniques :

No du projet :	13/2015
Date d'entrée :	16 février 2015
Remise de l'avis :	meilleurs délais
Ministère compétent :	Ministère de la Santé
Commission :	Commission Sociale

.... Procedure consultative



4.2.2015

Projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, et notamment ses articles 2, 10, 23 et 26bis;

Vu la carte sanitaire 2012;

Vu les avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé, de Notre Ministre de la Sécurité sociale et de Notre Ministre des Finances et après délibération du Gouvernement en Conseil;

A r r ê t o n s :

Art. 1^{er}. Définitions et typologie des lits

Aux fins de l'application du présent règlement on entend par «lits», les lits qui sont de façon continue à la disposition des patients des établissements hospitaliers, en distinguant entre:

1. lits aigus;
2. lits de moyen séjour;
3. lits d'hospitalisation de longue durée.

Ne sont pas considérés comme lits, les lits-porte des services d'urgence et les emplacements.

Constituent des emplacements, les lits ou places situés dans une enceinte organisationnelle et fonctionnelle distincte, exclusivement à la disposition des patients pour les prises en charge ambulatoires nécessitant une présence médicale et une prise en charge particulière et continue par du personnel spécifiquement qualifié pendant une durée généralement inférieure à 12 heures, destinés aux activités suivantes:

- actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance post-interventionnelle;
- actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, tels que:
 - i) explorations fonctionnelles et endoscopiques,
 - ii) imagerie interventionnelle,
 - iii) ponctions et biopsies non-chirurgicales,
- traitements médicamenteux et autres:



- i) épuration extra-rénale,
 - ii) chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuse,
 - iii) transfusion de produits et dérivés sanguins spécifiques, cytophérèse,
- traitements et prise en charge de situation spécifiques:
- i) rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile,
 - ii) revalidation, y compris gériatrique.

Sont considérés comme:

- a) «lits aigus»: tous les lits y compris les lits de soins intensifs, hormis les lits de moyen séjour et les lits d'hospitalisation de longue durée. Les lits de soins intensifs sont les lits destinés uniquement à des patients nécessitant des soins intensifs;
- b) «lits de moyen séjour»: lits réservés à la convalescence, à la rééducation ainsi qu'à la réhabilitation. Sont définis comme:
 - i) «lits de convalescence»: lits destinés aux patients de l'établissement de convalescence mentionné à l'annexe I;
 - ii) «lits de rééducation et de réhabilitation»: lits des établissements hospitaliers ayant pour mission la rééducation ou la réhabilitation sous ses différentes formes, à savoir: la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, la rééducation gériatrique et la prévention de la dépendance, la réhabilitation et la réadaptation de malades souffrant de troubles psychiques;
- c) «lits d'hospitalisation de longue durée»: lits à disposition pour des soins hospitaliers de durée prolongée destinés à tous les patients au niveau national souffrant de restrictions fonctionnelles justifiant la nécessité d'une surveillance médicale, une prise en charge de même que des soins particuliers et continus par du personnel spécifiquement qualifié ainsi que des traitements d'entretien.

Art. 2. Catégorie des hôpitaux

Les établissements hospitaliers sont classés en fonction de l'étendue des missions qu'ils ont vocation à assurer dans la prise en charge coordonnée des patients ainsi que du nombre de lits qui leur est attribué.

Art. 3. Centre hospitalier

Est classé «centre hospitalier», tout établissement hospitalier, tout groupement d'établissements hospitaliers, ou tout groupement de plusieurs établissements hospitaliers à mission complémentaire sous un même gestionnaire et qui dispose d'au moins 300 lits aigus au total sur un ou plusieurs sites et qui participe au service d'urgence.

Il y a au maximum quatre centres hospitaliers.

Les établissements hospitaliers classés comme centre hospitalier sont repris au tableau figurant à l'annexe I.



Art. 4. Catégorie d'établissements hospitaliers spécialisés

Les établissements hospitaliers spécialisés sont classés en établissements hospitaliers spécialisés de soins aigus et en établissements hospitaliers spécialisés de réhabilitation.

Les établissements hospitaliers spécialisés de soins aigus ou de réhabilitation sont classés en établissement spécialisé à vocation nationale, lorsqu'ils assument une mission nationale et que les besoins sanitaires du pays ainsi que le respect du principe d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier national et de l'application de critères de qualité conformes aux acquis de la science excluent toute offre parallèle dans leur domaine de spécialisation.

Art. 5. Etablissement hospitalier spécialisé de soins aigus

Est classé en «établissement hospitalier spécialisé de soins aigus», tout établissement hospitalier assurant des soins aigus, qui répond aux besoins spécifiques de patients présentant certaines affections particulières, et disposant d'un ou de plusieurs services relevant d'une filière cohérente de prise en charge spécialisée de ces affections particulières.

En fonction de leur spécialité, les établissements hospitaliers spécialisés de soins aigus peuvent assurer le service d'urgence et de garde pour les patients relevant de leur spécialité, en étroite collaboration avec les établissements assurant la garde générale.

Les établissements hospitaliers classés comme établissement hospitalier spécialisé de soins aigus sont repris au tableau figurant à l'annexe I.

Aucune autorisation d'exploitation pour un établissement hospitalier spécialisé de soins aigus ne peut être délivrée ou prolongée pour une période dépassant le 31 décembre 2016 à condition que le centre de compétences au point b), respectivement au point f) de l'article 9 soit réalisé.

Art. 6. Etablissement hospitalier spécialisé de réhabilitation

Est classé «établissement hospitalier spécialisé de réhabilitation», tout établissement qui en aval des établissements aigus a pour mission d'assurer une prise en charge stationnaire, et ambulatoire s'il y a lieu, de patients nécessitant une rééducation ou une réhabilitation, dont le cadre nécessite des moyens et des ressources spécialisés dans le but de faciliter la réintégration de ces patients dans leur milieu de vie habituel.

Il peut s'agir d'établissements de rééducation ou de réhabilitation physique ou psychique.

Les établissements hospitaliers classés comme établissement hospitalier spécialisé de réhabilitation ou de rééducation sont repris au tableau figurant à l'annexe I.

Art. 7. Autres établissements hospitaliers

Les établissements qui sont classés comme établissement d'accueil pour personnes en fin de vie, établissement de convalescence et établissement de cures thermales sont repris au tableau figurant à l'annexe I.



Art. 8. Centre de diagnostic

Aucun centre de diagnostic ne sera créé.

Art. 9. Centres de compétences

Des centres de compétences pourront être créés conformément à l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers afin d'assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants:

- 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).

Art. 10. Création, extension ou modernisation des établissements hospitaliers

Sans préjudice de la participation de l'Etat à leur financement conformément aux dispositions de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers ou de toute autre loi autorisant le financement d'un établissement hospitalier, aucune création ou extension d'établissements hospitaliers ne sera autorisée, à l'exception:

- des projets de modernisation, d'extension ou de mise en sécurité de structures existantes;
- des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants, entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée;
- des projets de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à favoriser l'hospitalisation de jour ou la prise en charge ambulatoire.

Aucun projet ne sera autorisé au-delà des besoins en lits et services hospitaliers autorisables en vertu du présent règlement et de ses annexes.



Art. 11. Prévisions des besoins planifiés en lits d'hospitalisation

A l'entrée en vigueur du présent règlement grand-ducal, les établissements hospitaliers disposent comme dotation de départ du nombre total de lits maximal autorisable mentionné à l'annexe 2, à la colonne intitulée «Plan hospitalier 2009» du tableau figurant au point a) sous 1.).

La réduction du nombre de lits dont question à l'alinéa précédent vers le nombre maximal de lits autorisable à la date du 1^{er} janvier 2017 mentionné à l'annexe 2, se fera progressivement à partir de la date de la prochaine autorisation d'exploitation des différents établissements hospitaliers.

Art. 12. La conversion de lits aigus en emplacements

Pour favoriser le virage ambulatoire vers une prise en charge des patients dans des services d'hospitalisation de jour, le ministre ayant la Santé dans ses attributions, ci-après dénommé «le ministre» peut autoriser la réduction de la dotation en lits aigus attribués à un établissement hospitalier par conversion en emplacements affectés à une prise en charge ambulatoire.

La réaffectation de ces lits aigus se fait sur base d'une demande motivée des établissements hospitaliers visés, qui est accordée par le ministre sans préjudice de l'autorisation de création ou d'extension du service afférent.

Le ministre peut aussi autoriser la réduction de lits par conversion de chambres à deux lits en chambres à lit unique, ne donnant droit à aucun supplément première classe des honoraires médicaux.

La Commission permanente pour le secteur hospitalier est demandée en son avis avant toute demande de conversion de lits aigus en emplacements.

Art. 13. Le projet de service médical

Toute demande de création, d'extension et de modification substantielle d'un service médical ou de prorogation d'autorisation d'un service médical qui est soumise au ministre pour autorisation par un établissement hospitalier ou par son gestionnaire doit être accompagnée, pour chaque service médical, d'un projet de service cohérent avec le projet d'établissement visé à l'article 22 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Ce projet de service précise:

1. la dénomination du service, le type de patients et de pathologies pris en charge et le volume d'activités attendu;
2. les ressources humaines et équipements y affectés spécifiquement, y inclus le nombre de lits et le type de lits ainsi que d'emplacements ou de lits-porte;
3. la localisation principale du service et son antenne éventuelle au niveau d'un autre site relevant de l'établissement;
4. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science;
5. la filière de prise en charge dans laquelle les activités du service médical s'inscrivent;



6. en cas d'extension et de modification substantielle d'un service médical ou de prorogation d'autorisation d'un service médical existant le volume d'activités des trois dernières années.

Un service médical autorisé peut comprendre une unité d'hospitalisation située sur un autre site du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité d'hospitalisation est considérée comme une «antenne du service» et doit répondre aux conditions ci-après:

- a) justifier la nécessité d'une capacité d'accueil supplémentaire sur base de l'activité recensée du service médical correspondant;
- b) être en liaison fonctionnelle avec le service médical réservé aux malades les plus aigus au sein du même établissement;
- c) disposer du même médecin-spécialiste, ou de la même équipe de médecins-spécialistes, pour assurer la continuité des soins dans le service médical et son «antenne»;
- d) appliquer une politique d'admission, de transfert et de sortie des patients transparente reposant sur des critères objectifs.

Avant toute autorisation de service à délivrer par le ministre, la Commission permanente pour le secteur hospitalier est demandée en son avis.

Art. 14. Planification des besoins nationaux en services médicaux hospitaliers

Les besoins du pays en services médicaux hospitaliers susceptibles d'être autorisés sont arrêtés conformément au tableau figurant à l'annexe 3.

Aucun établissement hospitalier ne peut exploiter un service médical qui n'est pas mentionné à l'annexe 3 et pour lequel il n'a pas obtenu d'autorisation d'exploitation de la part du ministre.

Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service médical de la même nature et sur un site unique; toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, une antenne d'un service peut être autorisée au site qui n'héberge pas le service lui-même s'il répond aux conditions fixées à l'article 13, alinéa 3.

Le choix des établissements dans lesquels peuvent être implantés les services médicaux se fait en fonction de la disponibilité d'autres services et de compétences médicales indispensables ou utiles à leur fonctionnement selon l'annexe 5.

Art. 15. Equipements et appareils coûteux soumis à planification

Sont considérés comme équipements et appareils coûteux nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières, les équipements et appareils repris à l'annexe 4. Cette annexe fixe aussi le lieu d'installations, ainsi que, s'il y a lieu, les conditions particulières d'implantation et le nombre d'équipements susceptibles d'être autorisés au niveau national.

Le choix des établissements hospitaliers dans lesquels peuvent être installés les équipements prévus au présent article se fait en fonction d'une activité correspondante adéquate, de la participation à un programme d'assurance qualité ainsi que de l'attribution des services dont ils



relèvent, pour ce qui est des équipements uniques, et pour ce qui est des autres équipements, de la disponibilité d'autres équipements indispensables ou utiles au fonctionnement de l'équipement à installer. Au cas où plusieurs établissements ou services hospitaliers entreraient en ligne de compte, préférence sera donnée à l'établissement ou au service hospitalier répondant aux meilleurs critères de qualité.

Art. 16. Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières

Le Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières mis en place dans les établissements hospitaliers, en tenant compte des recommandations et lignes directrices émises par le Comité national de coordination de l'assurance qualité dont question à l'article 18, a pour mission:

- de développer et de contribuer à la mise en place sous la responsabilité de l'organisme gestionnaire d'un programme interne de gestion globale et coordonné de la qualité et des risques;
- de veiller à la mise en place et au bon fonctionnement sous la responsabilité de l'organisme gestionnaire du système de signalement des événements indésirables visé à l'article 17;
- de faire, s'il y a lieu, des suggestions pour améliorer la sécurité, la gestion des risques, y compris les risques opérationnels, et la qualité de fonctionnement de l'établissement et de ses services, pour améliorer les prises en charge et pour assurer le respect des droits des patients;
- d'élaborer annuellement un rapport sur la qualité des prestations offertes dans l'établissement et sur la gestion de la qualité et des risques dans l'établissement. Ce rapport est remis à l'organisme gestionnaire et au Comité national de coordination dont question à l'article 18 et transmis en copie au ministre.
- d'accompagner la mise en place avec les médecins et les professionnels de santé des comités de « peer review » qui procéderont à des évaluations des pratiques professionnelles et des revues de morbidité/mortalité dans les services hospitaliers de leur établissement selon une méthodologie nationale commune et d'en aviser les rapports annuels.

Le Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières est présidé par le directeur de l'établissement hospitalier et comprend au moins un représentant du conseil médical et le coordinateur qualité à désigner au sein de chaque établissement.

Le Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières des établissements hospitaliers comportant un service national procède au moins tous les trois ans à une évaluation détaillée de ce service national, prenant en compte les pratiques médicales suivies, les soins dispensés et les autres modalités de prise en charge en tenant compte de la filière de prise en charge dans laquelle les activités du service national s'inscrivent et en procédant à la



comparaison avec des structures similaires à l'étranger et les meilleures pratiques reconnues dans le domaine de spécialisation du service.

Dans le cadre de cette évaluation, le comité s'adjoit:

- des médecins ou autres professionnels de la santé issus de la filière de prise en charge dans laquelle les activités du service national s'inscrivent;
- au moins un expert issu d'un centre de référence étranger ou des milieux scientifiques, en fonction de l'activité du service national;
- un représentant de la délégation du personnel;
- un représentant du ministre et un représentant de la Direction de la Santé.

Le comité peut s'adjoindre un expert en dispositifs médicaux techniques dans le cas où de tels dispositifs sont utilisés.

Art. 17. Signalement des évènements indésirables

Chaque établissement met en place un système de signalement et de surveillance des infections nosocomiales, des accidents et autres évènements indésirables, de façon à pouvoir identifier et analyser les incidents, quasi-incident et autres faits dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables, qui révèlent un état réel ou potentiel d'insécurité ou de non-qualité, pour les patients, le personnel, les visiteurs, ou les biens.

Art. 18. Coordination nationale

Le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières assure la coordination des structures d'évaluation et d'assurance qualité selon les modalités suivantes:

- en établissant le cadre référentiel en matière de qualité et de sécurité des prestations hospitalières, aux fins d'évaluation et de promotion de la qualité,
- en établissant les objectifs et les orientations stratégiques en matière de qualité et de sécurité des prestations hospitalières ;
- en garantissant la transparence et la comparabilité des informations et des résultats en matière de qualité et de sécurité des prestations hospitalières (standards, normes, indicateurs)
- en procédant à une évaluation commune des évènements indésirables survenus au sein des établissements hospitaliers du pays sur base d'une classification homogène et reconnue, en vue d'élaborer des recommandations à l'attention des établissements et de coordonner la gestion des risques au niveau national ;
- en élaborant et mettant en place un système d'échange et de signalement rapide entre hôpitaux de problèmes de qualité et d'évènements indésirables graves ou potentiellement graves;
- en facilitant le recensement, la diffusion et la visibilité nationale des initiatives et des bonnes pratiques en matière de gestion de la qualité des prestations hospitalières et des



risques en créant un répertoire et une plateforme d'échange de ces bonnes pratiques et en établissant des liens avec toutes les autres instances et initiatives ayant un impact sur la qualité et la sécurité des prestations hospitalières ;

- en avisant les objectifs qualitatifs des bases de données et registres nationaux existants et futurs relatifs aux prestations hospitalières;
- en se prononçant sur toute question de son domaine de compétence, qu'il juge opportune d'examiner ou dont il aura été saisi par le ministre.

Dans l'exécution de sa mission le Comité national de coordination a accès, sous une forme dépersonnalisée, aux données et informations rapportées :

- dans le cadre des systèmes de signalement et de surveillance mis en place en vertu de l'article 17;
- dans le cadre de la Commission d'évaluation instituée en vertu de l'article 40 de la convention-cadre CNS-FHL du 25 février 2013;
- le cas échéant, dans le cadre du système national de la documentation hospitalière,
- et dans le cadre des registres hospitaliers ou nationaux.

Il évalue les rapports lui adressés par le Comité d'évaluation et d'assurance qualité hospitaliers et peut demander les précisions qui lui semblent requises. Il peut en outre recourir aux services de la Direction de la Santé, du Laboratoire national de la Santé, du Contrôle médical de la Sécurité sociale, de la Caisse nationale de Santé et de l'Inspection générale de la Sécurité sociale, qui lui fournissent les données statistiques nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières se compose:

- d'un représentant défendant les intérêts des patients;
- d'un représentant du ministre ayant la Santé dans ses attributions et d'un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions;
- du directeur de la Santé ou de son représentant et d'un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie;
- de quatre représentants des établissements hospitaliers proposés par l'association la plus représentative de leurs intérêts, dont deux représentants des structures d'évaluation et d'assurance qualité mis en place en leur sein;
- de deux médecins agréés au sein d'un établissement hospitalier, désignés par l'organisme le plus représentatif des intérêts du corps médical hospitalier;
- un représentant des professions de santé proposé par l'association la plus représentative des intérêts des établissements hospitaliers.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières est présidé par le directeur de la Santé ou son représentant. Il peut s'adjoindre le conseil d'experts en assurance qualité et de gestion des risques ainsi que d'experts juridiques.



Le Comité national dispose d'un secrétaire administratif ainsi que d'un secrétaire scientifique assurés par des fonctionnaires ou des employés de la Direction de la Santé ou du Ministère de la Santé.

Le Comité national rédige un rapport annuel de ses activités, qu'il soumet au ministre.

Les membres effectifs et suppléants du Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières sont nommés par le ministre pour un mandat de trois ans renouvelable.

Les membres du Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros, à l'exception des membres exerçant une profession libérale qui touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à cent euros. Les frais de fonctionnement du Comité national sont à charge du budget de l'Etat.

Un règlement d'ordre intérieur fixe les modalités de fonctionnement du Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières.

Art. 19. Mesure abrogatoire

Le règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures est abrogé.

Art. 20. Disposition transitoire

Au-delà de la date du 31 décembre 2019, aucune autorisation ne sera accordée ou prolongée au profit du Centre hospitalier des hôpitaux Robert Schuman pour l'exploitation d'un service hospitalier sur le site de la Clinique Ste Marie.

Les lits de réhabilitation gériatrique et les lits d'hospitalisation de longue durée, prévus à l'annexe 2 point b) de la Clinique Ste Marie, resteront à disposition du Centre hospitalier des hôpitaux Robert Schuman et ils seront affectés à un autre de ses sites.

Art. 21. Formule exécutoire

Notre Ministre de la Santé, Notre Ministre de la Sécurité sociale et Notre Ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.



4.2.2015

Annexe 1 – Tableau de classification des établissements hospitaliers

A. Hôpitaux

Classement	Dénomination	Site ou hôpital
Centre hospitalier	Centre hospitalier de Luxembourg (CHL)	Luxembourg rue Barblé Luxembourg Eich
	Centre hospitalier Robert Schuman (CHHRS)*	Luxembourg Kirchberg – HK et Clinique Bohler Luxembourg Gare -ZITHA Esch/Alzette – CSM
	Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)	Esch/Alzette Niederborn Dudelange
	Centre hospitalier du Nord (CHDN)	Ettelbruck Wiltz

* : Le CHHRS est constitué de l'hôpital Kirchberg (HK), de la Clinique privée du Dr E. Bohler (BOHLER), de la Zithaklinik (ZITHA) et de la Clinique Ste Marie (CSM).

B. Etablissements hospitaliers spécialisés

Etablissements hospitaliers spécialisés de soins aigus à vocation nationale *	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI)
	Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)
Etablissements hospitaliers spécialisés de réhabilitation à vocation nationale	Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation (CNRFR)
	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)
Etablissement hospitalier spécialisé de réhabilitation	Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)

- cf. article 5

C. Les autres catégories d'établissements hospitaliers

Etablissement d'accueil pour personnes en fin de vie	Maison Omega 90 a.s.b.l. (Omega 90)
Etablissement de convalescence	Centre de Convalescence Emile Mayrisch de Colpach (CCEM)
Etablissement de cures thermales	Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains (CTM)



Annexe 2 – Dotation maximale en lits

a) Projection des besoins en lits aigus

1.) Nombre maximal de lits aigus affectés aux hôpitaux

	Site ou hôpital	Plan hospitalier 2009	Total du nombre maximal de lits aigus au 1.1.2017
CHL		579	559
CHHRS	Luxembourg-Kirchberg (HK/Bohler)	405	
	Luxembourg Gare (ZITHA)	226	
	Esch/Alzette (CSM)	(118)* Total 631	** Total 600
CHEM		612	592
CHDN		342	320
Total		2.164	2.071

* Ces lits ne peuvent pas être pris en considération au 1.1.2014 alors que suivant règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures (art. 7), la Clinique Ste Marie d'Esch-sur-Alzette a été exploitée sous le statut d'établissement aigu classé hôpital de proximité pour lequel « aucune autorisation d'exploitation (...) ne peut être délivrée ou prolongée pour une période dépassant le 31 décembre 2013 ».

** Au plus tard au 1.1.2017 et suite à la réorientation de ses missions, la CSM ne disposera plus de lits aigus mais du nombre et type de lits prévus au point b) de la présente annexe 2.

2.) Nombre maximal de lits aigus affectés aux établissements hospitaliers spécialisés de soins aigus à vocation nationale

Etablissements hospitaliers spécialisés de soins aigus à vocation nationale	Base plan hospitalier 2009	Nombre maximal de lits aigus au 1.1.2017
INCCI	20	20
CFB *	10	2

* Les lits du CFB sont localisés au CHEM mais à disposition des patients du CFB



3.) Nombre maximal de lits aigus affectés aux autres établissements hospitaliers

Autre établissement hospitalier	Nombre maximal de lits aigus
OMEGA 90	15

b) Projections des besoins en lits de moyen séjour et lits d'hospitalisation de longue durée

Type de prise en charge	Base plan hospitalier 2009	Nombre maximal de lits au 1.1.2017	Etablissement hospitalier gestionnaire et/ou site
Convalescence	100	100	CCEM
Rééducation ou réhabilitation gériatrique	30 30 / 30 15	30 30 40 30 30	HIS CHEM –site de Dudelange CHHRS/CSM CHHRS/ZITHA CHDN-site de Wiltz
Rééducation fonctionnelle et réadaptation	72	72	CNRFR
Réhabilitation psychiatrique	237	180	CHNP
Hospitalisation de longue durée		67 20	CHNP CHHRS/CSM



Annexe 3-Tableau des services hospitaliers

A. Hôpitaux

Type de services	Nombre maximum autorisable	Nombre maximum d'antennes de service autorisable	Types de services d'hospitalisation de jour non chirurgical (max. 18) *
Hospitalisation de jour chirurgicale	4	2	
Hospitalisation de jour non chirurgicale	18 *		
Cardiologie	4	0	
Chirurgie pédiatrique	1	0	
Chirurgie plastique	1	0	
Chirurgie vasculaire	2	0	
Chirurgie viscérale	4	1	
Dialyse	4	1	
Douleur chronique	1	0	
Gastroentérologie	4	1	
Gériatrie aiguë	4	1	
Gynécologie	4	0	
Héмато-oncologie	1	0	1
Immuno-Allergologie	1	0	
Maladies infectieuses	1	0	
Médecine de l'environnement	1	0	
Médecine interne générale	4	5	4
Néonatalogie intensive	1	0	
Néphrologie	1	0	
Neurochirurgie	1	0	
Neurologie	3	0	
Neuro-vasculaire	3	0	
Obstétrique	4	0	
Oncologie	4	0	3
Ophthalmologie	1	0	
ORL	4	0	



Orthopédie	4	0	
Pédiatrie	1	0	1
Pneumologie	2	0	
Procréation médicalement assistée	1	0	
Psychiatrie aigüe	4	0	4
Psychiatrie infantile	1	0	1
Psychiatrie juvénile	1	0	1
Rééducation gériatrique	3	1	3
Soins intensifs	4	1	
Soins intensifs pédiatriques	1	0	
Soins palliatifs	4	0	
Traumatologie	4	0	
Urgence	4	0	
Urgence pédiatrique	1	0	
Urologie	3	0	

* voir dernière colonne de ce tableau

B. Etablissements hospitaliers spécialisés

Type de services	Nombre maximum autorisable	Services d'hospitalisation de jour
Cardiologie interventionnelle	1	
Chirurgie cardiaque	1	
Douleur chronique	1	
Radiothérapie	1	
Rééducation fonctionnelle	1	1
Réhabilitation psychiatrique	1	1
Rééducation gériatrique	1	1



Annexe 4 – Tableau des équipements et appareils soumis à planification.

Projection des besoins en équipements et appareils coûteux nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières :

Type d'appareil ou équipement	Nombre maximum	Lieu d'implantation autorisable
Équipement de coronarographie par cathétérisme	2	Service national de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	1	Service national de radiothérapie
Tomographe à émission de positrons	1	Hôpital disposant d'une entité de médecine nucléaire
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	1	CHEM
Équipement de lithotritie extracorporelle	1	Centre hospitalier disposant d'un service de néphrologie
Prone-table	1	Hôpital disposant d'un service d'oncologie et participant activement au programme mammographie
Équipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intraventriculaire	1	Service national de neurochirurgie
Équipements servant à la fécondation in-vitro	1	CHL
Équipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoïétiques	1	Service national d'hémato-oncologie
Dossier patient informatisé en milieu hospitalier	-	Participation financière à des projets à portée nationale visant l'interopérabilité des systèmes d'information des établissements hospitaliers ou visant l'échange de données de santé avec des systèmes d'information extrahospitaliers



Annexe 5-Définitions des services hospitaliers

A. Hôpitaux

Dénomination du service	Définition
Cardiologie	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des problèmes cardio-vasculaires qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique et un traitement de nature non-invasive. Il est en mesure d'assurer la défibrillation, la thrombolyse coronaire, le placement d'un stimulateur cardiaque provisoire, la prise de la pression cardiaque droite et de tension intra-artérielle. Le service de cardiologie a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès au plateau médico-technique d'investigations cardio-circulatoires d'électrocardiographie, d'échocardiographie, de cyclométrie et de monitoring de Holter. Il dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'urgence et un service de soins intensifs établis sur le même site. Il dispose également d'un lien fonctionnel direct avec un service de cardiologie interventionnelle, de chirurgie cardiaque et de chirurgie vasculaire, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement en faisant l'objet d'une convention écrite.
Chirurgie pédiatrique	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans, relevant d'une discipline chirurgicale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service dispose d'infrastructures, d'équipement et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service dispose d'un lien fonctionnel avec un service d'imagerie disposant de compétences en radiologie pédiatrique, un service d'urgences pédiatriques, un service de soins intensifs pédiatriques et un service de pédiatrie établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Chirurgie plastique	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical à visée thérapeutique, reconstructive ou fonctionnelle, prenant en charge des patients, à la suite d'un accident, d'un traitement, de blessures, de malformation ou d'un déficit fonctionnel. Il a recours aux soins de kinésithérapie et au soutien psychologique et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de rééducation fonctionnelle musculo-squelettique, situé ou non sur le même site. Le service de chirurgie plastique peut pratiquer la chirurgie esthétique s'il se soumet aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none">- Fournir à la personne concernée, pour toute prestation de chirurgie esthétique, les informations relatives aux conditions de l'intervention, les risques et éventuelles conséquences et complications, ainsi qu'un devis détaillé des honoraires médicaux, frais et durée estimée de séjour hospitalier, produits, médicaments et dispositifs médicaux ; ce devis est daté et signé du ou des chirurgien devant réaliser l'intervention prévue.- Respecter un délai minimal de quinze jours entre la remise du devis et l'intervention éventuelle.



	<p>- Disposer de l'accès au soutien psychologique pour tout patient tout au long de la prise en charge.</p>
Chirurgie vasculaire	<p>Un service prenant en charge des patients présentant des problèmes vasculaires qui sont de nature à nécessiter un traitement interventionnel par voie chirurgicale, endovasculaire, ou mixte (hybride) intéressant les vaisseaux périphériques. Le service de chirurgie vasculaire dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'imagerie et un service de soins intensifs établis sur le même site. Le service de chirurgie vasculaire peut assurer le traitement de patients présentant des pathologies carotidiennes s'il dispose, sur le même site, d'un service neuro-vasculaire.</p>
Chirurgie viscérale	<p>Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des patients relevant d'une discipline chirurgicale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service de chirurgie viscérale dispose d'un accès à un plateau médico-technique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles situé sur le même site. Le service dispose de liens fonctionnels étroits avec le service des urgences et, le cas échéant, les services de médecine interne, de gastro-entérologie et d'oncologie établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique et participe aux réunions de concertation multidisciplinaire bariatrique pour toute son activité de chirurgie bariatrique.</p>
Dialyse	<p>Un service de soins ambulatoires dispensant la pratique de l'épuration extra-rénale aux patients âgés de plus de 8 ans atteints d'insuffisance rénale, par hémodialyse périodique. Le service se situe au sein d'un établissement hospitalier et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service d'hospitalisation médicale, un service d'imagerie médicale, un service de soins intensifs situés sur le même site et un service de néphrologie, établi ou non sur le même site. Dans ce dernier cas, le service d'hémodialyse établit une convention avec le service de néphrologie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients.</p> <p>Le service d'hémodialyse est placé sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en néphrologie et comporte au moins huit postes d'hémodialyse de traitement, chaque poste de traitement ne pouvant servir à plus de trois patients par 24h. Le service d'hémodialyse peut dispenser, sous la responsabilité du médecin spécialiste en néphrologie, la formation du patient pour l'autodialyse ; dans ce cas, le service dispose d'un poste d'entraînement situé dans local spécifique au sein du service.</p> <p>Au sein du service, on distingue :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'unité d'hémodialyse médicalisée, accueillant des patients qui nécessitent une présence médicale non-continue pendant la séance de traitement- L'unité d'autodialyse, accueillant des patients formés à l'hémodialyse et ne requérant pas une présence médicale pendant la séance de traitement. L'unité d'autodialyse simple accueille des patients en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement ; l'unité d'autodialyse assistée accueille des patients qui requièrent l'assistance d'un infirmier pour certains gestes. <p>Le service peut également dispenser, sous la responsabilité du médecin spécialiste en néphrologie, la formation du patient et de la tierce personne aidant le patient pour la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.</p> <p>Le service veille à orienter les patients vers l'unité et la modalité de dialyse la mieux adaptée à leur situation ; un service ne disposant</p>



	<p>pas d'unité d'autodialyse conclut une convention de coopération avec un service offrant cette modalité de traitement, précisant les critères et les modalités de la prise en charge coordonnée des patients. La convention prévoit la mise à disposition, dans l'unité d'hémodialyse médicalisée, de postes de repli réservés à la prise en charge temporaire des patients autodialysés pour motif médical, technique ou social.</p>
Douleur chronique	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients adultes présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Le service dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Il offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins neuf demi-journées par semaine et tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières. Il travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extra-hospitaliers et établit une convention avec tout établissement hospitalier ne disposant pas d'un service douleur chronique précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients. Le seuil minimal d'activité d'un service douleur chronique est de 1000 patients annuels dont au moins 330 nouveaux patients.</p>
Gastroentérologie	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes digestifs et de leurs voies. Le service de gastro-entérologie dispose d'un accès à un plateau médico-technique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
Gériatrie aiguë	<p>Un service de diagnostic, de traitement, de soins et de suivi de patients gériatriques, dans une approche pluridisciplinaire, dont l'objectif est la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.</p> <p>Un service de gériatrie aiguë dispose d'un accès à un plateau médico-technique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles. Le service de gériatrie aiguë a recours aux soins de kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, en soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique sur le même site et d'un lien fonctionnel avec un service de réhabilitation gériatrique, établi ou non sur le même site ; dans ce dernier cas, une convention écrite précise les critères et modalités de transfert des patients.</p> <p>Un service de gériatrie aiguë peut être localisé sur un site hospitalier ne disposant pas d'un service de médecine interne générale, de chirurgie viscérale, ou d'urgence ; dans ce cas, le service de gériatrie est considéré comme isolé et doit répondre aux conditions ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none">• Être en liaison fonctionnelle avec un service hospitalier réservé aux malades les plus aigus, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement distant de moins de 5 km en faisant l'objet d'une convention écrite, précisant les modalités de recours au plateau technique• Disposer du même médecin gériatre ou gérontologue, ou de la même équipe de gériatres et gérontologues, pour assurer le traitement dans les deux services



	<ul style="list-style-type: none">• Appliquer une politique d'admission, de transfert et de sortie transparente reposant sur des critères objectifs
Gynécologie	Un service de diagnostic et de traitement, médical et chirurgical, prenant en charge les patientes présentant des pathologies de l'appareil génital féminin, pouvant inclure les pathologies endocriniennes, les interventions plastiques et reconstructives, et l'oncologie gynécologique. Le service a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès à un plateau médico-technique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Hémato-oncologie	Le service d'hémato-oncologie répond à la définition du service d'oncologie et assure en outre la prise en charge des patients atteints d'affections hématologiques malignes. Il dispose de l'expertise et des équipements propres à la réalisation d'aphérèses, de greffes de cellules hématopoïétiques et de thérapie cellulaire.
Immuno-allergologie	Un service de diagnostic et de traitement prenant en charge des patients affectés de troubles immunitaires, y compris allergiques, et de maladies auto-inflammatoires. Le service dispose de compétences en allergologie, immunologie et rhumatologie et dispense des traitements immuno-modulateurs.
Maladies infectieuses	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections causées par des agents infectieux et, dans certaines conditions, des patients présentant des formes inhabituelles et/ou sévères de maladies infectieuses. Un service de maladies infectieuses dispose de chambres d'isolement à pression négative ; des procédures spécifiques y sont prévues pour la prise en charge des patients contagieux ainsi que pour la prise en charge de maladies causées par des germes émergents, l'admission et le transfert de patients hautement infectieux depuis et vers d'autres services hospitaliers et les structures extra-hospitalières.
Médecine de l'environnement	Un service de diagnostic et de traitement prenant en charge des patients atteints de problèmes de santé liés à l'exposition à des facteurs environnementaux. Il dispose de compétences médicales en médecine de l'environnement et en santé au travail et travaille en lien étroit avec les services de l'Etat et les établissements publics qui analysent l'exposition à des polluants, ainsi qu'avec les services de médecine du travail. Le médecin-spécialiste expérimenté en médecine environnementale collabore à une prise en charge interdisciplinaire en fonction de la symptomatologie du patient et dans le respect des aspects somatiques, psychiques et sociaux du patient. Le service assure les soins ambulatoires et a accès à des lits d'hospitalisation dans un environnement répondant à des critères protecteurs stricts en matière de polluants. Il contribue à une documentation exhaustive des pathologies liées à l'environnement, des expositions à des facteurs environnementaux et des actions entreprises, dans un but de santé publique et d'analyse de son activité en réseau avec d'autres services de médecine environnementale notamment universitaires.
Médecine interne générale	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients adultes présentant une ou plusieurs affections complexes, aiguës ou chroniques relevant d'une discipline médicale, à l'exception des disciplines chirurgicales et psychiatriques, dans le respect de leurs aspects somatiques, psychiques et sociaux et, le cas échéant, par une approche multidisciplinaire



	<p>coordonnée.</p> <p>Un service de médecine interne dispose d'un accès à un plateau médico-technique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles et de liens fonctionnels avec le service des urgences et le service de soins intensifs établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
Néonatalogie intensive	<p>Un service assurant l'accueil, la surveillance et la prise en charge des nouveau-nés, prématurés ou à terme, 24h/24 et 7j/7, qui présentent ou sont susceptibles de présenter des problèmes d'adaptation mettant directement en jeu leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel ou une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel, et qui nécessitent en conséquence le recours à des techniques de surveillance, de suppléance et de soins spécifiques, intensives ou non.</p> <p>Le service de néonatalogie intensive assure également la réanimation postopératoire des nouveau-nés relevant de la chirurgie pédiatrique. Le service est organisé de telle façon qu'il puisse assurer :</p> <ul style="list-style-type: none">- la permanence médicale et de professions de santé sur place permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7- la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, invasives ou non,- l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés,- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des nouveau-nés à la maternité, dans les services d'hospitalisation ou au domicile dès que leur état de santé le permet ;- la surveillance de l'infection nosocomiale. <p>Le service de néonatalogie intensive est en lien direct et fonctionnel avec un service d'obstétrique situé sur le même site ainsi qu'avec toutes les maternités ne disposant pas de service de néonatalogie intensive ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés ex utero vers le service de néonatalogie intensive font l'objet d'une convention et sont portés à la connaissance du public.</p> <p>Le service de néonatalogie intensive dispose de liens fonctionnels directs, sur le même site, avec un service de chirurgie pédiatrique et un service d'imagerie avec compétences en imagerie médicale pédiatrique, ainsi qu'avec un service de soins intensifs pédiatriques.</p>
Néphrologie	<p>Un service de diagnostic, de traitement, de soins et de suivi, de patients atteints d'affections rénales et assurant la prise en charge de patients soumis à un traitement de suppléance rénale à tout stade de leur affection et de leur traitement. Le service de néphrologie dispose d'un accès au plateau médico-technique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles sur le même site, et d'une convention avec un laboratoire d'anatomo-pathologie précisant les critères et les modalités d'analyse des biopsies rénales. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p> <p>Le service de néphrologie dispose de la capacité à assurer l'épuration extra-rénale sur le même site et peut assurer de tels services sur d'autres sites hospitaliers.</p>



Neurochirurgie	<p>Un service assurant le diagnostic, le traitement chirurgical et la prise en charge péri-opératoire des malformations, maladies, traumatismes, y compris leurs séquelles, du système nerveux central, de ses enveloppes, de ses vaisseaux et de ses cavités, ainsi que du système nerveux périphérique et végétatif. Le service de neurochirurgie dispose d'un lien fonctionnel, sur le même site, avec un service de neuro-imagerie interventionnelle, un service de neurologie, un service neuro-vasculaire et un service de soins intensifs pratiquant des soins intensifs spécialisés et neurologie et en neuro-chirurgie ; les critères et les modalités d'accès et de transfert des patients entre ces services font l'objet de dispositions établies en commun. Il participe aux réunions de concertations pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il dispose d'une convention avec un service de réhabilitation neurologique et avec tout service d'orthopédie d'une autre site réalisant des interventions sur le squelette axial, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de neurochirurgie peut être autorisé à pratiquer la chirurgie stéréotaxique à condition de disposer de l'équipement nécessaire.</p>
Neurologie	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections du système nerveux central, périphérique et végétatif, y compris leurs conséquences fonctionnelles. Le service de neurologie a recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie et au soutien psychologique. Le service de neurologie dispose d'un accès à un plateau médico-technique sur le même site, permettant de réaliser des examens d'imagerie par radiographie, scannographie computerisée et résonance magnétique nucléaire, ainsi que des examens fonctionnels d'électromyographie, d'électro-encéphalographie, d'urodynamique et d'analyse du mouvement. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
Neuro-vasculaire (stroke)	<p>Un service fonctionnellement identifié, comprenant des lits de soins intensifs neuro-vasculaires et des lits d'hospitalisation « classiques » dédiés exclusivement à l'accueil 24h/24 et 7j/7 et à la prise en charge aiguë et en temps utile des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux, en lien fonctionnel avec les services de secours, les structures d'accueil des urgences, et les structures de revalidation. Le service stroke a recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie et au soutien psychologique. Il existe deux niveaux de service neuro-vasculaire ; les services stroke de 1^{er} niveau établissent obligatoirement une convention avec un service stroke de 2^{ème} niveau, précisant les critères et les modalités de transfert des patients d'un service à l'autre :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le service stroke de 1^{er} niveau (prise en charge primaire), répondant à la définition ci-dessus, et disposant d'une expertise médicale en pathologie neuro-vasculaire 24h/24 et 7j/7, d'un accès direct à l'imagerie par scannographie computerisée et par résonance magnétique, de critères d'admission et d'évaluation ainsi que de processus standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients atteints d'accident vasculaire cérébral, et se soumettant à une évaluation externe annuelle selon des indicateurs de résultats définis.• Le service stroke de 2^{ème} niveau (prise en charge secondaire), répondant aux critères du service stroke de 1^{er} niveau défini ci-dessus et assurant en outre, sur le même site, la prise en charge des accidents vasculaires hémorragiques et des patients relevant des techniques de neuro-imagerie interventionnelle et de neurochirurgie, et disposant d'un accès direct, sur le même site, à une



	<p>salle d'angiographie numérisée interventionnelle.</p> <p>Les services stroke sont organisés afin de garantir une réhabilitation précoce multidisciplinaire.</p>
Obstétrique (niveau 1 et 2)	<p>Un service de diagnostic, de suivi et de traitement de la femme et de l'enfant durant la grossesse normale et pathologique, ainsi que lors de l'accouchement, et qui assure le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant, par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Le service d'obstétrique doit être accessible 24h/24 et 7j/7 et assure un nombre minimum de 300 accouchements par an.</p> <p>Tout service d'obstétrique a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Le service est en lien direct et fonctionnel avec un service de soins intensifs pour adultes établi sur le même site et avec un service de néonatalogie intensive, situé ou non sur le même site ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés in utero vers une autre maternité et ex utero vers le service de néonatalogie intensive font l'objet d'une convention et sont portés à la connaissance du public.</p> <p>Un service d'obstétrique fait partie intégrante d'une maternité, dont on distingue 2 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none">- une maternité de niveau 1 comporte un service d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales et l'examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité ; si une maternité de niveau 1 réalise plus de 2000 accouchements par an, elle peut assurer le suivi des grossesses pathologiques et disposer d'un secteur de néonatalogie (non-intensive) pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non-intensifs spécialisés ;- une maternité de niveau 2 comporte un service d'obstétrique et un service de néonatalogie intensive pour la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves. <p>Une maternité qui assure moins de 2000 accouchements par an dispose au moins d'une disponibilité 24h/24 et 7j/7 sur appel et dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité, du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et du médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que du médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né ; une maternité de niveau 1 qui assure annuellement 1500 accouchements ou plus, ou une maternité de niveau 2 quel que soit son niveau d'activité, doit disposer d'une présence, 24h/24 et 7j/7 sur le site de l'établissement, d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, d'un médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que de la présence d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né.</p>
Oncologie	<p>Un service de diagnostic et de traitement pluridisciplinaires, de soins et de suivi des affections oncologiques des patients âgés de 18 ans ou plus. Le service d'oncologie est organisé afin d'assurer à chaque patient :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'accès rapide au diagnostic,- l'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire telle que définie dans le règlement grand-ducal du 18 août 2011, selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge et traduite dans un



	<p>programme de soins remis au patient et accepté par celui-ci,</p> <ul style="list-style-type: none">- la mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique publiés ou, à défaut, à des recommandations faisant l'objet d'un consensus des sociétés savantes,- l'accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux et s'il y a lieu, la démarche palliative- l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire en collaboration formelle avec d'autres services hospitaliers, le cas échéant, et, dans tous les cas, avec le secteur des soins primaires. <p>L'établissement hospitalier dispose d'une convention avec un laboratoire d'anatomo-pathologie précisant les critères et les modalités d'analyse des prélèvements, ainsi qu'avec le service de radiothérapie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques en matière d'oncologie, établie par le Comité scientifique et accessible au public.</p> <p>Les services d'oncologie et d'hémo-oncologie sont soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter en tenant compte de l'évidence disponible en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales, définis par le Conseil scientifique composé d'experts nationaux et internationaux. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les 3 années écoulées.</p>
Ophtalmologie	Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des troubles réfractifs, des pathologies médicales et chirurgicales de l'œil et de la sphère péri-oculaire, Il dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de la vue. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
ORL	Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des affections de l'oreille, du nez et des sinus, de la face, de la gorge et du cou. Il a recours aux soins d'orthophonie et dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de l'audition, de l'équilibre et de la voix et de liens fonctionnels étroits avec un service d'imagerie établi sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Orthopédie	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints d'affections innées et acquises de l'appareil musculo-squelettique axial et périphérique. Le service d'orthopédie qui assure une prise en charge interventionnelle des affections du squelette axial dispose de procédures précisant les modalités de prise en charge de ces affections et d'un lien fonctionnel direct avec le service de neurochirurgie ou, dans le cas où ce service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service d'orthopédie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et



	<p>dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
Pédiatrie	<p>Un service axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 18 ans. Le service dispose d'infrastructures, d'équipement et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Il est en lien fonctionnel direct avec un service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique, un service d'urgences pédiatriques, un service de soins intensifs pédiatriques et, le cas échéant, le service de chirurgie pédiatrique, sur le même site. Il dispose d'une structure et de compétences permettant d'offrir l'enseignement aux enfants relevant de traitements hospitaliers dès le 7^{ème} jour, en lien avec l'établissement scolaire habituellement fréquenté par l'enfant.</p> <p>Pour les enfants atteints d'une pathologie chronique grave, le service assure :</p> <ul style="list-style-type: none">- la communication entre, d'une part, l'équipe hospitalière et, d'autre part, les acteurs de première ligne- la continuité du traitement hospitalier lorsque le jeune patient quitte l'hôpital pour poursuivre le traitement à son domicile ou inversement <p>Pour les enfants atteints d'une affection oncologique ou cardiologique faisant l'objet d'une prise en charge à l'étranger, le service assure le transfert vers une structure établie à l'étranger, dont les critères et les modalités sont précisées par convention. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
Pneumologie	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes respiratoires, de leurs voies et de leurs vaisseaux. Les techniques de ventilation mécanique non-invasive, d'oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie et de kinésithérapie respiratoire y sont mises en œuvre. Le service de pneumologie dispose d'un accès à un plateau médico-technique d'imagerie, de bronchoscopie et d'investigations fonctionnelles, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site, qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
Procréation médicalement assistée	<p>Un service réalisant, dans le cadre de la médecine de la reproduction, des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des ovocytes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle.</p> <p>Le service de procréation médicalement assistée dispose d'un lien fonctionnel direct avec un ou des services d'obstétrique, établis ou non sur le même site. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge de la stérilité et assurer aux patients, soit sur le même site et en lien avec son service d'obstétrique, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès au suivi des grossesses à haut risque et au soutien psychologique. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques en matière de procréation médicalement assistée, approuvée par le comité d'éthique national et accessible au public. Il se soumet à un audit externe annuel évaluant le respect des dispositions de cette charte pour l'ensemble de son activité.</p>



Psychiatrie aiguë	<p>Un service assurant la prévention, l'observation, le diagnostic, les soins, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale d'adultes atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service d'urgence et de médecine interne établis sur le même site, ainsi qu'avec un service de réhabilitation psychiatrique, les structures extra-hospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire et les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.</p> <p>Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.</p>
Psychiatrie infantile	<p>Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'enfants âgés de moins de 13 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie et un service de psychiatrie juvénile, un service d'urgence pédiatrique, un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des enfants, les structures extra-hospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.</p> <p>Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge.</p>
Psychiatrie juvénile	<p>Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'adolescents âgés de 13 à 18 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie ou médecine interne, un service d'urgence et un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des adolescents, les structures extra-hospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.</p> <p>Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.</p>
Rééducation gériatrique	<p>Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne fragile d'âge gériatrique, tenant compte de ses spécificités médicales, cognitives, psychiques, sociales, nutritionnelles et culturelles, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'un événement de santé. Le service de rééducation gériatrique travaille en lien fonctionnel avec un service de gériatrie aiguë ou de médecine interne de l'établissement ou établit une convention avec au moins un service de gériatrie aiguë d'un autre établissement, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extra-hospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement</p>



	<p>au moins 2 des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.</p> <p>Un service de rééducation gériatrique peut disposer d'un hôpital de jour accueillant des patients ambulatoires pour rééducation gériatrique.</p>
Soins intensifs	<p>Un service assurant l'accueil, la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillance(s) aiguë(s) d'organe(s), mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.</p> <p>Il assure :</p> <ul style="list-style-type: none">- une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7- la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet.- la surveillance de l'infection nosocomiale. <p>Le service de soins intensifs dispose de liens fonctionnels directs avec le service d'urgence, le cas échéant, avec le service d'imagerie médicale et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des patients présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement. Des conditions particulières aux soins intensifs spécialisés en cardiologie et en neurologie-neurochirurgie peuvent être déterminées.</p>
Soins intensifs pédiatriques	<p>Un service prenant en charge des nourrissons, enfants et adolescents, à partir de la 5^{ème} semaine de vie et jusqu'à l'âge de 18 ans, qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ou dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité. Il assure également la réanimation postopératoire des enfants relevant de la chirurgie pédiatrique.</p> <p>Il assure :</p> <ul style="list-style-type: none">- une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des enfants et adolescents et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7- la mise en œuvre prolongée de techniques invasives spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des enfants et adolescents dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet



	<p>- la surveillance de l'infection nosocomiale.</p> <p>Le service de soins intensifs pédiatriques dispose de liens fonctionnels direct avec les services de secours extrahospitaliers et avec le service des urgences, de néonatalogie intensive, le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des enfants présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs pédiatriques répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement.</p>
Soins palliatifs	<p>Un service destiné à des patients souffrant d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale et dispensant des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la personne soignée, visant à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et de son entourage et comportant le traitement de la douleur et de la souffrance psychique. Le personnel médical et soignant du service atteste d'une formation spécifique en soins palliatifs, conformément aux dispositions prises sur base de l'article 1^{er}, alinea 4 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie. Le service a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale, et dispose de liens fonctionnels étroits avec des services médicaux et chirurgicaux hospitaliers, en particulier les services d'oncologie et d'hémo-oncologie, ainsi qu'avec les prestataires d'aide et de soins extra-hospitaliers, qui précisent les critères et les modalités de transfert des patients.</p>
Traumatologie	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de lésions traumatiques intéressant la peau et les muqueuses, l'appareil musculo-squelettique, les organes internes, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives. Un service de traumatologie dispose d'un lien fonctionnel direct avec le service d'urgence, le service des soins intensifs et le service d'imagerie médicale situés sur le même site. Il dispose en outre d'une convention avec un service de neurochirurgie précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de traumatologie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients.</p>
Urgence	<p>Un service tenu d'accueillir toute personne en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressée. Il doit assurer l'observation, les soins, la surveillance du patient et le cas échéant sa prise en charge diagnostique et thérapeutique jusqu'à son orientation vers le service adéquat. L'organisation de l'orientation du patient vers une autre structure se fait selon des procédures préalablement définies et l'orientation vers un autre établissement fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés.</p> <p>Lorsqu'elle n'a pas lieu dans un service d'urgence pédiatrique, la prise en charge des enfants dans un service d'urgence est organisée en collaboration avec une structure pédiatrique située ou non dans l'établissement ou avec les médecins spécialistes concernés, selon une filière d'accueil et de soins séparée. Lorsque l'activité le justifie, l'accueil des enfants est organisé dans des locaux individualisés de manière à permettre une prise en charge adaptée à leur âge et à leur état de santé. L'organisation est adaptée pour favoriser la présence des proches, et notamment des parents, auprès des enfants pris en charge.</p>



	<p>Le service d'urgences travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale, un plateau technique de chirurgie ainsi qu'à un service de soins intensifs établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers le service de soins intensifs sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement.</p>
Urgence pédiatrique	<p>Un service tenu d'accueillir tout enfant ou adolescent âgé de 0 à 18 ans en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressé, et organisé de manière à permettre une prise en charge spécifique adaptée à leur âge et à leur état de santé 24h/24 et 7j/7. L'organisation du service favorise la présence des proches, notamment des parents de l'enfant ou de l'adolescent lors de sa prise en charge. Il doit assurer l'observation, les soins, la surveillance de l'enfant ou de l'adolescent et le cas échéant sa prise en charge diagnostique et thérapeutique jusqu'à son orientation vers la structure adéquate. L'orientation du patient vers une autre structure de prise en charge se fait selon des protocoles préalablement définis ; l'orientation vers un autre établissement fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés, précisant les modalités et les critères de transfert entre les deux établissements.</p> <p>Le service d'urgence pédiatrique travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale disposant de compétences pédiatriques, à un service de pédiatrie, à un plateau technique de chirurgie pédiatrique et à un service de soins intensifs pédiatriques établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers ces services sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement.</p>
Urologie	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de pathologies innées et acquises de l'appareil et des voies urinaires, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives et l'oncologie de l'appareil urinaire et de ses annexes. Le service d'urologie dispose d'un accès à un plateau médico-technique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il a recours à au moins un médecin spécialiste en urologie disposant d'un agrément pour l'accès à et l'utilisation de l'équipement de lithotritie extracorporelle selon le RGD du 19 septembre 1991.</p>
Hospitalisation de jour	<p>Un service, faisant l'objet de dispositions organisationnelles et fonctionnelles distinctes, où sont dispensées des prestations de soins programmées dont la durée n'excède pas douze heures et qui ne donnent pas lieu à une nuitée. Le service est exploité par le même gestionnaire que celui de l'établissement hospitalier sur le site duquel il se trouve, dont il utilise l'infrastructure et emploie le personnel médical et les professions de santé.</p> <p>Le service dispose de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients et exerce ses activités en lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondants aux domaines d'activité médicale ou chirurgicale couverts, ainsi qu'avec les plateaux médico-techniques associés dans cette prise en charge.</p> <p>On distingue :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le service d'hospitalisation de jour chirurgical, prenant en charge des patients pour des interventions chirurgicales programmées, dans le cadre de procédures établies d'évaluation pré-opératoire, d'admission, de sortie, de continuité des soins



	<p>et de prise en charge de la douleur, en lien fonctionnel et organisationnel direct avec le plateau technique chirurgical de l'établissement dont il dépend. Les modalités d'accès et de transfert des patients entre le service d'hospitalisation de jour chirurgical et le bloc opératoire font l'objet de procédures écrites.</p> <ul style="list-style-type: none">- Le service d'hospitalisation de jour non-chirurgical, prenant en charge des patients pour des actes diagnostiques et thérapeutiques non-chirurgicaux planifiés, dans le cadre de procédures établies d'admission, de sortie et de continuité des soins. Outre le service d'hospitalisation de jour médical, des services d'hospitalisation de jour couvrant les domaines spécifiques de la rééducation, de la psychiatrie et de la pédiatrie peuvent être autorisés.
--	---

Etablissements hospitaliers spécialisés

Cardiologie interventionnelle	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, disponible 24h/24 et 7jours/7, prenant en charge des patients adultes présentant des problèmes cardiaques qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique invasive poussée et/ou nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, y compris la thérapie interventionnelle, l'électrophysiologie et l'implantation d'un stimulateur cardiaque. Le service de cardiologie interventionnelle dispose de liens fonctionnels étroits avec les services de secours, ainsi qu'avec un service de soins intensifs et un service de chirurgie cardiaque établis sur le même site.</p>
Chirurgie cardiaque	<p>Un service prenant en charge des patients présentant des problèmes cardio-vasculaires qui sont de nature à nécessiter un traitement chirurgical invasif, à l'exception de la transplantation et du traitement des anomalies congénitales durant l'enfance. Le service de chirurgie cardiaque pour patients adultes dispose de liens fonctionnels directs avec un service de cardiologie, un service de cardiologie interventionnelle et un service de soins intensifs pratiquant des soins intensifs spécialisés en cardiologie établis sur le même site ; les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.</p> <p>L'autorisation de pratiquer la chirurgie cardiaque ne peut être accordée ou renouvelée que sur base de l'activité annuelle de chirurgie cardiaque pour adultes établie sur base des interventions pratiquées sous circulation extracorporelle ou par la technique à « cœur battant ».</p>
Radiothérapie	<p>Un service assurant, au bénéfice de patients atteints d'affections tumorales, cancéreuses ou hématologiques, des traitements de radiothérapie à visée curative ou palliative, dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie. Le service de radiothérapie participe aux décisions thérapeutiques oncologiques dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires telles que définies par le RGD du 18 août 2011</p> <p>Le service dispose d'une convention avec tous les services d'oncologie autorisés, précisant les critères et les modalités de transfert des patients, et d'un lien fonctionnel étroit avec les soins de santé primaires et spécialisés.</p> <p>Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer</p>



	<p>aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques en matière de radiothérapie oncologique, approuvée par le comité scientifique et accessible au public.</p> <p>Le service de radiothérapie est soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter de l'ordre de 400 traitements par an et par appareil.</p>
Rééducation fonctionnelle	<p>Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne présentant un déficit neurologique, cardiaque ou musculo-squelettique, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'une maladie ou d'un événement de santé. Selon son orientation, le service de rééducation fonctionnelle travaille en lien fonctionnel avec un service de neurologie ou neurochirurgie, de cardiologie ou de cardiologie interventionnelle, d'orthopédie, de rhumatologie et de traumatologie de l'établissement ou établit une convention avec au moins un tel service d'un autre établissement, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extra-hospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins 2 des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique, et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.</p>
Réhabilitation psychiatrique	<p>Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Le service de réhabilitation psychiatrique travaille en lien fonctionnel avec un service de psychiatrie de l'établissement ou établit une convention avec au moins un service de psychiatrie d'un autre établissement, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. L'offre de soins disponible doit couvrir les besoins psychiques, sociaux, éducatifs et thérapeutiques de la population ciblée. En outre, le service dispose de liens fonctionnels avec le secteur extra-hospitalier. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.</p>



4.2.2015

Projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

- Exposé des motifs -

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé a mis en évidence l'importance de l'accès équitable de tous les citoyens à des soins hospitaliers de qualité tout en garantissant une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier.

Dans ce contexte, la prédite réforme a notamment introduit une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier qui doit aller de pair avec une planification pluriannuelle des infrastructures hospitalières, visant une meilleure mutualisation des activités là où elle s'impose.

Un des principaux instruments de la planification hospitalière est le plan hospitalier qui est établi par le présent projet de règlement grand-ducal, et 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.

La loi du 17 décembre 2010 a modifié le fondement légal du règlement grand-ducal visant à établir un plan hospitalier, à savoir l'article deux de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, en ce sens:

„Art. 2. Le ministre ayant dans ses attributions la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers.

Un plan hospitalier national répondant tant aux besoins sanitaires du pays, qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, en coordination avec les autres prestataires de soins de santé, sera établi par règlement grand-ducal, le Collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis, et sur la base des données à fournir par la carte sanitaire du Grand-Duché.

En fonction des besoins sanitaires nationaux, le plan hospitalier:

- *arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants;*
- *définit les différents services hospitaliers pouvant être autorisés, ainsi que pour chacun de ces services le nombre maximal autorisable au niveau national;*
- *définit les différents centres de compétences pouvant être autorisés, ainsi que pour chaque centre de compétences le nombre maximal autorisable au niveau national;*
- *détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.*



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

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

Ainsi, le présent projet de règlement grand-ducal a pour objectif d'établir le troisième plan hospitalier, après ceux de 2001 et de 2009, qui trouve son fondement légal dans la loi modifiée du 28 août 1998.

La Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) a émis son avis concernant le présent projet le 13 janvier 2015 et le Collège médical le 5 novembre 2014. Un débat relatif au projet de plan hospitalier eu également lieu en assemblée plénière de la Chambre des députés le 17 novembre 2014. Le projet de règlement grand-ducal entend tenir compte des observations pertinentes qui ont été émises lors de cette phase de consultation. A cet effet, notamment, des définitions de service ont été adaptées et le commentaire des articles du présent projet de règlement grand-ducal a été complété par des explications quant au nombre et aux définitions des différents services médicaux.

Conformément à l'article 3 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, le nouveau plan hospitalier tient encore compte des données mentionnées par la nouvelle carte sanitaire qui établit un état des lieux, c.-à-d. une photo momentanée, du secteur hospitalier luxembourgeois.

L'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit également que le plan hospitalier prenne en considération les besoins sanitaires du pays et les articles 5 et 6 de la même loi précisent que l'autorisation d'exploitation ou d'extension d'un hôpital ou d'un service médical est accordée si l'opération envisagée répond aux besoins de la population fixés dans le plan hospitalier.

Afin de déterminer les prédicts besoins sanitaires nationaux, la Ministre de la Santé a mis en place et dirigé un groupe de travail pluridisciplinaire composé de représentants du Ministère de la Santé et de la Direction de la Santé. Une concertation a également eu lieu avec le Ministre de la Sécurité sociale.

Lors de son entrée en fonction, la Ministre de la Santé a également eu des entrevues avec les représentants des directions de tous les établissements hospitaliers afin de discuter de leurs orientations stratégiques même s'il convient de rappeler à cet endroit que le plan hospitalier a comme objectif principal de tenir compte des besoins en soins hospitaliers de la population luxembourgeoise.

Par ailleurs, le Ministre de la Santé précédent avait chargé un bureau d'experts suisses «*Lenz Beratungen und Dienstleistungen*» (Lenz) de procéder à une analyse globale des soins de santé en milieu hospitalier afin d'en dégager nos besoins actuels et futurs de même que déterminer ces besoins à l'horizon de l'année 2020.



Les conclusions des experts suisses ont été compilées dans un rapport, ci-après dénommé «*rapport Lenz*», qui a été finalisé en décembre 2012 et qui a fait l'objet d'un débat de consultation à la Chambre des députés en date du 2 juillet 2013.

Le rapport Lenz a en premier lieu procédé à une analyse de l'activité médicale hospitalière stationnaire des dernières années pour ensuite établir, en tenant compte de l'évolution démographique et médicale, une estimation des besoins de soins de santé en milieu hospitalier à l'horizon 2020.

Ce rapport, qui doit être considéré comme une vue extérieure d'experts étrangers sur la globalité de l'offre et des prestations de santé en milieu hospitalier, constitue une analyse qui dépasse le champ d'application que le règlement grand-ducal établissant le nouveau plan hospitalier est habilité à régler par son fondement légal (article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers).

Cependant, ce rapport constitue un document de travail utile et neutre, car rédigé par un tiers indépendant par rapport à notre milieu hospitalier.

En ce qui concerne les soins aigus et les établissements hospitaliers dispensant de tels soins, le rapport Lenz conclut que le nombre de lits aigus prévu au plan hospitalier 2009 (2.282 lits aigus) est suffisant, voire même excédentaire de quelque 300 lits, pour répondre aux besoins des patients hospitaliers au Luxembourg jusqu'en 2020.

Ainsi, pour les experts suisses, il n'y a pas lieu d'augmenter le nombre de lits par le présent plan hospitalier. En effet, ils estiment qu'il y a une certaine surcapacité du nombre de lits aigus alors même qu'il y aura dans les prochaines années une augmentation des cas d'hospitalisation due à un accroissement et un vieillissement de la population résidente mais que parallèlement la durée moyenne de séjour hospitalier sera raccourcie et un certain nombre de prises en charge actuellement prestées en milieu stationnaire, mais de court séjour (2-3 jours), pourront, et devront, se faire en milieu ambulatoire grâce aux progrès de la médecine ainsi qu'aux développements techniques dans le domaine médical.

Sur base des données de la carte sanitaire et de la comparaison de ces données avec celles des pays voisins, une diminution légère du nombre actuel de lits aigus est justifiée. En effet :

- bien que le nombre total de lits hospitaliers au Luxembourg ne soit que de 5,4/1000 habitants en 2010, comparé à 6,4 en France et en Belgique et à 8,2 en Allemagne (nombre le plus élevé des pays européens de l'OCDE), le nombre de lits hospitaliers aigus (soins curatifs) est de 4,16/1000 habitants au Luxembourg, contre 4,1 en Belgique, 3,46 en France, et 5,33 en Allemagne;
- le taux d'occupation des lits aigus (soins curatifs) est de 72% en 2011 au Luxembourg, contre 74% en France, 78% en Belgique et 79% en Allemagne; la littérature internationale indique que des blocages à l'admission de patients et aux flux de ces derniers ne surviennent qu'au-delà d'un taux d'occupation de 90% ; un taux d'occupation de 85% est



considéré comme compatible avec l'impératif de sécurité des patients (le Royaume-Uni et la Suisse ont respectivement un taux d'occupation des lits aigus de 84 et 88%) ;

- le taux d'interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation de jour reste au Luxembourg (avec une croissance annuelle très modérée de 7,3% durant la dernière décennie) largement inférieur à celui des pays voisins : en 2010, seulement 49% des chirurgies pour cataracte y étaient réalisées en chirurgie de jour, contre 80,1% en France et 93,4 en Belgique ;
- le nombre de séjours hospitaliers aigus a décru de près de 20% durant la dernière décennie au Luxembourg (contrairement aux autres pays Européens) et se situe en 2010 à 15,6 séjours/100 personnes, contre 16,4 séjours en Belgique, 18,1 séjours en France et 22 séjours en Allemagne.

La diminution du nombre de lits aigus se fera progressivement depuis l'entrée en vigueur du présent projet de règlement grand-ducal jusqu'à la date du 1^{er} janvier 2017.

Par ailleurs, l'évidence du «*Pas tout partout*» s'est dégagée aussi bien de la carte sanitaire que du rapport Lenz et des discussions au sein du groupe de travail visant à élaborer le nouveau plan hospitalier.

Ainsi, le nouveau plan hospitalier entend 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 a dès lors au préalable identifié 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.

Suivant une lecture combinée des articles 2 et 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, le plan hospitalier retient les pathologies ou groupes de pathologies dans lesquels des centres de compétences pourront être autorisés par le Ministre de la Santé.

Ainsi, l'article 9 du présent projet de règlement grand-ducal vise à déterminer ces pathologies pour lesquelles des centres de compétences pourront être créés en se fondant non seulement sur les propositions de concentration des experts suisses mais aussi sur la carte sanitaire ainsi que sur les discussions et suggestions faites au sein du groupe de travail multidisciplinaire. Les critères qui ont présidé à l'élaboration de la liste de l'article 9 sont: l'impact de la pathologie concernée sur la population (fréquence, fardeau humain), la dimension nationale de cette problématique de santé, l'existence de variations inappropriées de prise en charge, l'importance ou 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, sa faisabilité (et ses probabilités de succès). Une fois déterminé les types de pathologie pour lesquels des centres de compétences pourront être créés pour en assurer la prise en charge, l'initiative revient à la fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL): l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitalier prévoit que la demande d'autorisation d'instaurer un centre de



compétences est introduite par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois sous forme d'un projet de centre de compétences.

Dans le domaine des soins psychiatriques, le présent projet de règlement entend promouvoir le développement de la prise en charge psychiatrique ambulatoire, notamment pour la prise en charge des patients alcooliques ou drogués. Concernant le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) qui prend en charge un certain nombre de patients pour une durée prolongée, c.-à-d. au-delà de la durée d'hospitalisation de moyen séjour, comme par exemple les patients placés par les juges au CHNP sous le régime de l'article 71 du Code pénal (personnes déclarées pénalement irresponsables) ou les patients atteints d'un syndrome de Korsakoff sévère etc., le présent projet de plan hospitalier entend tenir compte de l'évolution de la patientèle du CHNP par l'attribution d'un certain nombre de lits d'hospitalisation de longue durée tout en procédant à une diminution de nombre de lits de réhabilitation psychiatrique.

En ce qui concerne les besoins en soins hospitaliers de réhabilitation ou de rééducation, le rapport Lenz retient un potentiel de développement de la prise en charge ambulatoire dans certains domaines de rééducation (ex. en orthopédie). Par ailleurs, le groupe de travail a constaté qu'il existe au Luxembourg un besoin de lits pour des patients qui se trouvent dans un état de coma prolongé ou neuro-végétatif. Le présent projet de règlement grand-ducal entend tenir compte de tous ces besoins.

Le présent projet prévoit la réorientation des missions de la Clinique Ste Marie vers le domaine de la gériatrie non-aiguë et de la prise en charge de patients se trouvant en coma prolongé ou neuro-végétatif. Il est à noter dans ce contexte que le rapport Lenz déconseille fortement d'installer un hôpital gériatrique aigu à la Clinique Ste Marie alors qu'un tel hôpital nécessiterait, à côté des services spécialisés dans la prise en charge de la personne âgée, également la présence d'autres services médicaux se trouvant dans un hôpital aigu classique, ainsi que le prévoient d'ailleurs les dispositions des pays voisins en matière de gériatrie aiguë.

Par ailleurs, plus aucune autorisation ne sera accordée ou prolongée au profit du Centre hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman pour l'exploitation d'un service hospitalier sur le site de la Clinique Ste Marie au-delà de la date du 31 décembre 2019. Par contre, les lits de réhabilitation gériatrique (40 lits) et les lits d'hospitalisation de longue durée (20 lits) de la Clinique Ste Marie, seront alors attribués au Centre hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman qui pourra les affecter à un autre de ses sites (ZITHA ou HK).

Le présent projet de règlement grand-ducal reprend aussi les missions «classiques» des précédents plans hospitaliers (2009 et 2001) à savoir le classement des établissements hospitaliers (annexe 1) en hôpitaux, établissements hospitaliers spécialisés aigus ou de réhabilitation et autres établissements hospitaliers et l'attribution d'un nombre maximal de lits autorisables à ces établissements (annexe 2).

Il est à noter que suite à la fusion entre la ZithaKlinik (Zitha) et les établissements hospitaliers gérés par la fondation François Elisabeth, récemment renommée Fondation Robert Schuman, (HK-Clinique Bohler-Clinique Ste Marie) et aux autres fusions d'établissements hospitaliers qui ont eu lieu ces dernières années tous les hôpitaux sont classés et regroupés en centres hospitaliers.



Par contre, le fait que le présent projet de règlement grand-ducal ne se limite pas uniquement à une simple énumération des différents services médicaux et de leur nombre maximal autorisable au niveau national, mais établit aussi des définitions des différents services médicaux, constitue une réelle nouveauté et une plus-value certaine. Ces définitions peuvent contenir certains éléments préliminaires de normes organisationnelles ou fonctionnelles auxquelles ces services devront obéir pour être autorisés, ce qui explique la référence à l'article 10 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (normes de services) au préambule du présent projet. Les liens qui devront être établis entre les services hospitaliers y sont mentionnés afin que ces définitions répondent à l'objectif de faire progresser la coopération entre les différents prestataires de soins en milieu hospitalier.

Par ailleurs, il établit une définition plus détaillée des emplacements et une première définition des services d'hospitalisation de jour visant à tenir compte du développement de la prise en charge ambulatoire et des activités médicales ambulatoires en milieu hospitalier. Le virage ambulatoire déjà amorcé dans le plan hospitalier de 2009 est également accentué par une légère diminution du nombre des lits aigus dans l'intérêt du développement de la prise en charge ambulatoire, tout en laissant la flexibilité nécessaire aux établissements hospitaliers pour les propositions d'emplacements. Néanmoins, pour que ce virage ambulatoire puisse sortir pleinement ses effets suite à l'adoption du présent projet de plan hospitalier, les modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies devront être considérés au niveau des nomenclatures et de la budgétisation des hôpitaux.

Le présent projet de règlement grand-ducal prévoit encore que chaque établissement hospitalier ne sera autorisé à exploiter qu'un seul service médical du même type avec possibilité d'instaurer une antenne du service s'il remplit certaines conditions prévues à l'article 13 du présent texte. Ce principe vaut également en cas de fusions d'hôpitaux.

Par ailleurs, le principe des régions hospitalières a été régulièrement critiqué, notamment par le Conseil d'Etat qui estimait que la hiérarchie des normes n'était pas respectée du fait que la répartition des établissements hospitaliers en fonction de régions hospitalières devrait être établie dans la loi sur les établissements hospitaliers et non dans un règlement grand-ducal. Le présent plan hospitalier ne définira dès lors plus les régions hospitalières, tout en veillant à un accès équitable aux soins hospitaliers pour la population des différentes régions du pays.

En conclusion, le nouveau plan hospitalier ne remet pas en cause les principes et les équilibres qui ont fait leurs preuves, mais il procède à une adaptation de cet instrument de planification aux besoins de santé de la population luxembourgeoise auxquels le milieu hospitalier est appelé à répondre.



4.2.2015

Projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

- Commentaire des articles -

Article 1^{er}

Cette disposition énumère les différents types de lits qui sont repris à l'annexe 2 et dont le nombre maximal est fixé pour chaque établissement hospitalier à la même annexe 2.

Les définitions des lits aigus, lits de moyen séjour et lits de convalescence restent inchangées par rapport à celles de l'article 2 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures ci-après désigné comme «règlement grand-ducal du 13 mars 2009».

Il en est de même pour la notion d'emplacement, dont le texte est également repris de l'article 2 et de l'annexe 5 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009, sauf que la liste des activités médicales liées à ces emplacements a été complétée.

La notion de lits de rééducation et de réhabilitation s'inspire quasi-littéralement de la définition mentionnée à l'article 2, point c.) du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier national.

Le tableau 3.) b) de l'annexe 2, dédiée aux nombres et types de lits de moyen séjour ainsi qu'aux lits d'hospitalisation de longue durée, s'inspire également de l'annexe III du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 précité.

Le nombre de lits maximal autorisable par établissement hospitalier est déterminé à l'annexe 2. La base de départ constitue la dotation maximale de lits autorisable selon l'annexe 2 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009. Or, il faut mentionner que le nombre de lits inscrits à l'annexe 2 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 était un maximum théorique de lits autorisable pour les différents établissements hospitaliers mais en pratique dans certains établissements hospitaliers le nombre de lits hospitaliers réellement à disposition des patients est moindre que ce nombre théorique. Ainsi, par exemple, la Clinique Ste Marie (CSM) aurait pu se voir attribuer théoriquement 118 lits aigus selon règlement grand-ducal du 13 mars 2009 mais, suite aux travaux de modernisation autorisés et réalisés, elle ne dispose en réalité que de 99 lits.

Un nouveau type de lits est défini au dernier alinéa point c) de l'article 1^{er}, à savoir les lits d'hospitalisation de longue durée.



En effet, aussi bien le rapport du bureau d'expertise Lenz que la carte sanitaire ont fait apparaître un besoin national en lits pour 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.

Ainsi, on peut citer comme exemple un certain nombre de patients du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) qui souffrent de troubles psychiatriques graves et qui sont placés pour une longue durée dans le prédit établissement hospitalier (ex. certains patients sous le régime de l'article 71 du Code pénal ou certains patients atteints du syndrome de Korsakoff etc.), des patients handicapés violents et souffrant de troubles psychiatriques graves. Mais sont également visés des patients d'hôpitaux ou du Centre National de rééducation fonctionnelle, 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 capacité de prise en charge médico-soignante pouvant leur être offerte dans une maison de soins. Cette liste n'est pas exhaustive.

L'accord de l'Administration du Contrôle médical sera nécessaire afin que ces lits d'hospitalisation de longue durée soient occupés par des patients qui nécessitent effectivement ce type de prise en charge. L'hôpital auquel sera attribué ce nouveau type de lits devra également y accueillir des patients issus d'autres établissements hospitaliers, et non uniquement de ses différents sites, si ces patients rentrent dans les critères pour occuper un tel lit (ex. un patient qui se trouve dans un coma prolongé).

Selon l'annexe 2, point b), il est notamment prévu d'attribuer 20 lits d'hospitalisation de longue durée à la CSM. Selon la définition des lits d'hospitalisation de longue durée ceux-ci sont disponibles pour tous les patients au niveau national nécessitant un tel lit.

Par ailleurs, l'article 1^{er} précise que les lits-portes dans les services d'urgences ainsi que les emplacements qui se situent principalement dans les services d'hospitalisation de jour ne sont pas comptabilisés dans le nombre des lits des établissements hospitaliers et leur nombre ne sera dès lors pas fixé à l'annexe 2, ceci dans l'objectif de ne pas mettre de frein à leur développement et au recours à l'hospitalisation de jour.

Les lits de soins intensifs font partie du contingent de lits aigus.

Article 2

L'article 1^{er} de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers distingue déjà entre différents types d'établissements hospitaliers, à savoir:

- a) les hôpitaux,
- b) les établissements hospitaliers spécialisés,
- c) les établissements d'accueil pour personnes en fin de vie,
- d) les établissements de convalescence,
- e) les établissements de cures thermales,
- f) les centres de diagnostic.

Tous ces établissements sont qualifiés dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers d'«*établissements hospitaliers*».



Ainsi, la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitalier procède déjà à un premier classement des établissements hospitaliers.

Le présent règlement grand-ducal entend partir de cette division fondamentale introduite par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers entre hôpitaux, établissements hospitaliers spécialisés et les autres établissements hospitaliers pour procéder à un classement des établissements hospitaliers existants.

L'article 2 précise que les établissements hospitaliers sont classés selon l'étendue des missions qu'ils ont vocation à assurer dans la prise en charge coordonnée des patients ainsi que du nombre de lits qui leurs sont attribués.

L'annexe 1 reprend ce classement.

Article 3

La définition de «centre hospitalier» s'inspire de la définition du centre hospitalier régional de l'article 5 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009, sauf en ce qui concerne la référence aux régions hospitalières qui n'a plus été reprise dans le cadre du présent règlement. Il est entendu que la planification hospitalière respectera les équilibres régionaux et ne remettra pas en cause le principe de la proximité des soins ainsi que de l'accès équitable à des soins hospitaliers de qualité sur tout le territoire

Selon l'annexe 1, sont classés «Centres hospitaliers», le Centre hospitalier de Luxembourg (CHL), le Centre hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman (CHRS), le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) et le Centre hospitalier du Nord (CHDN).

Les hôpitaux sont dès lors regroupés en quatre centres hospitaliers.

Ainsi, suite à la fusion entre la ZithaKlinik (Zitha) et les établissements hospitaliers gérés par la fondation François Elisabeth, récemment renommée Fondation Robert Schuman, (HK-Clinique Bohler-Clinique Ste Marie) et aux autres fusions d'établissements hospitaliers ayant eu lieu depuis l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 13 mars 2009, tous les hôpitaux sont classés et regroupés en centres hospitaliers.

Il est à noter que le CHRS se compose de l'Hôpital Kirchberg, la Clinique privée du Dr E. Bohler, de la ZithaKlinik ainsi que la Clinique Ste Marie. Ces établissements ont tous leur propre personnalité morale et juridique. Lesdits établissements sont tous gérés et contrôlés par le même gestionnaire, à savoir la Fondation Robert Schuman (anciennement François Elisabeth), et ils ne constituent dès lors qu'un seul centre hospitalier selon la définition de l'article 3.

Par ailleurs, conformément au dernier alinéa de l'article 7 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009, la catégorie de l'hôpital de proximité n'existe plus depuis le 1^{er} janvier 2014.

Les régions hospitalières ont également été abandonnées dans le cadre du présent règlement de sorte que la Clinique Ste Marie fait partie du CHRS.

La prédite clinique concentrera au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2017 son activité médicale au seul domaine de la gériatrie non aiguë ainsi que de la prise en charge de patients se trouvant en coma prolongé ou neuro-végétatif.

Ainsi, comme l'avait déjà mentionné le Conseil d'Etat dans son avis n° 48.152 du 19 décembre 2008, le terme centre hospitalier «ne se rapporte pas à une unité centralisée en un lieu étant donné que l'établissement peut développer ses activités sur plusieurs sites».



Articles 4 à 6

L'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers définit comme établissement hospitalier spécialisé, *«tout établissement qui répond aux besoins spécifiques de certaines disciplines ou à des affections particulières.»*

Parmi les établissements hospitaliers spécialisés on peut distinguer entre :

- les établissements qui ont une mission spécialisée de soins aigus à vocation nationale et qui offrent une palette de soins aigus exclusive à leurs patients, à savoir l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI) et le Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB);
- les établissements qui ont une mission spécialisée de réhabilitation ou de rééducation à vocation nationale et qui offrent une palette de soins de réhabilitation ou de rééducation exclusive à leur domaine médical, à savoir le Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation (CNRFR) et le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP).
- les établissements qui ont une mission de rééducation ou de réhabilitation qui n'est pas à vocation nationale c-à-d. qui ne dispensent pas une palette de soins de réhabilitation ou de rééducation spécifique dans leur domaine, à savoir l'Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS) qui dispense des soins de réhabilitation gériatrique, tout comme le CHEM sur son site de Dudelange, le CHRS sur ses sites de la ZITHA et de la CSM ainsi que le CHDN sur son site de Wiltz.

Selon l'article 5 aucune autorisation d'exploitation pour un établissement hospitalier spécialisé de soins aigus ne peut être délivrée ou prolongée pour une période dépassant le 31 décembre 2016 à condition que le centre de compétences au point b), respectivement au point f) de l'article 9 soit réalisé.

En effet, l'article 9 prévoit notamment la création d'un centre de compétences dans la prise en charge du cancer du sein et d'un centre de compétences dans la prise en charge de certains autres cancers tout comme un centre de compétences dans le domaine des problèmes cardiaques.

Même si selon l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, l'initiative de soumettre une demande en vue de la création d'un centre de compétences relève de la fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL), les auteurs du présent texte sont d'avis que l'intégration de l'Institut national de chirurgie cardiaque interventionnelle (INCCI) ainsi que du Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB) dans un centre de compétences «problèmes cardiaques» respectivement un centre de compétences «cancérologie» serait tout à fait justifiée.

Par ailleurs, aussi bien la CNS que l'IGSS, préconisent, notamment dans le rapport de l'IGSS d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers de 2012, une fusion entre l'INCCI et le CHL ainsi que l'intégration du CFB dans le CHEM alors que *«les frais généraux et administratifs représentent une part plus importante dans le budget des petites structures que dans celui des grandes structures, étant donné que certaines tâches sont incompressibles nonobstant la taille de l'établissement. Dans un souci d'efficacité il conviendrait de fusionner certains établissements, afin de réduire les coûts administratifs. Cette question se pose surtout pour des établissements monospécialisés qui sont implantés sur le même site qu'un plus grand établissement (CFB et CHEM, INCCI et CHL, HK et Bohler) ».*



Par ailleurs, les auteurs du présent projet règlement grand-ducal entendent soutenir de telles fusions à condition que l'INCCI et le CFB intègrent un centre de compétences.

Par ailleurs, l'article 6 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose qu' :

«en cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation, le ministre de la Santé fixe le délai endéans lequel l'hôpital ou le service hospitalier doit être fermé. Ce délai ne peut être inférieur à deux ans dans le cas d'un hôpital ou d'un ensemble d'au moins trois services hospitaliers, ni inférieur à un an dans le cas d'un service hospitalier unique ou d'un ensemble de moins de trois services. L'autorisation d'exploitation devient caduque pour l'établissement ou la partie de l'établissement visé au terme du délai fixé en vertu de l'alinéa qui précède. Aux termes de ce délai l'organisme gestionnaire doit cesser l'exploitation.»

Ainsi, les auteurs du présent projet estiment qu'il serait souhaitable qu'un tel rapprochement entre INCCI et CHL ainsi que CFB et CHEM de même que l'intégration desdits établissements hospitaliers spécialisés dans un centre de compétences soient réalisés avant la fin de l'année 2018.

Article 7

L'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie, à savoir la Maison Omega 90 a.s.b.l. (Omega 90), l'établissement de convalescence, à savoir le Centre de Convalescence Emile Mayrisch de Colpach (CCEM) et l'établissement de cures thermales, à savoir le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains (CTM) ne font pas l'objet d'un classement plus détaillé.

Les prédits établissements sont repris sous la catégorie d'«autres établissements hospitaliers» à l'annexe 1, tout comme cela était déjà le cas dans l'annexe 1 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009.

Le Conseil d'Etat estima déjà dans son avis n° 45.289 du 5 avril 2001 que des critères supplémentaires de classement ne s'imposent pas pour l'établissement de convalescence ainsi que pour l'établissement de cures thermales (la Maison Omega 90 n'étant pas encore à l'époque qualifiée d'établissement hospitalier).

Article 8

Cette disposition reprend le libellé de l'article 10 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009.

Article 9

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la Sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers a introduit un nouvel article 26bis dans la prédite loi du 28 août 1998 dont le 1^{er} alinéa est libellé comme suit :

«Un «centre de compétences» au sens des articles 2 et 3 est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies.»



Le Conseil d'Etat précisa dans son avis du 23 novembre 2011 (doc. parl. 6196-3, page 24) que *«la mise en place d'un centre de compétences devra être guidée par les besoins sanitaires nationaux et les centres de compétences autorisés seront par conséquent inscrits dans le plan hospitalier.»*

Une fois déterminé dans la prise en charge de quels types de pathologies des centres de compétences pourront être créés, l'initiative revient à la fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) alors que l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose que *«la demande d'autorisation est introduite par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois sous forme d'un projet de centre de compétences.»*

Ce projet précise:

- *les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté;*
- *les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés;*
- *les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le centre;*
- *les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du centre;*
- *les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le centre;*
- *l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science;*
- *la composition du conseil scientifique;*
- *le contenu minimal du rapport d'activité annuel;*
- *les modalités d'accompagnement par un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.»*

Finalement, suite à une telle demande de création d'un centre de compétences soumise par la FHL au ministre, ce dernier pourra accorder ou refuser la création d'un centre de compétences dans les domaines médicaux visés au présent article.

En résumé, la présente disposition vise à déterminer les pathologies ou groupes de pathologies pour lesquels des centres de compétences seront susceptibles d'être autorisés par le ministre suite à une demande de la FHL ainsi que le nombre de ces différents types de centres de compétences.

Un tel centre de compétences vise à organiser et mettre en œuvre une filière de soins hautement spécialisée et interdisciplinaire autour d'une pathologie ou d'un groupe de pathologies mentionné au présent article, filière à laquelle pourront, contrairement à un service national, être associés plusieurs services médicaux ou hôpitaux. Par ailleurs, les services médicaux faisant partie d'un centre de compétences pourront être localisés dans un seul établissement hospitalier ou éventuellement, pour certains centres de compétences, être localisés dans plusieurs établissements hospitaliers.

Il est évident, que si un centre de compétences était créé dans le domaine de la cancérologie, les établissements hospitaliers pourront néanmoins continuer à assurer dans leur service



d'oncologie des prises en charge des maladies oncologiques qui ne relèvent pas de ce centre de compétences.

Par ailleurs, les centres de compétences nouvellement créés ne seront pas à considérer comme un nouveau type d'établissement hospitalier et ils ne revêtiront pas une personnalité juridique propre. En effet, 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, assisté par un Conseil scientifique.

Article 10

Cette disposition s'inspire du libellé de l'article 12 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 et limite les autorisations de création et d'extension d'établissements hospitaliers, aux termes de l'article 4 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, aux projets de modernisation, d'extension ou de mise en sécurité de structures existantes, aux projets de nouvelles constructions en rapport avec des synergies et coopérations dans le cadre du présent plan hospitalier et aux réaménagements favorisant l'hospitalisation de jour et la prise en charge ambulatoire.

Dès lors aucune création d'un nouvel établissement hospitalier ne sera autorisée sauf ceux prévus par la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers ou par toute autre loi autorisant le financement d'un nouvel établissement hospitalier.

Article 11

La présente disposition indique que la dotation maximale du nombre de lits autorisable par établissement hospitalier est fixée à l'annexe 2.

La carte sanitaire, le rapport d'expertise LENZ et les discussions entre experts qui ont participé aux travaux d'élaboration du présent règlement grand-ducal ont conclu que certaines pathologies devraient plutôt bénéficier d'une prise en charge hospitalière ambulatoire au lieu d'une prise en charge en milieu stationnaire.

La volonté politique de favoriser la prise en charge ambulatoire de certaines pathologies en milieu hospitalier avait déjà été exprimée dans le plan hospitalier de 2009.

Les auteurs du présent texte ont souhaité accentuer ce virage ambulatoire en milieu hospitalier en réduisant légèrement et progressivement le nombre des lits stationnaires jusqu'au 1^{er} janvier 2017 afin que les établissements hospitaliers entament dans les prochaines années la conversion d'un certain nombre de lits aigus en emplacements dédiés à une prise en charge ambulatoire.

Dans le même ordre d'idées le présent règlement vise à définir pour la première fois des services d'hospitalisation de jour (cf. annexe 5 définition des services) et d'en indiquer le nombre maximal autorisable au niveau national (annexe 3).

Le Conseil d'Etat avait qualifié dans son avis n° 48.152 du 19 décembre 2008, de «services communément dénommés hôpitaux de jour» et qui seront aptes à favoriser une telle prise en



charge ambulatoire aussi bien dans des domaines chirurgicaux que non chirurgicaux (médecine générale, psychiatrie, gériatrie etc.).

Ainsi, les auteurs du présent règlement grand-ducal partagent les observations formulées par le Conseil d'Etat dans son prêté avis en ce qui concerne les services d'hospitalisation de jour qui avait indiqué que *« l'hospitalisation de jour, notamment dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, fait partie des missions des établissements hospitaliers et doit leur être réservée. Il n'y a ainsi pas lieu d'autoriser des centres de chirurgie ambulatoire en milieu extra-hospitalier, qui mèneraient à une dispersion des efforts d'investissements publics en matière de santé et risqueraient ainsi de mettre en péril une couverture adéquate des besoins sanitaires assurée par les établissements hospitaliers sous l'égide de la planification hospitalière. Les structures hospitalières sont les mieux placées pour assurer le développement de la chirurgie ambulatoire, y compris la prise en charge des complications post-opératoires, grâce à leur aptitude à assurer une continuité des soins adéquate. »*

Pour que ce virage ambulatoire sorte ses pleins effets, il devra s'accompagner d'incitatifs à l'attention des prestataires et des patients afin de favoriser une prise en charge ambulatoire de certaines pathologies.

Article 12

Cet article reprend le libellé du paragraphe 3 de l'article 14 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009. L'initiative de convertir un certain nombre de lits aigus en emplacements reste toujours auprès des hôpitaux qui devront faire une demande en ce sens.

Article 13

Les articles 4 à 8 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers indiquent un certain nombre de règles à respecter lors de la création ou de la prorogation d'autorisations de services.

L'article 16 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 prévoyait que chaque établissement qui demandait une autorisation de service soumettrait au ministre un projet de service et que l'approbation du projet de service par le ministre était une condition préalable à l'obtention de l'autorisation d'exploitation du même service.

Le Conseil d'Etat exprima dans son avis n° 48.152 du 19 décembre 2008 des critiques quant à cette procédure alors qu'il estimait que le fait que le projet de service doive préalablement être approuvé par le ministre pour qu'il y ait autorisation d'exploitation dépasse le cadre légal fixé par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers en matière d'autorisation d'exploitation de services.

Le Conseil d'Etat reconnaissait néanmoins l'intérêt d'élaborer un projet de service afin qu'un établissement hospitalier décline les objectifs et les besoins de chaque service.

Les auteurs du présent projet entendent tenir compte de ces observations en retenant que toute demande de création, d'extension et de modification substantielle d'un service médical ou de prorogation d'autorisation d'un service médical soumise au ministre devra être accompagnée, pour chaque service médical, d'un projet de service.

Par ailleurs, l'article 19, alinéa 2, point 3 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit que la commission permanente pour le secteur hospitalier a



pour mission d'aviser les demandes d'autorisation, de cessation d'exploitation totale ou partielle ainsi que de suppression ou de réduction de services. La commission peut en outre, sur demande du ministre de la Santé ou du ministre de la Sécurité sociale ou de sa propre initiative, proposer au ministre les voies et moyens d'ordre sanitaire, financier ou administratif portant amélioration du système et des services hospitaliers.

L'article 13 sous rubrique indique également qu'une antenne d'un service médical peut être autorisée sur un autre site que celui sur lequel se trouve le service médical « principal » sous certaines conditions restrictives, dont notamment l'obligation pour le service principal d'avoir été préalablement autorisé et de démontrer que l'activité médicale dans le service principal autorisé est tellement importante qu'une antenne de service s'avère nécessaire sur un autre site du même établissement hospitalier.

La possibilité de créer des antennes de services était déjà prévue par l'article 17, paragraphe 2, du règlement grand-ducal du 13 mars 2009, sans être liée à des conditions particulières.

Article 14

Cette disposition s'inspire des paragraphes 1 à 3 de l'article 17 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009.

Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service médical de la même nature et sur un site unique sauf pour les établissements multi-sites pour lesquels une antenne d'un service peut être autorisée, sous certaines conditions restrictives mentionnées à l'article 13 alinéa 3, sur un autre site que celui qui héberge le service principal.

Article 15

Cette disposition reprend le libellé de l'article 20 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 et a trait aux équipements et appareils soumis à planification, énumérés à l'annexe 4.

Ces équipements 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 à noter que l'annexe 4 du présent règlement prévoit toujours la *«participation financière à des projets à portée nationale visant l'interopérabilité des systèmes d'information des établissements hospitaliers ou visant l'échange de données de santé avec des systèmes d'information extrahospitaliers»*. Ces projets resteront dès lors à charge du budget du ministère de la santé.

Articles 16 à 18

L'article 17 du présent règlement grand-ducal reprend le libellé de l'article 22 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009.

Les articles 16 et 18 du présent règlement grand-ducal modifient les articles 21 et 23 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009.

En effet, lors de la réforme de notre système de santé en 2010, un nouvel article 23 a été introduit dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers avec la teneur suivante :

«Dans chaque hôpital, groupement d'hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des



risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

La coordination nationale des structures visées à l'alinéa qui précède est assurée par le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l'Etat.

Un règlement grand-ducal précise les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination, ainsi que l'indemnité des membres du Comité national de coordination.»

Cet article 23 qui constitue notamment le fondement légal du comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières a été introduit de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers avec l'argumentaire: « *Ce comité national est déjà prévu au plan hospitalier actuellement en vigueur et voit conférer maintenant sa base légale dans la loi sur les établissements hospitaliers. Il assure :*

- *la coordination et le suivi des structures, processus et procédures mis en place par les établissements hospitaliers en matière de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations,*
- *ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.»(doc. parl. 6196).*

Il n'y a pas d'autres commentaires ni du Gouvernement ni du Conseil d'Etat concernant cette disposition.

Ainsi, il y a deux niveaux d'organes de promotion de la qualité des prestations hospitalières :

1. chaque établissement hospitalier dispose d'un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières qui doit notamment veiller à l'évaluation et à la promotion de la qualité dans son établissement (article 16),
2. au-dessus de ces structures «locales» de promotion de la qualité, est prévue une structure nationale, le comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières (article 18).

Or, ce comité national mentionné au point 2. peut exercer sa mission de coordination des structures des comités d'évaluation établies que si la politique de promotion des qualités des prestations, les informations agrégées relatives au niveau de qualité atteint et les modalités de cette coordination sont elles-mêmes définies au niveau national.

Pour faire face à cet objectif de coordination nationale de la politique de promotion de qualité des prestations hospitalières dans les établissements hospitaliers, le comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières a vu ses modalités de coordination préciser à l'article 18 du présent règlement grand-ducal.

Article 19

Cet article abroge le règlement grand-ducal du 13 mars 2009.



Article 20

Cet article précise qu'au-delà de la date du 31 décembre 2019, plus aucune autorisation ne sera accordée ou prolongée au profit du CHRS pour l'exploitation d'un service hospitalier sur le site de la clinique Ste Marie.

Ensuite, il conviendra d'appliquer les deux derniers alinéas de l'article 6 de loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers qui disposent « *qu'en cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation le ministre de la Santé fixe le délai endéans lequel l'hôpital ou le service hospitalier doit être fermé. Ce délai ne peut être inférieur à deux ans dans le cas d'un hôpital ou d'un ensemble d'au moins trois services hospitaliers, ni inférieur à un an dans le cas d'un service hospitalier unique ou d'un ensemble de moins de trois services.*

L'autorisation d'exploitation devient caduque pour l'établissement ou la partie de l'établissement visé au terme du délai fixé en vertu de l'alinéa qui précède. Aux termes de ce délai l'organisme gestionnaire doit cesser l'exploitation. »

Les lits de réhabilitation gériatrique et les lits d'hospitalisation de longue durée de la Clinique Ste Marie, seront alors attribués au CHRS qui pourra les affecter à un autre de ses sites (ZITHA ou HK).

Commentaire de l'annexe 3- Tableau des services

Remarque préliminaire relative aux définitions de service :

Les définitions de service reposent, d'une part, sur des principes généraux, qui mentionnent de manière succincte la catégorie de patients visés selon leur problème de santé, l'objectif de la prise en charge dans le service, les équipements, structures et compétences minimaux dont ils doivent disposer et les liens fonctionnels et organisationnels avec d'autres services (sur le même site ou non) nécessaires à leur fonctionnement et, d'autre part, des caractéristiques spécifiques à chaque service. Ces critères spécifiques reposent sur des critères publiés en vigueur dans d'autres systèmes de santé, des recommandations émises par des sociétés savantes reconnues, ou des recommandations de groupements internationaux. La mention de l'ensemble des critères et sources utilisées pour la définition des services hospitaliers est parfaitement justifiée dans le cadre d'un travail technique, mais elle dépasse l'objet et le champ d'application d'un plan hospitalier et ne correspond pas à la forme d'un règlement grand-ducal.

Par souci de concision, les définitions ne reprennent que l'essentiel des critères existant dans la littérature et les sources internationales, le nouveau PH n'ayant pas la vocation d'émettre des normes pour les services, de telles normes pouvant être émises en application de l'Art 10 de la loi hospitalière.

Cardiologie (4 services)

Pas de commentaire.



Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque (services nationaux)

Pas de commentaire.

Chirurgie pédiatrique (service national)

L'existence d'un service de chirurgie pédiatrique n'exclut pas l'activité de chirurgie et d'orthopédie pédiatrique dans d'autres services, mais restreint leur activité aux patients et situations non-complexes, et aux interventions pouvant être réalisées dans des conditions de sécurité et de qualité équivalentes sans disposer de compétences spécifiques en chirurgie, orthopédie, imagerie et anesthésiologie pédiatriques et sans disposer de la présence d'un médecin spécialiste en pédiatrie sur le site.

Chirurgie plastique (service national)

L'ancien plan hospitalier prévoyait 5 services de chirurgie plastique et reconstructive ; les besoins nationaux ne peuvent pas nécessiter autant de services dédiés à cette activité, qui est d'ailleurs peu documentée.

Il n'y a pas d'estimation du volume de l'activité de chirurgie plastique au Luxembourg, qui d'une part est répartie entre plusieurs spécialités chirurgicales (chirurgie plastique, ORL, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, etc...) et, d'autre part, tombe pour partie en-dehors du champ de l'assurance maladie. Ni la carte sanitaire ni le rapport Lenz ne sont en mesure d'identifier l'ampleur de cette activité sur le territoire.

Une estimation des besoins doit donc reposer sur des expériences étrangères. En France, 500.000 interventions chirurgicales de chirurgie plastique ont eu lieu en 2010, ce qui correspondrait à 4.000 interventions annuelles pour le Luxembourg. Ceci concerne cependant l'ensemble des interventions de chirurgie plastique, sans différenciation des interventions à visée esthétique de celles à visée reconstructive.

Ce type de chirurgie, en particulier lorsqu'il s'agit de reconstructions complexes, nécessite des compétences spécifiques qu'il est préférable de regrouper afin de bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire, même si une grande variété de techniques chirurgicales peut y être appliquée. Il est donc proposé un seul service de chirurgie plastique.

Chirurgie vasculaire (2 services)

L'ancien plan hospitalier prévoyait des services de « chirurgie digestive et vasculaire ». Le présent projet prévoit de séparer ces services dont la vocation est de prendre en charge des patients atteints de pathologies très différentes et nécessitant des soins par du personnel, selon des modalités et dans un environnement spécifiques. Ainsi, le service de chirurgie vasculaire est individualisé et le service de chirurgie digestive est nommé service de chirurgie viscérale. Le présent projet prévoit 2 services de chirurgie vasculaire.

Il y a lieu de distinguer la chirurgie vasculaire, qui concerne l'activité chirurgicale sur les vaisseaux sanguins (de tout l'organisme) et pour laquelle 2 services sont justifiés au niveau



national de l'activité neuro-vasculaire qui s'intéresse aux maladies des vaisseaux du système nerveux central (du cerveau), et en particulier les accidents vasculaires cérébraux (strokes en anglais), pour laquelle 3 services peuvent être justifiés au niveau national. Il s'agit de 2 activités distinctes; habituellement d'ailleurs, les chirurgiens vasculaires n'opèrent pas les patients dont le problème vasculaire est intracrânien.

Les besoins nationaux en chirurgie vasculaire ont été estimés par Lenz, et 2 services sont suffisants; il y a par ailleurs, dans les recommandations de bonne pratique publiées par les instances internationales, des critères de volume pour certains actes, qui justifient une limitation des prestataires et services autorisés à pratiquer ces actes. Par contre, les services neuro-vasculaires ou stroke, pour autant qu'ils respectent des critères d'activité minimale, ont intérêt à être répartis sur le territoire afin d'en garantir l'accessibilité dans des délais compatibles avec une prise en charge optimale des patients.

Chirurgie viscérale (4 services, 1 antenne)

Séparée de la chirurgie vasculaire, c'est la chirurgie la plus « générale » qui est en relation avec l'urgence, mais elle s'intéresse aussi à la chirurgie programmée telle que la chirurgie oncologique et la chirurgie bariatrique. Les besoins sont importants et répartis sur le territoire, et il est justifié d'en autoriser 4 services, ainsi qu'une antenne.

Dialyse (4 services, 1 antenne) et service de néphrologie (service national)

Le nouveau PH abandonne la notion de service de néphrologie-dialyse car, si la dialyse doit par essence être éclatée afin de répondre aux besoins de la population en termes de proximité et d'accessibilité, l'activité intra-hospitalière de néphrologie est relativement faible et ne peut justifier la dispersion des patients dans 4 établissements hospitaliers. Le présent projet propose en conséquence d'adopter des services de dialyse (activité uniquement ambulatoire) faisant appel à des néphrologues, et répondant à certaines normes structurelles, fonctionnelles et organisationnelles. En outre, une évolution vers des modalités de dialyse plus « légères » est rendue possible.

Selon la carte sanitaire, environ 1000 patients ont été hospitalisés en 2009 pour les 3 pathologies rénales les plus fréquentes (530 insuffisances rénales chroniques, 210 néphrites tubulo-interstitielles aiguës et 180 insuffisances rénales aiguës), sur un total de 8000 séjours pour pathologies de l'appareil génito-urinaire. L'insuffisance rénale (aigüe, chronique et sans précision) représente 800 séjours d'une durée moyenne de 10.5 à 13.3 jours, représentant au total une occupation moyenne de 23 lits.

Comme certaines hospitalisations liées à des problèmes rénaux peuvent être assurées par des services de médecine interne, d'urologie ou de gériatrie aigüe (voire de pédiatrie selon l'âge des patients), pour autant qu'une compétence en néphrologie soit disponible sur le site (ce qui sera le cas en raison des services de dialyse, il n'y a pas lieu de multiplier les services d'hospitalisation de néphrologie.

Le service de néphrologie devient ainsi national, et travaille en concertation / collaboration avec tous les services de dialyse. Ceci favorise également une centralisation souhaitable des procédures et informations relatives aux insuffisances rénales. Le service national de



néphrologie devra assurer le suivi des patients après transplantation rénale, ce qui motive également la concentration de l'activité hospitalière de néphrologie sur un seul service.

Douleur chronique (2 services)

Il est prévu d'autoriser deux services de douleur chronique :

- 1 dans un centre hospitalier
- 1 dans un établissement hospitalier spécialisé

Il n'est pas prévu de créer un centre de compétence «douleur chronique», ni un établissement hospitalier spécialisé uniquement dédié à la douleur chronique.

Gastroentérologie (4 services, 1 antenne)

La carte sanitaire dénombre 12.000 séjours hospitaliers et 49.000 journées d'hospitalisation en 2009 pour les maladies de l'appareil digestif, correspondant à 134 lits occupés en moyenne. Il y a lieu de noter que ces statistiques couvrent tant l'activité médicale que l'activité chirurgicale de l'appareil digestif.

La définition du service de gastro-entérologie a été adaptée conformément aux commentaires du Collège médical.

Gériatrie aigue (4 services, 1 antenne)

La dénomination est complétée par « aiguë » afin de limiter clairement le champ des activités de ce service à des objectifs de résultats et à des types de prises en charge correspondant à la vocation des établissements hospitaliers aigus.

Gynécologie (4 services)

Les services de gynécologie et d'obstétrique sont séparés, afin de tenir compte de la différence majeure de leurs activités, des spécificités et des réalités de l'organisation de ces services dans les établissements.

Le service de gynécologie est bien différencié et peut se consacrer à une activité plus spécifique, ouvrant la voie à des filières de prise en charge pour certaines pathologies (cancer du sein notamment).

Selon la carte sanitaire, environ 2000 séjours annuels sont liés à des maladies de l'appareil génital féminin, auxquels il faut ajouter les 1750 séjours liés aux tumeurs (sein, utérus, ovaire). Ces données ne renseignent cependant pas le nombre de jours d'hospitalisation ni le nombre de lits occupés en moyenne. Le rapport Lenz indique que la gynécologie représente 21.053 journées d'hospitalisation en 2009, correspondant à 58 lits occupés en moyenne et ne prévoit pas d'augmentation des besoins en capacités hospitalières jusqu'en 2020 pour la gynécologie. On peut estimer que 4 services de gynécologie peuvent être autorisés.



Hémato-oncologie (service national)

Voir oncologie ci-dessous.

Immuno-allergologie (service national)

Ce service existant, qui accueille surtout des patients ambulatoires, devrait s'adjoindre une expertise dans le domaine des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires afin de couvrir le spectre complet de l'immunologie.

Maladies infectieuses (service national)

Pas de commentaire.

Médecine de l'environnement (service national)

Conformément au programme gouvernemental, il est créé un service national de médecine de l'environnement.

Médecine interne générale (4 services, 5 antennes)

La dénomination est complétée de l'adjectif « générale » afin de préciser que des activités de médecine spécialisée sont préférentiellement exercées dans des services spécifiques, mieux outillés pour la prise en charge des patients à besoins spécifiques, et pour lesquels des normes structurelles, fonctionnelles et organisationnelles pourront être édictées, y compris des normes relatives à des seuils minimaux d'activité qui favoriseront la concentration de ces activités dans les services spécialisés.

Néonatalogie intensive (service national)

Pas de commentaire.

Néphrologie (service national)

Voir sous dialyse.

Neurochirurgie (service national)

Le service de neurochirurgie couvre l'activité neuro-chirurgicale complète, incluant les interventions sur le système nerveux central. L'étude Lenz propose une concentration de l'activité de chirurgie intracrânienne sur un seul site, en coopération avec l'activité connexe de prise en charge des AVC et de chirurgie carotidienne. Vu le nombre limité de patients, il paraît indispensable de permettre une collaboration optimale entre les prestataires impliqués dans la prise en charge de tous les patients relevant de la neurochirurgie et des procédures interventionnelles sur le système nerveux central afin de favoriser le maintien et le développement des compétences multi-disciplinaires et de l'expérience nécessaires à leur



prise en charge (volume minimal d'activité), ainsi que le recommandent les sociétés médicales internationales.

L'activité chirurgicale rachidienne (pathologies aiguës ou chroniques) ne comportant pas de geste portant sur le système nerveux se réalise dans les services d'orthopédie ou de traumatologie en faisant appel à des compétences orthopédiques et/ou neurochirurgicales.

Neurologie (3 services) et neuro-vasculaire (3 services, dont 1 service de 2^{ème} niveau)

Il convient de ne pas confondre le service de neurologie, qui s'adresse principalement aux affections neurologiques autres que celles induites par un trouble vasculaire aigu, du service neuro-vasculaire, qui prend exclusivement en charge les accidents vasculaires cérébraux (strokes) et dont la répartition territoriale est importante en termes de santé publique (accès rapide). Une utilisation efficace des ressources impose que les patients soient orientés de manière adéquate vers les structures dédiées à ces types d'affections très différents (mais dont les manifestations et les conséquences peuvent être semblables).

Les données de la carte sanitaire renseignent que l'ensemble des hospitalisations pour affections du système nerveux, y compris les affections neurovasculaires (près de 800 séjours annuels), les affections neurologiques, les affections neuro-chirurgicales, y compris bénignes, et les troubles du sommeil, a occupé 78 lits en moyenne en 2009.

En fait, les affections neurologiques nécessitant une hospitalisation en service de neurologie représentent environ la moitié des séjours documentés par la carte sanitaire pour affections du système nerveux. Une limitation des services de neurologie semble donc appropriée, sachant que des compétences générales en neurologie seront présentes dans chaque établissement disposant, à défaut d'un service de neurologie, d'un service neuro-vasculaire. Les patients relevant de la neurologie y seront, en l'absence de service de neurologie, hospitalisés dans un service de médecine.

Concernant les séjours relevant des services neurovasculaires, la planification initiale de ces services et leur répartition territoriale n'est pas remise en question en raison de l'existence de critères de volume d'activité minimal publiés par diverses instances internationales et adoptés dans des pays limitrophes.

Au total, le présent projet prévoit 3 services de neuro-vasculaire comme antérieurement et 3 services de neurologie.

Le service neuro-vasculaire qui dispose sur son site d'un service de neurochirurgie et de neuro-radiologie interventionnelle peut être un service de 2^{ème} niveau, pour autant qu'il puisse être accessible 24h/24 et 7j/7 pour tout patient requérant ce type de prise en charge.

Obstétrique (4 services)

Aucune maternité n'est appelée à disparaître, toutes ayant une activité supérieure à 300 accouchements par an. Comme c'est le cas actuellement, des pédiatres resteront agréés au sein des établissements hospitaliers pour assurer le suivi et les soins aux nouveau-nés séjournant près de leur mère dans les maternités.



Une stratification des maternités en fonction du risque pour la mère et son enfant est proposée, afin de faciliter la mise en œuvre de dispositions favorisant la sécurité, d'améliorer le partage des rôles et des compétences, et d'inciter à une meilleure transparence de l'offre.

Dans les maternités de niveau 1 dont l'activité est inférieure à 2000 accouchements par an, seules les grossesses normales et les situations fréquentes et sans gravité sont prises en charge. Le pédiatre, le gynécologue-obstétricien et l'anesthésiste y sont appelables en cas de besoin, tant pour les nouveau-nés et les parturientes de la maternité que pour les situations requérant leurs compétences en salle de travail et d'accouchement. Ces dispositions correspondent aux dispositions actuelles, de sorte que le risque pour la mère et le nouveau-né en détresse ne sera pas modifié.

Pour la maternité de niveau 1 dont l'activité est supérieure à 2000 accouchement par an, qui peut assurer la prise en charge de grossesse pathologiques et de nouveau-nés sans détresse grave, le présent projet prévoit la présence sur le site de l'établissement des médecins spécialistes concernés afin de faire face sans délai à toute situation de détresse. De telles dispositions sont d'application dans les pays limitrophes pour les maternités ayant une activité comparable.

La maternité de niveau 2 étant habilitée à prendre en charge les grossesses à haut risque et les nouveau-nés en détresse grave répond aux mêmes exigences de sécurité.

Oncologie (3 services) et hémato-oncologie (service national)

La pratique actuelle de l'oncologie, incluant les dispositions relatives à la définition d'un tel service (définition basée sur les définitions et dispositions existantes à l'étranger), impose une concentration des activités. Ceci a été largement débattu dans le cadre de l'élaboration du plan cancer. Il y a donc lieu de favoriser un regroupement, tout en autorisant la décentralisation de certaines activités, comme l'administration de chimiothérapies selon des schémas standard, pour répondre au mieux aux besoins de la population. En attendant que le plan cancer et ses dispositions entrent en vigueur, le présent projet autorisera 4 services d'oncologie, dont un service d'hémato-oncologie.

Ophtalmologie (service national)

En 2009, 4700 séjours pour maladies de l'œil et de ses annexes sont recensés, dont la durée moyenne est de 1,8 jours. Plus de 80% de ces séjours ont pour objet le traitement de la cataracte sénile, pour lequel un important retard à l'adoption de la chirurgie ambulatoire persiste (moins de 50% de chirurgies de la cataracte sont réalisées en ambulatoire, alors que nos voisins ont des taux ambulatoires >80%).

Il est proposé de centraliser l'activité hospitalière stricte d'ophtalmologie en créant un service national, qui pourra héberger l'activité plus complexe ou se spécialiser dans certaines formes de chirurgie ophtalmologique, tout en laissant l'activité « légère » comme le traitement de la cataracte s'exercer dans des services d'hospitalisation de jour chirurgical. La gestion des urgences ophtalmologiques lourdes pourrait s'en trouver facilitée.



Une centralisation de l'activité complexe d'ophtalmologie permettra également de mieux encadrer l'utilisation de nouvelles molécules très onéreuses, potentiellement par la définition de critères et de protocoles d'administration au bénéfice des patients.

ORL (4 services)

La carte sanitaire ne permet pas d'évaluer les besoins hospitaliers pour cette catégorie de patients dont les diagnostics se répartissent en plusieurs catégories (maladies de l'oreille et de la mastoïde, de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et maladies endocriniennes).

L'étude Lenz dénombre pour 2009 environ 3700 séjours d'une durée moyenne de 4,5 jours et prévoit pour 2020 une diminution de près de 20% des journées d'hospitalisation par l'adoption plus large de la chirurgie ambulatoire.

Orthopédie (4 services)

Le nouveau plan hospitalier prévoit une distinction entre les activités d'orthopédie (largement programmables et monodisciplinaires) et celles de traumatologie (non programmées et multidisciplinaires). Ainsi, les services assurant l'orthopédie peuvent être localisés sur des sites ne disposant pas de service d'urgence ni de soins intensifs, alors que les services de traumatologie nécessitent impérativement ces infrastructures.

Oxygénothérapie hyperbare

Le présent projet ne prévoit pas de service hospitalier afférent à l'oxygénothérapie hyperbare car il n'y a pas de lits spécifiquement attribués pour cette activité de durée limitée et ponctuelle dont l'équipement est spécifique (et national) et s'apparente plus à un service médico-technique.

Pédiatrie (service national)

La diminution du nombre et la baisse de la durée des hospitalisations classiques en pédiatrie au cours des 5 dernières années suscite des interrogations à propos d'une masse critique suffisante d'admissions justifiant plus d'un service de pédiatrie au niveau national. Parallèlement, un nombre suffisant de pathologies en pédiatrie est requis pour pouvoir justifier les investissements dans du personnel infirmier et paramédical hautement spécialisé et dans l'infrastructure souhaitée.

Suivant les recommandations internationales, les modalités organisationnelles de la prise en charge de la santé l'enfant dans les pays voisins, la charte internationale des droits de l'enfant et le souhait exprimé de la Société luxembourgeoise de pédiatrie, une centralisation de toutes les activités pédiatriques hospitalières à la Kannerklinik est prévue par le présent projet. Le service de pédiatrie devient dès lors service national. Ceci inclut une centralisation (et une nationalisation) des services d'urgence pédiatrique, de chirurgie pédiatrique et de soins intensifs pédiatriques.



A noter que la poursuite des activités chirurgicales « banales » chez l'enfant de plus de 1 an reste autorisée, sous la responsabilité du chirurgien et de l'anesthésiste comme actuellement. L'hébergement des enfants est dans ces cas réalisé soit en hôpital de jour, soit dans un secteur aménagé et dédié à l'enfant, comme il en existe dans chaque établissement.

Pneumologie (2 services)

Selon la carte sanitaire, la pneumologie représente, par rapport à la cardiologie, la moitié des motifs d'hospitalisation et $\frac{3}{4}$ des journées d'hospitalisation. En outre, une large proportion de ces séjours est liée à des pathologies oncologiques, et les affections « banales » des poumons peuvent être prises en charge dans des services de médecine interne, pour autant que les compétences du pneumologue soient disponibles sur le site.

L'étude Lenz, quant à elle, relève environ 3600 séjours pour l'année 2009, dont la durée moyenne est de 9,8 jours ; elle prévoit une diminution de ces journées de 25% à l'horizon 2020. Il serait donc logique de prévoir une réduction du nombre de services de pneumologie de 4 services à 2 services, afin de concentrer les pathologies spécifiques du poumon et de veiller à une utilisation adéquate des équipements afférents.

Procréation médicalement assistée (service national)

Bien que ce service ne requière pas de lits d'hospitalisation et que son activité soit essentiellement médico-technique, une proposition de définition figure à l'annexe 5 pour insister sur l'importance de l'adoption d'une charte de bonnes pratiques permettant d'éviter toute dérive potentielle des finalités de cette activité, et répondant aux principes et recommandations du comité d'éthique national.

Psychiatrie aigue (4 services)

Les services hospitaliers de psychiatrie sont largement sollicités lors des gardes et une capacité d'accueil des patients relevant de la santé mentale doit être maintenue sur les sites assurant le service d'urgence des établissements aigus. 4 services de psychiatrie aiguë (l'adjectif nouvellement introduit a son importance) seront donc autorisés.

Psychiatrie infantile (service national)

Pas de commentaire.

Psychiatrie juvénile (service national).

Pas de commentaire.

Radiothérapie (service national).

Le présent projet inscrit le service de radiothérapie dans une logique de filière pour des patients relevant de l'oncologie, ce qui motive l'établissement de conventions avec les services d'oncologie, dont la plupart ne séjourne cependant pas dans un établissement



hospitalier, d'où l'importance de liens étroits établis avec le secteur extrahospitalier des soins primaires et spécialisés.

Rééducation fonctionnelle (service national Rehazenter)

Selon un nombre croissant de publications ayant mené à l'adoption de recommandations et de dispositions organisationnelles à l'étranger dans le domaine de la rééducation, l'efficacité et la qualité de la rééducation fonctionnelle est améliorée de manière significative lorsqu'elle est réalisée dans des environnements et par du personnel spécifique à la pathologie induisant le besoin de rééducation. Ainsi, les résultats en termes de récupération physique et d'autonomie sont meilleurs et atteints plus rapidement par des équipes dédiées.

L'étude Lenz propose ainsi de segmenter l'activité de rééducation en rééducation musculo-squelettique (orthopédique), neurologique, cardiovasculaire et gériatrique. Le présent plan hospitalier prévoit cette segmentation : la rééducation fonctionnelle du Rehazenter couvrira les rééducations complexes orthopédique et neurologique qui pourront, pour les patients moins complexes, également être assurées par d'autres services hospitaliers de rééducation, alors que la rééducation cardiaque sera, comme actuellement, adressée à l'étranger.

Rééducation gériatrique (4 services)

Trois services de rééducation gériatrique seront localisés dans des hôpitaux et un dans un établissement hospitalier spécialisé.

Soins intensifs (4 services)

Selon le rapport Lenz et les comparaisons internationales, le Luxembourg dispose de « trop » de lits de soins intensifs. Par ailleurs, la présence de lits de soins intensifs induit leur utilisation maximale. Enfin, de petites unités de soins intensifs isolées ne sont pas efficaces, imposent des rôles de garde multipliés, et ne favorisent pas le développement professionnel continu des équipes. Pour ces raisons, il y a lieu de réduire les services de soins intensifs à 4 (sur les sites avec service d'urgence), et de ne maintenir qu'une seule antenne sur un site, dans le cas où une médecine et une chirurgie lourde (oncologiques entre autre) y est encore pratiquée.

Les petites unités de SI sont appelées à disparaître.

En l'absence de données fiables concernant la lourdeur des patients admis en service de soins intensifs, le présent projet s'abstient de planifier des unités ou services de « middle care » pour l'accueil de patients dans des structures de soins sécurisées non-intensives.

Soins intensifs pédiatriques (service national)

Voir sous pédiatrie.



Soins palliatifs (4 services)

La définition de ce service répond aux dispositions de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

Traumatologie (4 services)

Voir commentaire ci-dessus sous orthopédie.

Urgence (4 services)

Pas de commentaire.

Urgence pédiatrique (service national)

Voir sous pédiatrie.

Urologie (3 services)

Selon la carte sanitaire et le rapport Lenz, l'activité hospitalière d'urologie correspond à moins de la moitié des journées d'hospitalisation de la cardiologie. Il s'agit d'une discipline chirurgicale, partiellement de type oncologique, qui peut être intégrée dans un autre service de chirurgie là où les besoins de la population et les activités documentées à ce jour ne justifient pas de service dédié.

Hospitalisation de jour (chirurgical : 4 services et 2 antennes, non-chirurgical : 18 services)

Il y a lieu de favoriser ce mode de prise en charge lorsqu'elle est conforme aux conditions assurant la sécurité des patients. Un travail s'appuyant sur les recommandations de la Haute autorité de santé et de l'association internationale pour la chirurgie ambulatoire a été réalisé par le Conseil scientifique, et précise les conditions applicables aux services d'hospitalisation de jour chirurgical.