



## Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports

### Procès-verbal de la réunion du 04 avril 2017

#### Ordre du jour :

1. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière  
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen  
- Continuation de l'examen des articles et de l'avis du Conseil d'État
2. Divers

\*

Présents : Mme Martine Hansen remplaçant Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Marc Baum, M. Franz Fayot remplaçant Mme Claudia Dall'Agnol, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché, M. Edy Mertens

Mme Lydia Mutsch, Ministre de la Santé  
M. Jean-Claude Schmit, Directeur de la Santé  
Mme Françoise Berthet, de la Direction de la Santé  
M. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusées : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Martine Mergen

\*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

\*

1. 7056 **Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**

La commission continue l'examen des articles du projet de loi sur la base des divers avis émis :

### **Nouvel article 28 du projet de loi (Ancien article 30 du projet de loi initial)**

L'ancien article 30 du projet de loi initial a trait au centre de compétences.

En effet, un « réseau de compétences » est défini comme une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou de plusieurs services, assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies, garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.

Des réseaux de compétences pourront être créés afin d'assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants:

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

Chaque réseau de compétences doit être accompagné d'un Conseil scientifique.

La demande d'autorisation est introduite soit par plusieurs hôpitaux soit par au moins un hôpital ensemble avec au moins un établissement hospitalier spécialisé sous forme d'un projet de réseau de compétences.

Ce projet de réseau de compétences doit préciser:

- 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 réseau;
- les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du réseau;
- les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau;
- 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;
- et le cas échéant, les activités de recherche et d'enseignement envisagées.

Le ministre peut fixer des conditions ou modes spécifiques de prise en charge, des formes et règles de collaboration avec d'autres prestataires intervenant dans la filière de prise en charge en amont ou en aval du réseau de compétences.

L'autorisation est accordée si le projet de réseau de compétences répond aux besoins sanitaires nationaux. Le refus d'autorisation doit être motivé.

Par ailleurs, il est créé un Comité de gestion interhospitalière qui est composé comme suit :

- quatre membres désignés par les directions des hôpitaux;
- deux membres représentant les établissements hospitaliers spécialisés;
- deux représentants du ministre;
- un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions,
- un membre représentant les établissements de recherche;
- un représentant des patients.

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

Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre. La proportion de chaque sexe des membres du comité ne peut être inférieure à quarante pour cent.

Le commissaire du gouvernement aux hôpitaux et un représentant de la Conférence nationale des conseils médicaux participent comme observateurs aux réunions du comité.

Ce Comité de gestion interhospitalière a pour mission de soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences en déterminant notamment le profil d'activité et le champ d'action, la direction hospitalière responsable de la gestion quotidienne, l'organisation de la coordination médicale et professionnelle, les modalités d'agrément des médecins et professionnels de santé concernés et la composition du Conseil scientifique.

Le Comité de gestion interhospitalière est responsable de l'élaboration des critères relatifs à l'agrément des prestataires de soins de santé dans le réseau de compétences. Son accord est requis pour l'agrément des médecins, professionnels de santé, services hospitaliers et prestataires extrahospitaliers exerçant dans ce réseau de compétences, la nomination des membres du Conseil scientifique, la validation du rapport annuel d'activité et des propositions budgétaires.

Chaque projet de réseau de compétences est à soumettre pour autorisation au ministre, la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le Comité de gestion interhospitalière et le Collège Médical demandés en leur avis.

Un règlement d'ordre intérieur détermine les modalités de fonctionnement du Comité de gestion interhospitalière.

En outre, l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences délivrée par le ministre mentionnera le nombre et le type de lits du réseau de compétences, les sites hospitaliers et les services hospitaliers faisant partie du réseau de compétences. Cette autorisation mentionnera également si un réseau de compétences est autorisé à exploiter un équipement ou appareil soumis à planification nationale.

À noter que la première autorisation d'exploitation et les prolongements successifs de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences sont valables pour une durée de cinq ans.

L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences est à chaque fois prorogée pour une durée de cinq ans, à condition que les établissements hospitaliers faisant partie du réseau de compétences adressent une lettre recommandée dans un délai de six mois avant l'échéance de l'autorisation au ministre confirmant qu'ils respectent toujours leur projet de réseau de compétences. Le ministre ne peut refuser la prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences que si ce dernier ne respecte plus son projet de réseau de compétences ou s'il ne correspond plus aux besoins sanitaires nationaux.

En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences, le ministre fixe le délai endéans lequel le réseau doit être fermé. Ce délai est au maximum de deux ans.

Aux termes du délai visé à l'alinéa précédent, les établissements hospitaliers faisant partie du réseau de compétences doivent cesser l'exploitation du réseau de compétences.

Le Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2016 constate que le texte gouvernemental déposé a changé l'expression „centre de compétences“ en „réseau de compétences“. Il suppose que ce changement a une vraie portée normative et ne se résume pas à des considérations qui seraient purement psychologiques, alors que le terme „centre“ sous-entend une centralisation d'activités impliquant par conséquent une approche d'exclusivité et qu'un raisonnement en réseaux évoque plutôt une démarche participative ralliant plusieurs acteurs. Dans ses considérations générales, le Conseil d'État a souligné que les auteurs veulent plutôt encourager la collaboration que la concurrence dans l'organisation du secteur hospitalier luxembourgeois; il en déduit que c'est donc l'approche participative qui est retenue.

Le Conseil d'État donne à considérer qu'avec la notion de réseaux, le texte du projet de loi s'éloigne de la notion de centres de compétences, telle qu'elle figure actuellement à l'article 26*bis* de la loi de 1998, suite à une proposition du Conseil d'État formulée dans son avis complémentaire du 7 décembre 2010 sur le projet de loi à l'origine de la loi du 17 décembre 2010 précitée. En effet, si les centres de compétences visent une concentration de moyens dans le milieu hospitalier, pas forcément limitée à un hôpital, le réseau dans le domaine de la santé se conçoit, comme l'indiquent d'ailleurs les auteurs, comme une collaboration entre acteurs qui intéresse aussi bien le milieu hospitalier que le milieu extrahospitalier. Le Conseil d'État rappelle à cet égard que les centres de compétences tels qu'introduits en 2010 devaient se limiter à des activités complexes peu fréquentes, avec des pôles de compétence axés surtout sur la chirurgie et intéressant moins de 10 pour cent des hospitalisations.

Le Conseil d'État attire l'attention au système en France. En effet, selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), un réseau de santé se définit comme: « une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs: professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé.

La pluralité des configurations possibles rend nécessaire de préciser certains éléments qui caractérisent les réseaux de santé. La connaissance de ces éléments est essentielle pour construire l'évaluation du réseau:

- les finalités; le domaine d'intervention doit être précisé: une ou plusieurs pathologies, une partie de la population ayant des besoins spécifiques (personnes âgées ...), la population générale, un type d'activité (urgences ...);
- les objectifs opérationnels;
- les intervenants membres du réseau, les partenaires du réseau;
- les modalités d'organisation:
  - les modalités, limitatives ou non, d'intégration des professionnels au réseau (réseau ouvert ou fermé, adhésion à une charte ...),
  - les modalités d'adhésion au réseau des personnes prises en charge: adhésion avec prise en charge exclusive par le réseau, adhésion sans prise en charge exclusive par le réseau, pas de procédure formalisée d'adhésion,
  - les modalités de coordination, les compétences et le partage des tâches entre les acteurs;
- les modalités de circulation de l'information dans le réseau;
- les modalités de financement des activités du réseau;
- le cadre d'analyse de la performance du réseau. »

Les réseaux sont donc caractérisés, d'une part, par des individus (patients, prestataires de soins, financeurs) et, d'autre part, par des outils (référentiels de pratique, dossier de patient, système d'information, modalités de financement, système de management, procédures d'évaluation). Pour mettre en œuvre l'approche participative préconisée par les auteurs du projet de loi, l'article sous avis devra être reformulé afin de tenir compte des principes évoqués ci-avant.

Le Conseil d'État rappelle que dans son avis précité du 19 mai 2015, il a estimé que les centres de compétences doivent être définis dans le texte de la loi, à l'instar des services spécialisés, puisque leur dénomination et leur définition font partie du cadrage normatif essentiel relevant de la loi dans une matière qui lui est réservée. Au regard de l'article 32(3) de la Constitution, tel que modifié par la loi de révision de la Constitution du 29 juin 2016, pour ce qui est des réseaux de compétences, les principes et points essentiels des modalités d'organisation s'inspirant du modèle français devraient être déterminés dans la loi.

Le Conseil d'État s'interroge sur les particularités propres à ces réseaux, telles qu'elles sont déterminées par le texte sous avis, qui encourageraient des prestataires de soins à les rejoindre. En effet, ce dernier comporte surtout des obligations, alors que des avantages n'apparaissent pas dans cette formalisation d'une collaboration qui n'a probablement pas attendu un texte législatif pour se développer, alors que la collaboration entre médecins est un élément naturel de la déontologie médicale. Le texte ne prévoit pas d'exclusivité pour l'activité visée. Un agrément décerné pour pouvoir entrer dans le réseau a donc plutôt un caractère honorifique, reconnu ou non à son juste titre comme gage de qualité par le patient qui choisit librement un prestataire de soins pour régler son problème de santé. Des ressources financières supplémentaires pour organiser et faire fonctionner cette activité ne sont pas assurées. Pour les médecins et autres professionnels de santé, aucune indemnisation particulière n'est prévue. Quant aux établissements hospitaliers, ils peuvent faire valoir leur participation à un réseau lors de l'élaboration de leur budget spécifique conformément à l'article 74 du Code de la sécurité sociale et espérer qu'il y sera donné suite.

Comme le raisonnement en réseaux part du principe d'une collaboration inter- et extrahospitalière, il n'y a pas de raison de prévoir pour un groupe de pathologies plus d'un réseau de compétences, car il est difficilement concevable que les auteurs veuillent planifier la création de réseaux parallèles qui se feront concurrence sur un même territoire. Comment par ailleurs s'imaginer deux réseaux de compétences consacrés au cancer dont seulement un verrait l'intégration du service national de radiothérapie?

En ce qui concerne les différents groupes de pathologies retenus, il n'est aux yeux du Conseil d'État plus contributif de considérer prioritairement la prise en charge des cancers

du sein. La notion de réseaux, moins ciblée que celle de centres de compétences, ne s'y prête guère, à moins de définir d'emblée plusieurs réseaux de compétences pour plusieurs types de cancer.

En ce qui concerne les maladies cardiaques, sont seulement visées les maladies cardiaques relevant d'une prise en charge invasive. Or, celles-ci correspondent au spectre d'activité spécifique du service national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle. Le Conseil d'État estime par conséquent qu'il convient de ne pas créer un tel réseau de compétences qui s'ajouterait, voire se substituerait, au service national, à moins de définir différemment les maladies cardiaques à prendre en charge par un tel réseau.

Le Conseil d'État doit finalement constater que la pertinence de plusieurs autres réseaux de compétences énumérés par les auteurs est mise en question par le Collège médical dans son avis.

Pour ce qui est d'une énumération limitative de réseaux de compétences et contrairement à celle de centres de compétences qui impose une répartition de ressources, le Conseil d'État se demande s'il n'est pas plus utile qu'elle soit élaborée et adaptée dans le temps par le Comité de gestion au lieu de l'inscrire dans la loi.

Depuis 2010, les projets de centres de compétences peuvent être introduits par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois. Avec le texte sous avis, un ou plusieurs centres hospitaliers ou établissements hospitaliers spécialisés peuvent introduire un tel projet qui sera ensuite avisé par le Comité de gestion interhospitalière où se retrouvent outre les représentants des hôpitaux, des représentants de l'État, un représentant des établissements de recherche et un représentant des patients. Le Conseil d'État craint cependant que la possibilité de faire préparer un tel projet par un seul centre hospitalier, épaulé par un établissement hospitalier spécialisé, risque de ne pas favoriser la collaboration interhospitalière et se demande si l'élaboration d'un projet ne devrait pas plutôt être confiée à au moins deux centres hospitaliers auxquels pourront se joindre, le cas échéant, un ou plusieurs établissements hospitaliers spécialisés.

Par conséquent, le Conseil d'État propose de libeller l'alinéa 4 comme suit:

„La demande d'autorisation est introduite par au moins deux centres hospitaliers sous forme d'un projet de réseau de compétences.“

Quant au Comité de gestion, le Conseil d'État estime qu'il serait plus cohérent de le dénommer „Comité de gestion des réseaux de compétences“, étant donné que ces réseaux concernent selon les auteurs aussi bien le milieu hospitalier que le milieu extrahospitalier.

En ce qui concerne la composition de ce Comité de gestion, le Conseil d'État s'interroge sur l'utilité d'y faire figurer un représentant d'un établissement hospitalier spécialisé, alors que celui-ci ne sera que très partiellement concerné par la mise en place des réseaux de compétences tels qu'ils sont énumérés à l'alinéa 2. Par contre, le représentant de la Conférence nationale des conseils médicaux devrait être membre effectif de ce comité et non simple observateur.

Le Conseil d'État marque son accord à la notion de Conférence nationale des conseils médicaux. Il note que la Conférence nationale des conseils médicaux n'a pas de base légale, et que la loi en projet se limite à énumérer ses compétences et ses attributions. Le Conseil d'État insiste à lui donner une base légale; une disposition y afférente peut être prévue à l'endroit de l'article 34 (32 selon le Conseil d'État).

Les auteurs ont retenu de ne pas conférer une personnalité juridique au Comité de gestion inter-hospitalière. La disposition prévoyant pour ce comité un pouvoir normatif dans la mesure où il lui appartient de déterminer les critères d'agrément pour les prestataires de soins et de délivrer par la suite des agréments en vertu de ces critères, ne peut pas être maintenue, à moins de l'instituer en établissement public doté de la personnalité juridique.

Les attributions des hôpitaux introduisant un projet de réseau de compétences et celles du Comité de gestion interhospitalière interfèrent, notamment en ce qui concerne la détermination du domaine d'activité, les modalités de gestion et de l'organisation médicale, et la composition du Conseil scientifique.

Selon le Conseil d'État, le nombre et le type de lits du réseau de compétences, l'utilisation d'un équipement ou appareil soumis à planification nationale ne doivent pas figurer dans l'autorisation d'exploitation, comme prévu par les auteurs à l'alinéa 16. En effet, les lits et équipements sont rattachés à des services spécialisés qui participent au réseau et il n'y a pas lieu de prévoir une double appartenance. Le Conseil d'État rappelle la nécessité de déterminer dans quelle mesure un régime de financement particulier est lié à l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences.

En conclusion, le Conseil d'État propose que les projets de réseaux de compétences puissent être introduits par au moins deux centres hospitaliers auprès du Comité de gestion, qui doit donner un avis positif avant qu'ils soient soumis pour autorisation au ministre.

La commission se voit soumettre une nouvelle proposition de texte élaborée par le Ministère de la Santé, tenant compte de l'avis du Conseil d'État et des autres avis émis, prenant la teneur suivante :

**Art. 30 28.** (1) Un «réseau de compétences» est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de 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, garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.

(2) Des réseaux de compétences pourront être créés 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, dont un réseau intégrant le service de radiothérapie; (2);
- c) affections rachidiennes à traitement chirurgical (1);
- d) **diabète de l'adulte (1)**
- e) **diabète de l'enfant (1);**
- f) obésité morbide (1);
- g) ~~problèmes cardiaques de nature à nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, intégrant les services de chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle~~ (1);
- h) immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1);
- i) maladies psychosomatiques (1);
- j) douleur chronique (1);
- k) maladies neuro-dégénératives (1).

(3) La demande d'autorisation est introduite **par au moins deux hôpitaux plusieurs hôpitaux soit par au moins un hôpital ensemble avec au moins un établissement**

~~hospitalier spécialisé~~ sous forme d'un projet de réseau de compétences **auprès du Comité de gestion interhospitalière mentionné au paragraphe 3. Tous les hôpitaux traitant la pathologie ou le groupe de pathologies en question peuvent y participer.**

Ce projet précise:

1. les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté;
2. les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés;
3. 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 réseau ;
4. les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du réseau ;
5. les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau ;
6. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science;
7. la composition **et la mission** du Conseil scientifique;
8. le contenu minimal du rapport d'activité annuel;
9. les modalités ~~d'accompagnement par un Comité~~ d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières;
10. le cas échéant, les activités de recherche et d'enseignement envisagées.

~~Le ministre peut fixer des conditions ou modes spécifiques de prise en charge, des formes et règles de collaboration avec d'autres prestataires intervenant dans la filière de prise en charge en amont ou en aval du réseau de compétences.~~

Chaque projet de réseau de compétences doit être accompagné d'un Conseil scientifique  
**Le projet de réseau de compétences ne peut être soumis au ministre que si au moins la moitié des membres du Comité de gestion interhospitalière visé au paragraphe 3 y donnent un avis favorable. répond aux besoins sanitaires nationaux. Le refus d'autorisation doit être motivé.**

(4) Il est créé un Comité de gestion interhospitalière, ci-après dénommé «comité», qui est composé de **13 membres** dont:

1. quatre représentants des directions des hôpitaux;
2. **deux représentants de la Conférences nationale des conseils médicaux;**
3. **deux représentant du Conseil supérieur des professions de santé;**
4. deux représentants du ministre;
5. un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions,
6. un membre représentant les établissements de recherche;
7. **en cas de discussion d'un projet de réseau de compétences, un représentant de l'association des patients la plus représentative de la pathologie visée;**

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

Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans renouvelable par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre. **Le Président du comité est nommé par arrêté grand-ducal parmi ses membres sur proposition du ministre.** La proportion de chaque sexe des membres du comité ne peut être inférieure à quarante pour cent.

Le commissaire du gouvernement aux hôpitaux assiste comme observateur aux réunions du comité.

Le comité peut s'adjoindre les experts qu'il estimera nécessaire.

(5) Le comité a pour mission de:

1. **soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences et d'aviser leur projet de réseau,**
2. **de retenir les modalités organisationnelles des réseaux de compétences,**
3. **de proposer les modalités de collaboration entre les services nationaux et les différents hôpitaux,**
4. **d'élaborer des projets de mutualisation interhospitalière,**
5. **de proposer les modalités de collaboration des médecins exerçant dans les réseaux de compétences et dans les services nationaux,**
6. **de définir le système d'assurance qualité prestations hospitalières, d'assurer la coordination nationale de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières dans les établissements hospitaliers et d'en dresser un état dans un rapport annuel.**

**Les modalités relatives à la coordination de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières et à la coordination des structures mises en place dans les établissements hospitaliers conformément à l'article 25, ainsi que les indemnités des membres du comité qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, y compris celle des experts sont définis par règlement grand-ducal.**

**Le comité a accès, sous une forme dépersonnalisée, aux données et informations nécessaires à l'exécution de ses missions.**

~~**Ce Comité de gestion interhospitalière a pour mission de soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences en déterminant notamment le profil d'activité et le champ d'action, la direction hospitalière responsable de la gestion quotidienne, l'organisation de la coordination médicale et professionnelle, les modalités d'agrément des médecins et professionnels de santé concernés et la composition du Conseil scientifique.**~~

~~**Le Comité de gestion interhospitalière est responsable de l'élaboration des critères relatifs à l'agrément des prestataires de soins de santé dans le réseau de compétences. Son accord est requis pour l'agrément des médecins, professionnels de santé, services hospitaliers et prestataires extrahospitaliers exerçant dans ce réseau de compétences, la nomination des membres du Conseil scientifique, la validation du rapport annuel d'activité et des propositions budgétaires.**~~

~~**Chaque projet de réseau de compétences est à soumettre pour autorisation au ministre, la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le Comité de gestion interhospitalière et le Collège Médical demandés en leur avis.**~~

Un règlement d'ordre intérieur détermine les modalités de fonctionnement du comité.

L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences délivrée par le ministre mentionnera ~~le nombre et le type de lits du réseau de compétences,~~ les sites hospitaliers et les services hospitaliers faisant partie du réseau de compétences. ~~Cette autorisation~~

~~mentionnera également si un réseau de compétences est autorisé à exploiter un équipement ou appareil soumis à planification nationale.~~

(6) La première autorisation d'exploitation et les prolongements successifs de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences sont valables pour une durée de cinq ans.

L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences est à chaque fois prorogée pour une durée de cinq ans, à condition que les établissements hospitaliers faisant partie du réseau de compétences adressent une lettre recommandée dans un délai de six mois avant l'échéance de l'autorisation au ministre confirmant qu'ils respectent toujours leur projet de réseau de compétences.

Sans préjudice de l'alinéa précédent, le ministre ne peut refuser la prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences que si ce dernier ne respecte plus son projet de réseau de compétences ou qu'il ne correspond plus aux besoins sanitaires nationaux.

En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences, le ministre fixe le délai endéans lequel le réseau doit être fermé. Ce délai est au maximum de deux ans.

~~**Aux termes du délai visé à l'alinéa précédent, les établissements hospitaliers faisant partie du réseau de compétences doivent cesser l'exploitation du réseau de compétences. »**~~

De l'échange de vues consécutif, il y a lieu de retenir que :

Pourquoi la proposition du texte gouvernemental de remplacer « centre de compétences » par « réseau de compétences » ? Madame la Ministre explique que l'idée est celle d'une concentration des compétences (« Kompetenzbündelung ») et d'une démarche participative. Plus particulièrement, est visée la participation d'une série d'acteurs dans une nouvelle structure, présupposant la collaboration d'au moins un centre hospitalier et un centre extrahospitalier. La notion « réseau » semble par conséquent mieux correspondre au but visé. Le terme « centre » pourrait laisser sous-entendre une concentration de l'exercice d'une activité sur une place. Madame la Ministre renvoie à cet égard à l'avis de l'AMMD du 24 janvier 2017, duquel il résulte que si l'AMMD peut comprendre qu'il est opportun de centraliser des activités intéressant des pathologies moins fréquentes, elle est néanmoins opposée à une centralisation de prises en charge de pathologies courantes. L'AMMD y voit l'émergence d'une médecine étatique, sur-réglémentée où le patient perd à l'évidence son libre choix du prestataire sans respect ni de l'objectivité et de l'efficacité, ni de la proportionnalité légalement requise.

En outre, Madame la Ministre rappelle que les avis émis lors de la phase de consultation du présent projet de loi ont souvent fait apparaître certaines confusions relatives à la notion de „centres de compétences“. En effet de nombreux commentateurs du projet ont déduit du terme „centre“ qu'un tel centre de compétences ne pouvait se trouver que sur un seul site hospitalier. Par ailleurs, les différents avis ont souhaité que le projet de loi précise les modalités de gouvernance des centres de compétences.

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

Madame la Ministre attire en outre l'attention de la commission parlementaire sur le volet « centre de recherche », volet intégré dans le présent projet de loi. Madame la Ministre

souligne dans ce contexte que le Luxembourg est en train de renforcer ses activités de recherche dans le domaine de la neuro-oncologie et des maladies neurodégénératives. L'un des buts sera de rapprocher davantage les diagnostics cliniques et les activités de recherche et de renforcer les liens entre les principaux acteurs nationaux du domaine de la recherche biomédicale. L'attention est également attirée sur le centre de recherche sur la maladie de Parkinson, le premier « Centre National d'Excellence en Recherche » (National Centre of Excellence in Research, NCER) du Fonds National de la Recherche.

Pourquoi avoir choisi la formulation « cancer du sein et certains autres cancers intégrant le service de radiothérapie (2); » (point b)) dans le texte gouvernemental déposé, malgré le choix d'une démarche participative ? Il a été initialement décidé de spécifier explicitement « cancer du sein » notamment en vue d'attirer l'attention sur le « Programme Mammographie » (PM), un programme national de dépistage du cancer du sein au Luxembourg, qui permet de détecter environ 120 cancers par an, dont une grande partie à un stade précoce, répondant ainsi aux exigences décrites dans les "European guidelines". Finalement suite aux diverses critiques émises par le Conseil d'État et d'autres organismes, Madame la Ministre propose à la commission la formulation suivante : « 2. cancers, dont un réseau intégrant le service de radiothérapie (2); ».

Pour ce qui est du point d) du texte gouvernemental déposé « diabète de l'adulte et de l'enfant (2); », Madame la Ministre propose de séparer ces pathologies et de prévoir deux réseaux de compétences différents, alors qu'ils présentent des symptômes et des prises en charge différents.

Par ailleurs, Madame la Ministre propose de biffer le point f) du texte gouvernemental « problèmes cardiaques de nature à nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, intégrant les services de chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle (1); », alors que ceci est déjà actuellement couvert par l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle et n'a dès lors plus besoin d'y être spécifié.

Un membre du groupe politique CSV relève que son parti politique est d'avis que le système des réseaux de compétences est une structure trop lourde et trop complexe, et que son groupe politique aurait préféré un système de certification tel qu'il existe en Allemagne. Il donne à considérer que le système retenu sera d'autant plus important, alors qu'il s'agit en l'occurrence de la pierre angulaire de la politique de santé.

Tout en saluant le modèle du Centre national d'Excellence en Recherche sur la maladie de Parkinson, l'intervenant aurait souhaité si l'on se serait davantage inspiré de ce modèle pour d'autres pathologies. Tout en relevant que la création de réseaux de compétences relève soit de plusieurs hôpitaux, soit d'un hôpital ensemble avec un établissement hospitalier spécialisé, l'intervenant regrette que ce soient les hôpitaux qui sont à la tête du système présenté par Madame la Ministre, et non les centres de recherche. Il renvoie dans ce contexte également à la position de l'AMMD regrettant que l'organisation soit dévolue à des arrangements entre hôpitaux. En outre, il renvoie à la position du Collège médical, qui estime que le choix des pathologies ou groupes de pathologies pouvant donner lieu à la création d'un centre de compétences est discutable. Ainsi, il est d'avis que par exemple la pathologie des affections rachidiennes étant relativement fréquente et commune et n'a par conséquent, selon le Collège médical, pas besoin de figurer dans un centre de compétences. De même, pour le diabète de l'adulte, qui est une pathologie commune, qui n'a pas besoin d'un centre de compétences spécial, tandis que la création d'un tel centre pour le diabète de l'enfant pourrait paraître raisonnable. L'AMMD partage la même opinion. Si elle peut comprendre qu'il est opportun de centraliser des activités intéressantes des pathologies moins fréquentes, elle est néanmoins opposée à une centralisation de prises en charge de pathologies courantes. La liste des pathologies ne devrait pas être ancrée dans la loi, mais devrait être prévue dans un règlement grand-ducal.

Un expert gouvernemental, tout en convenant que le modèle du Centre national d'Excellence en Recherche sur la maladie de Parkinson est une structure intéressante, donne néanmoins à considérer que ce centre est focalisé sur la recherche. Si effectivement il s'agissait initialement d'une structure informelle, il s'est développé et a entre-temps lui-même instauré un Comité de gestion (certes moins complexe que celui prévu en l'espèce) et un comité scientifique.

Le membre du groupe politique CSV précise qu'il ne préconise pas une structure informelle mais une structure moins formelle que celle proposée par le texte gouvernemental déposé, qui ne laisse pas suffisamment de flexibilité aux réseaux. Le système proposé serait trop rigide et ne laisse par conséquent pas une marge de manœuvre suffisante aux médecins et aux chercheurs.

Pour ce qui est du choix de l'inscription d'une liste des réseaux de compétences dans la loi, l'expert gouvernemental précise qu'il s'agissait notamment d'éviter de courir le risque de ne pas voir émerger de réseaux de compétences.

Le membre du groupe politique déi gréng ne peut pas partager le point de vue du membre du groupe politique CSV précédant favorisant un modèle moins formelle. L'intervenant estime qu'il faudrait favoriser un modèle formalisé et ceci notamment pour pouvoir assurer la transparence du système. Ceci est la raison pour laquelle son groupe politique se prononce en faveur du système de « réseaux de compétences » retenu dans le texte gouvernemental.

Pour ce qui est du réseau de compétences pour les maladies psychosomatiques, en intersection avec la psychiatrie, l'orateur, tout en renvoyant aux services nationaux « psychiatrie infantile » et « psychiatrie juvénile », souhaite savoir quel lien existe entre ledit réseau de compétences et services nationaux.

Pour ce qui est du lien entre le service national « psychiatrie juvénile » et le réseau de compétences « maladies psychosomatiques », un membre du groupe politique DP explique que le réseau de compétences sera responsable du volet de la prise en charge ambulatoire pour le suivi des patients. D'ailleurs, contrairement à la position du membre du groupe politique CSV exposée ci-dessus, il estime que la disposition concernant les réseaux de compétences devrait être encore plus contraignante, et qu'il y aurait lieu de remplacer les termes tels que « peuvent » ou « faire pouvoir » par des termes possédant un caractère contraignant, et ceci pour éviter qu'il y ait plusieurs traitements respectivement méthodes de traitement pour la même pathologie.

Madame la Ministre estime que chaque centre hospitalier devrait avoir la faculté respectivement le droit de décider d'y participer, sous réserve que les conditions requises soient remplies, sans néanmoins être obligé de s'y joindre.

Un membre du groupe politique LSAP se demande si le choix d'un système facultatif ne constituerait pas une source de risque de fragmentation (par exemple en raison d'une rivalité probable, respectivement d'autres raisons extérieures).

Un membre du groupe politique DP, soutenant la même position que l'orateur précédent, estime qu'un patient dont la pathologie tombe dans le champ de compétence d'un réseau de compétences, devrait obligatoirement y être pris en charge, respectivement y être transféré.

Madame la Ministre renvoie à cet égard au système actuel de l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle, un réseau de compétences regroupant des médecins experts de différents établissements hospitaliers, un système qui n'est pas non plus exclusif. Elle ne souhaite pas décréter une adhésion forcée à un centre de compétences.

Par ailleurs, l'intervenant du groupe politique DP ne peut pas se montrer d'accord avec le point b) de la liste des réseaux de compétences prévoyant deux services de radiothérapie (« cancer du sein et certains autres cancers intégrant le service de radiothérapie (2); » et ceci notamment en raison de l'absence d'une masse critique suffisante. Madame la Ministre précise à cet égard que ledit service sera intégré dans le réseau de compétences « cancérologie ». Par ailleurs, le Centre National de Radiothérapie François Baclesse sera intégré dans un des deux réseaux de compétences „cancérologie“.

Il est rappelé, que pour ce qui est de la gouvernance des réseaux de compétences, le Conseil d'État avait préconisé dans son avis du 23 novembre 2011 relatif à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, la création d'un Comité de gestion interhospitalière. Le texte gouvernemental s'est fortement inspiré de cette structure de gouvernance des réseaux de compétences telle que proposée par le Conseil d'État en créant également un Comité de gestion interhospitalière. La composition du comité, à savoir quatre membres désignés par les directions des hôpitaux; deux membres représentant les établissements hospitaliers spécialisés; deux représentants du ministre; un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions, un membre représentant les établissements de recherche; un représentant des patients, permettra d'établir un bon équilibre entre les différents acteurs du secteur hospitalier et de garantir un savoir-faire professionnel dans les différentes branches du secteur. Il faut effectivement instaurer des incitatifs pour que le concept des centres de compétences puisse prendre son essor, tant pour les patients, que pour les médecins ou encore les centres hospitaliers. En effet, notamment la CNS a constaté dans son avis du 17 mars 2016 de l'avant-projet de loi qu'il manque des mécanismes incitatifs pour favoriser la constitution de centres de compétences.

Pour ce qui est du point 7) du paragraphe 3 relatif à la composition du Comité de gestion, disposant qu'« en cas de discussion d'un projet de réseau de compétences, un représentant de l'association des patients la plus représentative de la pathologie visée; », il est précisé qu'il s'agit d'une ouverture vers une partie variable dans la composition du comité.

Un membre du groupe politique CSV attire encore l'attention sur l'avis de la CNS du 17 mars 2016, et plus particulièrement sur une série de remarques/ questions posées dans le cadre des réseaux de compétences, notamment la question de la budgétisation des activités des centres de compétences, question qui se pose puisque plusieurs structures y seront impliquées. Le système actuel prévoit des budgets par établissement hospitalier; un partage d'activités n'étant à ce stade pas prévu à ce niveau. En outre, il manque des mécanismes incitatifs pour favoriser la constitution de centres de compétences. Par ailleurs, il faudrait un cadre normatif pour départager plusieurs demandes de création de centres de compétence.

L'expert gouvernemental explique que la demande de création de centre de compétences doit être formulée par deux centres hospitaliers au moins. Le dossier fera ensuite l'objet d'un examen au sein du Comité de gestion interhospitalière. Le Comité de gestion émet par la suite un avis, avant que le projet de réseau de compétences ne soit à soumettre pour autorisation au ministre.

Pour ce qui est de la budgétisation des réseaux de compétences, il est renvoyé à l'article 74 du Code de la sécurité sociale prévoyant l'élaboration de budgets spécifiques. Madame la ministre précise qu'effectivement, tel que préconisé dans divers avis, il serait nécessaire d'instaurer des incitatifs pour que le concept des centres de compétences puisse prendre de l'essor.

Quant aux critères, l'expert gouvernemental renvoie au Centre national d'Excellence en Recherche sur la maladie de Parkinson, qui est un modèle très inspirant au niveau de l'agrément de ces prestataires (personnes et organismes). En effet, toute une série de

critères y sont prévus. En l'occurrence, l'agrément des prestataires aux réseaux doit évidemment répondre au type de processus, à mettre en place par le Comité de gestion. D'ailleurs, le point 5) du texte gouvernemental initial prévoit justement que le projet de réseau de compétences précise également les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau.

Pour ce qui est de la composition et des missions du comité scientifique, un expert gouvernemental estime qu'il revient au projet de réseau de compétences de les spécifier. Ceci pourrait dès lors varier d'un réseau à un autre, parce que chaque réseau répondra à d'autres besoins.

La commission décide finalement à l'unanimité, moins l'abstention du groupe politique CSV, de retenir la formulation de texte proposée par le Ministère de la Santé, reprise ci-dessus pour l'article sous examen.

### **Nouvel article 29 du projet de loi (Ancien article 31 du projet de loi initial)**

À titre liminaire, il y a lieu de noter que les articles 31 à 36 du projet gouvernemental reprennent en grande partie les articles 27 à 31 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et adapte la terminologie de ces dispositions à l'organisation en milieu hospitalier en prévoyant un directeur général, un directeur médical, un directeur des soins ainsi qu'un directeur administratif et financier dans tous les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés et ce indépendamment du nombre de lits dont disposent ces établissements.

Les avis de la CNS, de la FHL et de la CSL lors de la phase de consultation se sont clairement exprimés pour une clarification de la gouvernance dans le domaine hospitalier. Le texte gouvernemental a souhaité préciser les compétences des différentes directions hospitalières tout comme les relations entre les directions et les médecins hospitaliers y attachés, sans pour autant toucher à la liberté thérapeutique des médecins, à leur statut juridique ou à leurs modalités de rémunération. Ces précisions dans la relation médecin hospitalier/direction hospitalière s'inspirent de la loi belge coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins et sont un prérequis indispensable à la mise en œuvre d'une documentation hospitalière nécessaire à l'instauration d'une tarification à l'activité

Plus particulièrement, pour ce qui est de l'article 31 du texte gouvernemental initial sous examen relatif aux qualifications requises pour revêtir le poste du directeur général, le libellé reprend les dispositions de la loi de 1998 qui exige que « le directeur général doit être titulaire soit d'un diplôme sanctionnant un cycle universitaire complet de quatre années au moins délivré conformément à la collation des grades, soit d'un diplôme luxembourgeois de fin d'études universitaires correspondant au grade de master reconnu, soit d'un diplôme étranger de fin d'études universitaires ou d'une école d'enseignement supérieur à caractère universitaire correspondant au grade de master reconnu et homologué par le ministre ayant l'Enseignement supérieur dans ses attributions conformément à la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur. Les diplômes étrangers doivent être inscrits au registre des diplômes prévu par la loi modifiée du 17 juin 1963 ayant pour objet de protéger les titres d'enseignement. Le directeur général doit pouvoir se prévaloir d'une expérience d'une année dans le domaine hospitalier ».

Le Conseil d'État, dans son premier avis du 23 décembre 2016, se demande si, dans la mesure où le directeur général est le chef hiérarchique du directeur des soins, du directeur médical et du directeur administratif, il est concevable que ce directeur général ne soit pas

issu de la profession médicale et s'il est raisonnable de ne demander qu'une année d'expérience dans le domaine hospitalier. En effet, la tâche lui confiée nécessite outre des compétences au niveau de la gestion administrative et financière, des capacités de compréhension des technicités médicales propres au milieu hospitalier, qui ne peuvent que difficilement être assimilées par une personne non issue du milieu médical et qui, par ailleurs, n'a qu'une expérience limitée du milieu hospitalier.

Ensuite, le Conseil d'État attire l'attention des auteurs sur le fait que la reconnaissance des diplômes étrangers se fait à partir du 18 novembre 2016 en exécution de la loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles qui a abrogé la loi du 17 juin 1963 précitée. En outre, la loi du 28 octobre 2016 précitée dispose en son article 77 que „les titres et grades étrangers tombant sous le champ d'application de la présente loi sont dispensés de la procédure d'homologation telle que prévue par la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur“. Il y a donc lieu d'adapter le libellé de l'alinéa 2 de l'article sous examen à la législation en vigueur en adaptant notamment les renvois ainsi que la dénomination des diplômes, en y supprimant l'expression „collation des grades“, qui n'existe plus, ainsi que la référence à la loi du 18 juin 1969, qui fait partie intégrante de la loi du 28 octobre 2016 précitée.

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

Proposant à la commission de suivre le raisonnement du Conseil d'État et tenant compte des divers avis émis par les organismes du secteur, l'expert gouvernemental propose de conférer à l'article sous examen la teneur suivante :

« **Art. 31 29.** (1) Dans chaque hôpital ~~et établissement hospitalier spécialisé~~ la direction est confiée à un directeur général, nommé par l'organisme gestionnaire et exclusivement responsable devant celui-ci.

~~(2) Le directeur général doit être titulaire soit d'un diplôme sanctionnant un cycle universitaire complet de quatre années au moins délivré conformément à la collation des grades, soit d'un diplôme luxembourgeois de fin d'études universitaires correspondant au grade de master reconnu, soit d'un diplôme étranger de fin d'études universitaires ou d'une école d'enseignement supérieur à caractère universitaire correspondant au grade de master reconnu et homologué par le ministre ayant l'Enseignement supérieur dans ses attributions conformément à la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur. Les diplômes étrangers doivent être inscrits au registre des diplômes prévu par la loi modifiée du 17 juin 1963 ayant pour objet de protéger les titres d'enseignement supérieur. la loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.  
Le directeur général doit être médecin.~~

**(2) Le directeur général de tous les hôpitaux sauf celui des hôpitaux visés à l'article 5, paragraphes 4 et 5 doit disposer d'une autorisation d'exercer la médecine au sens de loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire et il doit être titulaire d'une maîtrise en administration des affaires (MBA). Le directeur général doit pouvoir se prévaloir d'une expérience d'une année au moins dans le domaine hospitalier.**

**(3) Le directeur général est lié à l'hôpital par un contrat de louage de services.**

En cas d'empêchement ou de vacance de poste de directeur général, ses fonctions sont exercées temporairement par un des directeurs visés à l'article 31 à désigner par l'organisme gestionnaire. »

Il faudrait également prévoir une mesure transitoire, d'un côté afin de permettre à ceux qui ne sont pas encore titulaire d'une maîtrise en administration des affaires, de faire une telle formation managerielle, et de prévoir, d'un autre côté, la possibilité pour un directeur général d'un hôpital, qui n'est pas médecin, de pouvoir rester en fonction.

Pour ce qui est du bout de phrase « tous les hôpitaux sauf celui des hôpitaux visés à l'article 5, paragraphes 4 et 5 », il est expliqué, qu'il s'agit en effet de viser uniquement les directeurs des centres hospitaliers, ainsi que ceux du Rehazenter, du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique, de l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle et du Centre National de Radiothérapie François Baclesse, mais d'exclure de cette obligation de formation MBA, le directeur de l'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie « Haus OMEGA », celui du Centre de Convalescence Château de Colpach et celui de l'Hôpital Intercommunal de Steinfort, alors que les directeurs en place à l'état actuel ne disposent pas d'une autorisation d'exercer la médecine au sens de loi modifiée du 29 avril 1983 précitée.

Un membre du groupe politique LSAP se prononce en faveur du texte gouvernemental initial prévoyant que le directeur général doit être titulaire soit d'un diplôme sanctionnant un cycle universitaire complet de quatre années au moins délivré conformément à la collation des grades, soit d'un diplôme luxembourgeois de fin d'études universitaires correspondant au grade de master reconnu, soit d'un diplôme étranger de fin d'études universitaires ou d'une école d'enseignement supérieur à caractère universitaire correspondant au grade de master reconnu et homologué par le ministre ayant l'Enseignement supérieur dans ses attributions. En effet, d'après l'orateur la personne titulaire dudit poste ne doit pas nécessairement être un médecin pour exercer la fonction de directeur général. L'ancienne disposition proposée aurait permis d'introduire une approche progressive s'inscrivant dans le cadre d'une approche plus globale.

Un membre du groupe politique DP estime néanmoins que le directeur général devrait être médecin en vue de comprendre le processus clinique et afin de pouvoir exercer ses tâches adéquatement.

Un membre du groupe politique CSV, partageant le point de vue de l'orateur précédant, souhaiterait même aller encore plus loin et exiger que les directeurs généraux de tous les hôpitaux devraient être médecin.

La commission, étant d'avis que l'exigence d'une expérience d'une année au moins dans le domaine hospitalier n'est pas suffisante, décide de prévoir que le directeur général doit pouvoir se prévaloir d'une expérience de deux années au moins dans le domaine hospitalier.

La disposition sous examen est tenue en suspens, l'expert gouvernemental étant chargé de préparer une nouvelle proposition de texte pour la prochaine réunion de cet après-midi.

### **Nouvel article 30 du projet de loi (Ancien article 32 du projet de loi initial)**

Cet article introduit, par rapport à la loi de 1998, de nouvelles attributions pour le directeur général, qui vont bien au-delà de la gestion de l'activité journalière de l'établissement hospitalier. En effet, le directeur général est chargé d'exécuter les décisions de l'organisme gestionnaire et de régler toutes les affaires lui étant spécialement dévolues par celui-ci.

Le directeur général veille à ce que la continuité des missions imparties à l'hôpital soit assurée pendant toute la durée de la présence des patients faisant appel à ses services.

Dans le cadre de l'exécution de la stratégie fixée par l'organisme gestionnaire, le directeur dispose de la mission de la conduite de l'établissement qu'il exerce en propre ou après concertation avec l'organisme gestionnaire. À ce titre, le directeur règle les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent des attributions de l'organisme gestionnaire. Le règlement général fixe les conditions de répartition des responsabilités gestionnaires entre le directeur et l'organisme gestionnaire de l'établissement.

Le directeur général dispose:

- d'un pouvoir de gestion journalière. Après concertation avec le Conseil de direction, le directeur prend les décisions dans le domaine de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale;

- d'un pouvoir de nomination des médecins liés à l'établissement hospitalier conformément à l'article 35, de proposition de nomination et d'admission par contrat des médecins hospitaliers, des professionnels de santé et autres professions. Ces nominations ou propositions sont validées par l'organisme gestionnaire, l'avis du Conseil médical ayant été demandé.

Le Conseil d'État, dans son avis du 23 décembre 2017, constate que les dispositions sous revue instaurent en fait une gestion bicéphale de l'établissement, constituée, d'une part, par les membres de l'organisme gestionnaire, et, d'autre part, par la personne du directeur général, qui selon l'alinéa 3 se concertent ou ne se concertent pas sur la conduite de l'établissement hospitalier. Or, l'alinéa 1<sup>er</sup> prévoit qu'il appartient au directeur de régler les affaires qui lui sont spécialement dévolues par l'organisme gestionnaire, à qui incombe selon l'article 23 du projet de loi „la direction générale de l'activité hospitalière sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier“. Par contre, l'alinéa 3 de l'article sous revue prévoit que le directeur général règle les affaires autres que celles qui relèvent de l'attribution de l'organisme gestionnaire. Ensuite, cet article dispose que c'est le règlement général qui fixe „les conditions de répartition des responsabilités gestionnaires entre le directeur et l'organisme gestionnaire de l'établissement“, alors que le contenu du règlement général, fixé à l'article 24, ne prévoit pas une telle disposition.

L'alinéa 4 de cet article prévoit des attributions spécifiques pour le directeur général, fixées par ce texte et donc exclues du pouvoir décisionnel de l'organisme gestionnaire. La gestion journalière mentionnée au point a) de l'alinéa 4 fait partie de l'exécution des décisions de l'organisme gestionnaire et ne doit pas être mentionnée spécifiquement. Le Conseil d'État se demande en quoi des décisions entrant dans le domaine de la stratégie d'établissement font partie de la gestion journalière.

Quant au pouvoir de nomination des médecins, le Conseil d'État constate qu'il s'agit de décisions essentielles pour un établissement qui devraient tomber dans les attributions de l'organisme gestionnaire. Il s'interroge sur la différence entre une „nomination des médecins liés à l'établissement hospitalier conformément à l'article 35“, et une „proposition de nomination et d'admission par contrat des médecins hospitaliers“. Quels sont les médecins que le directeur général nomme, quels sont les médecins pour lesquels il fait uniquement une proposition de nomination ? Comme ces „nominations ou propositions sont validées par l'organisme gestionnaire“, quelle est la différence entre une nomination et une proposition, et à quel moment l'organisme gestionnaire n'a-t-il plus qu'une compétence liée?

Globalement, il estime que les différentes dispositions de cet article manquent de cohérence entre elles et l'article est de surcroît contraire aux dispositions de l'article 23. Le Conseil

d'État s'y oppose, par conséquent, formellement pour raison d'insécurité juridique et propose de maintenir la disposition figurant actuellement à l'article 28 de la loi de 1998.

Un membre du groupe politique DP estime également qu'il y aurait lieu de préconiser une hiérarchie verticale.

La commission propose, en vue de permettre au Conseil d'État de lever son opposition formelle, de se rallier à la proposition de texte du Conseil d'État, la disposition sous examen prenant dès lors la teneur suivante :

**« Art. 32 30. (1) Le directeur général est chargé d'exécuter les décisions de l'organisme gestionnaire et de régler toutes les affaires lui spécialement dévolues par celui-ci.**

**(2) Le directeur général veille à ce que la continuité des missions imparties à l'hôpital soit assurée pendant toute la durée de la présence des patients faisant appel à ses services. »**

La proposition de texte est adoptée à l'unanimité des membres présents, moins l'abstention du groupe politique CSV.

### **Nouvel article 31 du projet de loi (Ancien article 33 du projet de loi initial)**

La disposition sous examen propose d'élargir à tous les établissements hospitaliers l'obligation prévue par la loi de 1998 obligeant les établissements de plus de 175 lits de disposer, à côté d'un directeur général, d'un directeur médical, d'un directeur des soins, ainsi que d'un directeur administratif et financier.

Les fonctions de directeur général, directeur des soins, directeur médical et directeur administratif et financier peuvent être cumulées si le directeur possède à cet effet les qualifications requises.

Les directeurs des soins, médical ainsi qu'administratif et financier répondent de leur gestion au directeur général.

Un conseil de direction comprenant tous les directeurs est institué en vue de la coordination de l'activité hospitalière.

Le directeur médical doit être médecin. Il a pour mission de mettre en place, sous l'autorité du directeur général auquel il rapporte, la politique médicale générale définie par l'organisme gestionnaire et les actions décidées en conseil de direction pour le département médical. Il participe à la conception et au pilotage du projet médical d'établissement dont il délègue l'opérationnalisation aux médecins-coordonateurs.

Il met en place un système d'évaluation de la qualité et de la sécurité des prestations médicales et dispose, à cet effet, d'un droit de regard sur les indicateurs de résultats et de performance des processus-clé ainsi que sur l'activité de tous les intervenants.

Il encadre les médecins coordonnateurs et définit avec eux les objectifs à atteindre en relation avec le projet médical d'établissement et les efforts de standardisation des procédures thérapeutiques et de matériel médical.

Il définit, en collaboration avec le Conseil médical et les médecins-coordonateurs, l'organisation médicale de l'établissement et les besoins en compétences dans le domaine médical. Il propose au directeur général et à l'organisme gestionnaire les agrégations ou révocations de médecins.

Le directeur médical s'assure, en concertation avec le médecin-coordonateur concerné et ce dans le respect des compétences légales et réglementaires attribuées au conseil médical, de la bonne application du règlement général ainsi que des prescriptions de l'article 35.

Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire, participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale d'un ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent:

- au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations;
- à la standardisation de la prise en charge des patients;
- à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

Les médecins coordinateurs disposent dans l'exercice de leurs missions d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.

Le Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2017 constate que le texte gouvernemental reste muet sur le bien-fondé de cet élargissement de l'appareil administratif dans les établissements de moindre envergure, de sorte qu'il est impossible au Conseil d'État d'évaluer la plus-value en termes de rapport qualité/coût d'une telle mesure. Le Conseil d'État note ensuite que, suite à l'abrogation de la disposition figurant à l'alinéa 4 de l'article 26 de la loi de 1998 qui disposait que „Chaque hôpital et établissement hospitalier spécialisé de plus de 175 lits est structuré en trois départements: un département médical, un département des soins et un département administratif et technique“, il ne ressort plus du texte de la loi quelles unités organisationnelles sont soumises à l'autorité de ces trois directeurs. Il appartiendrait donc au règlement général de chaque hôpital de définir le périmètre d'action pour ces directeurs et, par ailleurs, également pour le médecin-coordonateur, ce qui ne va pas faciliter une harmonisation de ces fonctions dans les différents hôpitaux. Aussi le Conseil d'État recommande-t-il aux auteurs de donner la définition et de déterminer le périmètre de ces départements dans le projet de loi sous avis.

S'il n'y a pas d'unité organisationnelle qui lui est explicitement dédiée, le directeur médical bénéficierait par contre dans l'article sous revue d'une définition extensive de sa tâche alors que la tâche des deux autres directeurs ne serait pas autrement définie. Le Conseil d'État en déduit que le directeur médical est un „primus inter pares“.

Ainsi, il constate que des qualifications seront requises pour le seul directeur médical („Le directeur médical doit être médecin“).

Afin de mieux pouvoir prendre en compte le rôle du Conseil médical, le Conseil d'État est d'avis que la disposition prévue à l'alinéa 5 devrait préciser que les actions décidées en conseil de direction pour le département médical sont prises sur avis du Conseil médical.

Par ailleurs, il constate que, selon l'alinéa 6, le directeur médical mettra en place un système d'évaluation de la qualité et de la sécurité des prestations médicales. Pour les prestations soignantes, ce besoin ne semble pas être identifié. Le Conseil d'État doit cependant rappeler que, selon l'article 25, il appartient à l'organisme gestionnaire de mettre en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, quel que soit le prestataire en cause à l'hôpital, et relègue à un règlement grand-ducal de préciser les missions et la composition minimale de ces structures. Il y a donc une incohérence entre la disposition sous revue et l'article 25; et le Conseil d'État doit partant s'y opposer formellement pour cause d'insécurité juridique.

Le Conseil d'État relève en outre que l'alinéa 7, en vertu duquel le directeur médical encadre les médecins-coordonateurs et „définit avec eux“ les objectifs institutionnels à atteindre, serait incohérente en soi, puisque la notion d'„encadrer“ évoque un niveau hiérarchique supérieur, alors que la notion de „définir avec eux“ suggère que le directeur médical intervient de pair avec les médecins-coordonateurs dans des processus décisionnels. Cette disposition risquerait ainsi de modifier la base légale du règlement grand-ducal prévu au dernier alinéa de cet article qui doit notamment préciser le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, et va au-delà de ce qui est prévu à cet égard dans l'alinéa 11 de l'article sous revue.

Or, en effet ce règlement grand-ducal, à savoir le règlement grand-ducal du 27 février 2015 relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur, précise que „le médecin qui est nommé médecin-coordonateur souscrit avec l'hôpital ou l'établissement hospitalier spécialisé un contrat de travail“, se caractérisant par un lien de subordination qui ne ressort cependant pas de l'alinéa 6 sous revue. Le Conseil d'État demande donc de préciser les relations entre le directeur médical et le médecin-coordonateur dans cet alinéa 6, s'il serait visé de modifier la gouvernance hospitalière actuelle sur ce point.

Si le projet de loi envisagerait par contre rester, à cet égard, en ligne avec la loi de 1998, le Conseil d'État propose pour l'alinéa 11 la teneur suivante:

„Il est assisté par les médecins-coordonateurs pour définir les objectifs à atteindre en relation avec le projet médical d'établissement et les efforts de standardisation des procédures thérapeutiques et de matériel médical.“

Pour ce qui est de l'alinéa 8, le Conseil d'État constate qu'il appartient au directeur médical de définir l'organisation médicale de l'établissement. Or, selon l'article 24 du projet de loi sous avis, l'organisation médicale est définie dans le règlement général. Le Conseil d'État doit donc s'opposer formellement à cette disposition, contraire à l'article 24, pour insécurité juridique. Les auteurs auraient-ils le cas échéant souhaité donner une initiative de proposition au directeur médical ? Selon ce même alinéa, le directeur médical propose au directeur général les agrégations de médecins. Le Conseil d'État propose de remplacer cette expression qui renvoie plutôt à un contrat de coopération commerciale entre un producteur et un distributeur, par celle d'„engagement ou agrément“, tenant aussi bien compte de l'engagement de médecins salariés que de l'agrément de médecins libéraux. Si le Conseil d'État est suivi dans sa proposition faite à l'endroit de l'article 32 de maintenir la disposition figurant actuellement à l'article 28 de la loi de 1998, il conviendra de préciser dans cet alinéa que la proposition d'engagement ou d'agrément d'un médecin ne pourra se faire qu'après avoir entendu le Conseil médical en son avis.

Concernant l'alinéa 9, prévoyant que le directeur médical s'assure de la bonne application du règlement général „en concertation“ avec le médecin-coordonateur concerné, le Conseil d'État revient à ses observations faites à l'endroit de l'alinéa 7. La concertation vise la recherche en commun par les personnes dont les intérêts sont convergents,

complémentaires ou même opposés, d'un accord tendant à l'harmonisation de leurs conduites respectives. Dans la mesure où l'obligation de concertation renvoie à une procédure de décision en commun, se pose un problème du lien hiérarchique entre directeur médical et médecin-coordonateur et donc un problème de gouvernance hospitalière.

Si le projet de loi envisagerait de rester en ligne avec la loi de 1998, le Conseil d'État propose pour l'alinéa 9 la teneur suivante:

„Le directeur médical s'assure, assisté par le médecin-coordonateur concerné et dans le respect des compétences légales et réglementaires attribuées au Conseil médical, de la bonne application du règlement général ainsi que des prescriptions de l'article 35.“

Exception faite des nouvelles dispositions figurant aux alinéas 7 et 9 de cet article, la disposition concernant le médecin-coordonateur reste inchangée par rapport à celle figurant dans la loi de 1998. Comme la notion de département des soins n'existe plus dans le texte sous revue, mais celle de directeur des soins, le Conseil d'État demande aux auteurs de préciser qui sera „responsable des soins“ si ce n'est pas le directeur des soins.

De l'échange de vues consécutif, il y a lieu de retenir que :

Madame la Ministre souligne la nécessité de la disposition prévoyant « les fonctions de directeur général, directeur des soins, directeur médical et directeur administratif et financier peuvent être cumulées si le directeur possède à cet effet les qualifications requises », notamment afin de pouvoir assurer la continuité du fonctionnement de l'hôpital dans des situations exceptionnelles, telle une procédure de recrutement ou encore lors d'une procédure de nomination d'un poste directeur.

Pour ce qui est du souhait exprimé par l'AMMD d'un niveau de consultation institutionnalisé, Madame la Ministre estime que cette demande est compréhensible et propose de faire droit à cette demande. Par conséquent, en vue d'en tenir compte, il est proposé au sein de la commission d'intégrer une nouvelle phrase dans l'article sous examen disposant que « le Conseil de direction et le Conseil médical visé à l'article 32 se réunissent au moins six fois par année afin de se concerter sur toutes les questions relatives à l'organisation médicale ».

Par ailleurs, il est proposé de reprendre toutes les suggestions et propositions du Conseil d'État.

Un membre du groupe politique CSV estime que si la commission déciderait de retenir que les fonctions de directeur général, directeur des soins, directeur médical et directeur administratif et financier pourraient être cumulées, à condition que le directeur possède à cet effet les qualifications requises, il faudrait par conséquent prévoir au paragraphe 2 de l'article sous examen que le département médical, le département des soins et le département administratif et technique peuvent se trouver sous l'autorité d'un seul directeur.

Afin de tenir compte de la remarque précitée, Madame la Ministre propose d'intégrer une limite dans le temps, pour montrer qu'il ne pourra s'agir uniquement d'une phase transitoire. Madame la Ministre suggère par conséquent à la commission de prévoir un ajout de la teneur suivante : « temporairement à 6 mois ».

Un membre du groupe politique DP propose de préciser que les dispositions sous examen devraient s'appliquer uniquement dans les hôpitaux et établissements hospitaliers de plus de 300 lits.

Afin de permettre de couvrir également des structures d'une taille plus petite, tel que le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique, l'expert gouvernemental propose de fixer le nombre de lits à 200.

Concernant les médecins-coordonateurs, un membre du groupe politique DP estime qu'il y a lieu de préciser que lesdits médecins sont élus par leurs pairs. Par ailleurs, par analogie aux dispositions précédentes, concernant le bout de phrase « établissements hospitaliers spécialisés » aux paragraphes 1<sup>er</sup> et 4, il y aurait lieu de biffer « spécialisé ». En outre, il y aurait lieu d'adapter la référence « 175 lits ». Quant à la proposition dans le texte gouvernemental initial, que le conseil médical se réunit avec le conseil de direction une fois par mois, l'intervenant estime qu'il y a lieu de réduire la fréquence de ces rencontres à au maximum de 6 fois par ans, ce qui correspondrait à un chiffre plus réaliste selon l'orateur.

En outre, l'intervenant estime que le règlement grand-ducal de 2003 réglant les attributions des médecins serait devenu obsolète et serait par conséquent à revoir. Madame la Ministre informe la commission qu'elle s'est déjà engagée pour modifier ponctuellement le règlement grand-ducal en cause et pour intégrer des éléments dans la loi, notamment pour ce qui est des attributions des conseils médicaux vis-à-vis de l'organisme gestionnaire. L'oratrice souligne dans ce contexte qu'elle ne préconise pas une cogestion, notamment au vu du risque d'incapacité d'agir.

Un membre du groupe politique CSV estime qu'il y a lieu de lire cet article en relation avec l'article relatif au conseil médical. Les attributions du conseil médical seraient à élargir, raison pour laquelle pour la nomination du directeur médical et pour le médecin coordinateur/ médecin responsable, l'avis du conseil médical devrait être contraignant. Par ailleurs, la direction doit se concerter obligatoirement avec le conseil médical pour des attributions concernant le médecin. Finalement, il estime que les décisions essentielles devraient être prises au sein du Conseil médical.

En outre, pour ce qui est des directeurs des soins, médical, administratif et financier, l'intervenant, adoptant la même position que l'intervenant du groupe politique DP, estime que ces dispositions ne devraient uniquement s'appliquer dans les hôpitaux et établissements hospitaliers à partir d'un certain nombre minimum de lits. Un plafond serait par conséquent à fixer par la loi.

Effectivement, si la loi de 1998 n'obligeait que les établissements de plus de 175 lits de disposer, à côté d'un directeur général, d'un directeur médical, d'un directeur des soins, ainsi que d'un directeur administratif et financier, le texte gouvernemental déposé a élargi cette obligation à tous les établissements hospitaliers.

Pour éviter que les établissements de moindre envergure se voient contraints d'élargir leurs directions respectives à 4 directeurs, la commission propose de réintroduire un plafond et de le fixer à 200 lits.

Par ailleurs, l'intervenant du groupe politique CSV estime qu'il y aurait également lieu de prévoir dans le texte du projet de loi des critères pour les profils des directeurs des soins, médical, administratif et financier.

\*

Il est retenu que l'expert gouvernemental prépare de nouvelles propositions de texte pour le nouvel article 29 du projet de loi (ancien article 31 du projet de loi initial), ainsi que pour le nouvel article 31 du projet de loi (Ancien article 33 du projet de loi initial) en vue de la réunion de cet après-midi.

**2.**

**Divers**

Aucun point divers n'est abordé.

Le Secrétaire-administrateur,  
Tania Sonnetti

La Présidente,  
Cécile Hemmen