



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2017-2018

TS/JCS

P.V. SECS 01

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

Procès-verbal de la réunion du 17 octobre 2017

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 13 et 29 septembre 2017, du 10 octobre 2017 et du 28 mars 2017
2. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification: 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public «Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation »; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen

- Examen de l'avis complémentaire du Conseil d'État
3. Divers

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Marc Angel remplaçant Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Nancy Arendt, M. Marc Baum, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, 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

Excusés : Mme Claudia Dall'Agnol

M. Fernand Kartheiser, observateur délégué

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

*

1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 13 et 29 septembre 2017, du 10 octobre 2017 et du 28 mars 2017

Les projets de procès-verbal des réunions des 13 et 29 septembre 2017, du 10 octobre 2017 et du 28 mars 2017 sont approuvés à l'unanimité des membres présents.

2. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification: 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public «Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation »; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État

Madame la Ministre rappelle que la commission parlementaire a fait parvenir une quarantaine d'amendements au Conseil d'État le 13 juin 2016. Le Conseil d'État a rendu son avis complémentaire le 26 septembre 2017.

Madame la Ministre constate qu'une grande partie des amendements (une trentaine) n'a pas suscité d'observations de la part du Conseil d'État.

De manière générale, Madame la Ministre suggère à la commission parlementaire de suivre les suggestions de texte du Conseil d'État dans son avis complémentaire.

Elle constate que le Conseil d'État dans son avis précité a soulevé une opposition formelle concernant la disposition relative au contrat-type (amendement 28). En effet, le Conseil d'État estime que dans le texte tel que libellé suite aux amendements, la procédure d'établissement d'un contrat-type dont les dispositions s'imposent aux futurs contractants serait en contradiction avec la disposition retenue au paragraphe 1^{er} du nouvel article 33, qui prévoit que « les procédures de l'établissement impliquant une utilisation rationnelle et scientifique des pratiques médicales ou des thérapies et dispositifs médicaux sont motivées et prises en concertation avec le Conseil médical ». En effet, cette intervention du Conseil médical serait compromise du moment que ce serait le contrat-type qui fixerait des stipulations portant sur ces procédures. De surcroît, le Conseil d'État estime que la disposition retenue pour l'élaboration d'un contrat-type est en contradiction avec le nouvel article 32 qui institue comme organe représentatif des médecins hospitaliers au niveau national une Conférence nationale des conseils médicaux et qui a notamment pour objet de collaborer activement à toute modification de l'organisation de la médecine hospitalière dont

fait partie, selon le Conseil d'État, l'établissement de règles concernant les modalités de collaboration entre médecins libéraux et hôpitaux.

Par conséquent, vu l'incohérence entre le nouvel article 32 et le nouveau paragraphe 1^{er} du nouvel article 33, d'une part, et le paragraphe 7 du nouvel article 33, d'autre part, le Conseil d'État s'oppose formellement pour insécurité juridique au libellé de ces dispositions tel que retenu par les auteurs.

Madame la Ministre suggère à la commission parlementaire de ne pas remettre en cause l'idée de base mais de maintenir la disposition et s'entendre sur les éléments de base à préciser (notamment l'objectif, les activités, le respect des objectifs de qualité et de sécurité, la durée du contrat, les modalités de gestion, les modalités de résiliation, les modalités d'application). Si la commission le souhaite, une proposition de texte en ce sens pourra être préparée par l'expert gouvernemental.

D'après Madame la Ministre deux autres dispositions nécessitent également d'être amendées suite à l'avis complémentaire. Il s'agit, d'un côté, de l'amendement parlementaire 18 qui prévoit que le Conseil médical et la délégation du personnel soient représentés et par une voix délibérative, et par une voix consultative, au sein de l'organisme gestionnaire. En effet, le Conseil d'État s'est interrogé sur l'utilité de pourvoir un organe, qui dispose d'une voix consultative, en plus d'une voix délibérative. Madame la Ministre suggère par conséquent de préciser « **au moins** une voix délibérative et une voix consultative ».

D'un autre côté, l'amendement 23 a encore suscité une opposition formelle. En effet, la Haute Corporation constate que le projet de loi distingue entre un réseau de compétences pour le diabète adulte et un réseau de compétences pour le diabète de l'enfant. Elle se demande s'il ne faut pas retenir également cette distinction pour l'obésité morbide et alors renommer le réseau de compétences « diabète de l'enfant », « diabète et obésité morbide de l'enfant ».

En outre, pour ce qui est d'une remarque d'un membre du groupe politique CSV concernant le comité de gestion interhospitalière, Madame la Ministre partage l'avis qu'un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie devrait y figurer. Pour ce qui est des deux représentants du Ministère, Madame la Ministre propose de préciser que les deux représentants du Ministère sont en fait un représentant du Ministère ainsi que le directeur de la Santé.

Pour ce qui est de l'avis complémentaire du Conseil d'État, un membre du groupe politique CSV constate que l'avis ne s'est pas montré très critique voire relativement bref, vu le nombre d'amendements parlementaires. L'orateur se dit notamment surpris que, suite à la décision de la commission parlementaire de ne pas suivre le Conseil d'État dans son premier avis concernant la suggestion de mentionner expressément le contrôle de la Cour des Comptes, le Conseil d'État n'y consacre pas un mot dans son avis complémentaire. Il en est de même pour la proposition de la commission de consacrer une nouvelle disposition à la Direction de la Santé, alors que le présent projet de loi n'a aucun rapport avec cette dernière.

L'orateur est d'accord pour dire que, par les amendements parlementaires, l'on a certes tenté de s'adapter à la réalité du terrain. Néanmoins, à son avis, il existe encore au moins un point qui pourra susciter des discussions dans le secteur concerné. En effet, lors des discussions au sein de la commission parlementaire, il a été retenu que les deux institutions, à savoir le Centre François Baclesse et l'INCCI, ne devraient pas être intégrées dans un seul hôpital mais devraient fonctionner comme un réseau de compétences. Or, le libellé actuel ne tient pas compte de ce raisonnement, malgré ce qui a été retenu par la commission.

Madame la Ministre affirme qu'il a été retenu en commission de maintenir le fonctionnement actuel des deux institutions. Si la commission est d'avis que le libellé actuel du projet de loi ne reproduit pas de façon explicite cette idée, le texte pourra toujours être adapté.

Un membre du groupe politique DP partage la remarque de l'orateur du groupe politique CSV. Par ailleurs, l'orateur rappelle qu'il est primordial que tous les établissements hospitaliers participent dans les réseaux de compétences afin de pouvoir garantir/assurer une masse critique nécessaire dans les différents domaines. Par ailleurs, il salue qu'en vertu du libellé actuel de l'article 14, il est retenu que les équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières, déterminés à l'annexe 3, doivent être accessibles pour tous les médecins qualifiés qui font partie d'un réseau de compétences. Il constate néanmoins qu'il a été retenu dans la commission parlementaire lors de l'examen du premier avis du Conseil d'État que chaque établissement hospitalier doit disposer d'un service de neurochirurgie de base ainsi que d'un service d'ophtalmologie de base. Il saluerait dès lors un redressement de l'article 4 du projet de loi et des définitions dans les annexes dans ce sens. Finalement il estime indispensable que les deux institutions précitées, le Centre François Baclesse et l'INCCI, demeurent indépendantes en ce qui concerne leur procédure de recrutement.

Madame la Ministre se rallie à la proposition d'adapter l'article 4 dans le sens préconisé par le membre du groupe politique DP.

*

La commission procède ensuite à l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'État sur base d'un tableau de textes juxtaposés élaboré par le Ministère de la Santé, envoyé à la commission par courrier électronique et distribué lors de la présente réunion.

À titre liminaire, l'expert gouvernemental propose de suivre l'observation d'ordre légistique du Conseil d'État dans son avis complémentaire. La commission y marque son accord.

Amendement 1 - Article 1^{er}

Dans son avis complémentaire du 26 septembre 2017, le Conseil d'État note que, comme les établissements figurant aux points a) à d) (1. à 4. selon le Conseil d'État) du paragraphe 1^{er} et ceux figurant aux points 1. à 6. du paragraphe 3 sont les mêmes et que le paragraphe 3 donne les définitions de différentes expressions, il y aurait lieu de formuler la dernière phrase du paragraphe 1^{er} de l'article 1^{er} comme suit:

« Les établissements visés aux points 1. à 4. sont désignés par l'expression « établissement hospitalier ». »

La commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, décide de reprendre la numérotation proposée par le Conseil d'État pour le paragraphe 1^{er}.

Pour ce qui est de la définition du centre de diagnostic, la Haute Corporation note dans son avis complémentaire que la commission parlementaire a décidé de reprendre la proposition du Conseil d'État de maintenir, dans la définition du « centre de diagnostic », la notion de « tout établissement qui répond à des besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques de patients », tout en disposant au dernier paragraphe que le terme de « centre de diagnostic » est réservé aux établissements dûment autorisés et, à l'article 6, qu'aucun centre de diagnostic répondant à ces critères ne pourra être autorisé. Pour que ces dispositions soient effectives il faudra, d'après le Conseil d'État, préciser comment se délimitera en pratique un centre de diagnostic par rapport à un cabinet médical de ville, où sont évidemment également assurées certaines prises en charge diagnostiques de patients.

Le Conseil d'État suggère que cette délimitation pourrait notamment s'opérer en précisant quels équipements médico-techniques à visée diagnostique doivent être réservés au milieu hospitalier, y compris les centres de diagnostic. Une telle liste existe actuellement et figure dans le règlement grand-ducal du 17 juin 1993 fixant la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical.

L'expert gouvernemental note que cette observation du Conseil d'État ne nécessite pas une reformulation du texte du projet de loi. Néanmoins, il estime qu'il conviendrait de réfléchir à une modification future du règlement grand-ducal du 17 juin 1993.

Un membre du groupe politique DP estime que dans le futur de plus en plus de patients seront dirigés vers ou pris en charge par le domaine de l'ambulatoire, domaine qui évolue de manière permanente. Ce point de vue est partagé par un membre du groupe politique CSV qui demande à ce que le la commission se voie transmettre le règlement grand-ducal une fois adapté.

Amendement 3 - Article 3

Dans son avis complémentaire du 26 septembre 2017, le Conseil d'État note que la commission parlementaire a donné suite à la proposition de la Haute Corporation de supprimer la disposition qui prévoyait que l'évaluation des besoins sanitaires nationaux détermine les pathologies ou groupes de pathologies pouvant être prises en charge dans des réseaux de compétences, alors que c'est l'article 12 qui procède à cette détermination. Par contre, le besoin de chaque réseau de compétences doit faire l'objet d'une telle évaluation, comme l'article 28 tel qu'amendé dispose au troisième alinéa de son paragraphe 9 que « 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 corresponde plus aux besoins sanitaires nationaux. »

Par conséquent, le Conseil d'État propose de compléter le point 1 du paragraphe 1^{er} de l'article 3 comme suit:

« 1. définir les besoins au niveau national en établissements hospitaliers et en réseaux de compétence ».

L'expert gouvernemental propose de reprendre la proposition de texte du Conseil d'État pour le point 1 du paragraphe 1^{er}.

La commission décide de suivre le Conseil d'État moins l'abstention du groupe politique CSV.

Article 4

L'expert gouvernemental revient à la remarque du membre du groupe politique DP concernant les deux institutions, le Centre François Baclesse et l'INCCI.

En effet, si effectivement la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque et la radiothérapie sont qualifiées dans le texte coordonné amendé de service national en tant que tel, leur exploitation ne peut être autorisée que dans un seul établissement hospitalier. L'expert gouvernemental souligne encore qu'il n'a jamais été question de remettre en cause l'indépendance de ces deux institutions. Il renvoie dans ce contexte au paragraphe 1^{er} de l'article 5 du projet de loi amendé duquel il résulte que « les services hospitaliers nationaux suivants peuvent constituer un établissement hospitalier spécialisé de:

1. cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque avec un nombre maximum de 30 lits aigus pouvant y être autorisé,

2. radiothérapie avec un nombre maximum de 2 lits aigus pouvant y être autorisé. »

En vue d'éviter toute ambiguïté, l'expert gouvernemental propose de supprimer les points 19 et 20 de l'article 5 du projet de loi. Une nouvelle proposition de texte sera préparée par l'expert gouvernemental pour la prochaine réunion de la commission.

L'amendement est adopté par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV.

Pour ce qui est de la remarque du membre du groupe politique DP, que la commission parlementaire avait retenu lors de l'examen du premier avis du Conseil d'État que chaque établissement hospitalier devrait disposer d'un service de neurochirurgie de base ainsi que d'un service d'ophtalmologie de base, l'expert gouvernemental renvoie à la définition du service « ophtalmologie spécialisée » dans l'annexe 2.

En effet, ce service national y est défini comme 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. Il garantit la continuité des soins sur le plan national et participe au service d'urgence. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. Dans ce service seront effectuées les interventions ophtalmologiques stationnaires plus complexes et ce service participera au service d'urgence 24 h/24. Il convient également de rappeler à cet endroit que les interventions de chirurgie ophtalmologique ambulatoire (p.ex. cataracte) pourront toujours être prestées dans tous les centres hospitaliers.

Par conséquent les activités d'ophtalmologie qui ne sont pas effectuées dans le service national, peuvent être faites en tant qu'activité ambulatoire dans le cadre des hôpitaux de jour et ne doivent pas nécessairement être effectuées dans le service spécialisé. Par conséquent, l'activité de base de l'ophtalmologue peut être garantie dans les hôpitaux de jour, néanmoins l'activité spécialisée et la garde sont centralisées dans un établissement dans le cadre d'un service national. Les motifs d'hospitalisation doivent être documentés.

Pour ce qui est du service de neurochirurgie, l'annexe 2 définit ce service national comme 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 d'imagerie médicale pratiquant la neuro-imagerie interventionnelle, un service de neurologie, un service neuro-vasculaire (de niveau 2) et un service de soins intensifs pratiquant des soins intensifs spécialisés et neurologie et en neurochirurgie; 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'un autre site réalisant des interventions sur le squelette axial, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de neurochirurgie est autorisé à pratiquer la chirurgie stéréotaxique à condition de disposer de l'équipement nécessaire. Un centre de compétences pourrait être créé.

L'orateur du groupe politique DP se demande à combien s'élève le nombre d'hernies discales prises en charge par la neurochirurgie et celles prises en charge par l'orthopédie,

une question qu'il annonce d'ailleurs également vouloir soulever lors de l'examen du rapport du projet de loi en séance plénière.

L'expert gouvernemental renvoie dans ce contexte à la définition de l'unité des soins définie à l'article 2 comme une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion communes.

À la question d'un membre du groupe politique CSV de savoir si une hernie discale ne pourra à l'avenir uniquement être traitée dans un centre de neurochirurgie, il est répondu par la négative. L'expert gouvernemental précise qu'une hernie discale pourra également être traitée par un neurochirurgien dans les hôpitaux ne disposant pas d'un service de neurochirurgie explicitement prévu. L'expert gouvernemental rappelle dans ce contexte que dans les hôpitaux toute une série d'activités seront exercées, sans être expressément énumérées dans les définitions respectives des services. Le défaut d'énumération dans les définitions respectives n'empêchera pas leur exercice dans les hôpitaux, et ceci notamment en collaboration avec les services pour le volet stationnaire ou encore dans le cadre de l'unité de soins. Il est également renvoyé à l'article 2 du projet de loi, dans lequel « l'unité de soins » est définie comme « une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion communes ».

La commission décide de maintenir le texte dans sa teneur actuelle, moins l'abstention du groupe politique CSV.

Amendement 10 - Article 10

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État note qu'avec cet amendement, le législateur veut déterminer certaines normes pour différents services hospitaliers par voie réglementaire. Le Conseil d'État rappelle que d'après le libellé de l'article 32, paragraphe 3, de la Constitution tel qu'il résulte de la loi de révision constitutionnelle du 18 octobre 2016, « dans les matières réservées à la loi par la Constitution, le Grand-Duc ne peut prendre des règlements et arrêtés qu'en vertu d'une disposition légale particulière qui fixe l'objectif des mesures d'exécution et, le cas échéant, les conditions auxquelles elles sont soumises ». Selon les travaux de la Commission des institutions et de la révision constitutionnelle, il faut donc que « tout en assurant au pouvoir exécutif la faculté de régler les détails d'une matière réservée, les principes et points essentiels restent du domaine de la loi ».

Par conséquent, le Conseil d'État note que les précisions qu'un règlement grand-ducal devrait apporter ne peuvent donc que se rapporter à des principes et points essentiels déterminés dans le texte légal, en d'autres mots à des normes qui figurent pour les services concernés à l'annexe 2. Aussi, le Conseil d'État propose de formuler la première phrase de l'article 10 comme suit :

« Les normes des services hospitaliers mentionnées aux articles 4 et 5 et qui figurent à l'annexe 2 peuvent être précisées par règlement grand-ducal en ce qui concerne: »

La commission décide, moins l'abstention du groupe politique CSV, de reprendre la proposition de texte du Conseil d'État à l'endroit de la première phrase de l'article 10.

Amendement 13 - Article 14

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État note qu'avec cet amendement l'opposition formelle relative à cet article peut être levée. Néanmoins, il relève encore que, comme le subventionnement de ces équipements et appareils médicaux est prévu aux articles 15,

point 1, et 18, paragraphe 2, la disposition figurant à la deuxième phrase du premier paragraphe est redondante et peut être supprimée.

La troisième phrase de ce paragraphe dispose que « ces appareils doivent être accessibles pour tous les médecins qualifiés qui font partie d'un réseau de compétences ». La Haute Corporation estime que cette phrase, qui n'est pas commentée par les auteurs, manque de précision. Elle se demande qui détermine le niveau de qualification requise? Par ailleurs, elle souhaite savoir quels sont les réseaux de compétences visés pour les différents appareils? En outre, elle se demande comment et par qui les modalités d'accès seront-elles déterminées? De plus, le Conseil d'État estime que cette disposition risque de se trouver en porte-à-faux avec le paragraphe 5 qui doit fournir la base légale à des textes existants, comme le règlement grand-ducal du 18 mars 2000 fixant les conditions d'accès et d'utilisation de l'appareillage pour ostéodensitométrie au Luxembourg. Le Conseil d'État estime que l'accès de médecins à de tels équipements dans le cadre de réseaux de compétences devra être réglé par le projet de réseau de service qui, selon l'article 28, doit préciser les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau. Le Conseil d'État demande donc que cette troisième phrase soit également supprimée.

La commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, décide de supprimer ces deux phrases tel que suggéré par le Conseil d'État.

Un membre du groupe politique DP attire l'attention sur le paragraphe 5 de l'article sous examen dans sa version amendée qui dispose que : « (5) Un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions d'accès et d'utilisation des appareils et équipements médicaux mentionnés au paragraphe 1^{er} par des usagers extérieurs à l'établissement propriétaire, le collège médical et la commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis. » L'orateur estime que cette tâche - notamment celle de décider qui dispose de la capacité nécessaire/requise - devrait incomber au ministre compétent, et propose dès lors de supprimer cette phrase.

Des membres du groupe politique CSV, relevant que le collège médical accorde l'autorisation d'exercer, suggèrent de maintenir la disposition en cause, qui constitue une approche traditionnelle dans le cadre de la procédure législative ordinaire.

Suite à la proposition d'un membre du groupe politique CSV d'intégrer également la CNS, l'expert gouvernemental précise que la CNS fait déjà partie intégrante de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

Amendement 18 - Article 23

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État note qu'avec cet amendement, les auteurs prévoient que le Conseil médical et la délégation du personnel soient représentés et par une voix délibérative, et par une voix consultative, au sein de l'organisme gestionnaire. Le Conseil d'État s'interroge sur l'utilité de pourvoir un organe, qui dispose d'une voix consultative en plus d'une voix délibérative.

Il constate que les auteurs ont introduit dans cet article la notion de « conflit d'intérêts », sans autre précision. Le Conseil d'État estime que cette disposition est problématique. En effet, de nombreuses dispositions légales ont configuré la composition de différents conseils d'administration justement de façon à ce que les intérêts de différentes parties prenantes puissent y être pris en compte. Il estime que si les auteurs insistent à maintenir cette notion, le Conseil d'État propose de recourir à une formule utilisée pour les conseils d'administration de plusieurs établissements publics en ce qui concerne les fonctionnaires qui y siègent et de

s'inspirer d'une disposition de la loi communale du 13 décembre 1988 en ce qui concerne des conflits d'intérêt personnel.

Une telle disposition pourrait être libellée comme suit selon le Conseil d'État:

« Ne peuvent devenir membres d'un organisme gestionnaire le ou les fonctionnaires qui, en vertu de leurs fonctions, sont appelés à surveiller ou à contrôler l'établissement hospitalier ou qui, en vertu des pouvoirs leur délégués, approuvent des actes administratifs ou signent des ordonnances de paiement ou d'autres pièces administratives entraînant une dépense de l'État en faveur de l'établissement hospitalier.

Il est interdit à tout membre d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier d'être présent aux délibérations sur des objets auxquels il a un intérêt direct, soit personnellement, soit comme chargé d'affaires ou fondé de pouvoir ou auxquels, son conjoint, son partenaire au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclusivement ont un intérêt personnel et direct. Cette interdiction s'applique tant aux discussions qu'au vote. »

La commission est informée du souhait de certains établissements hospitaliers de pouvoir éventuellement nommer plus d'un membre du Conseil médical et de la délégation du personnel avec une voix délibérative au sein d'un organisme gestionnaire si les statuts ou les textes organiques de ces établissements hospitaliers le permettent.

La commission estime qu'au minimum un représentant du Conseil médical et un représentant de la délégation du personnel doivent disposer d'un droit de vote et qu'un autre représentant de ces deux organismes doit disposer d'une voix consultative au sein d'un organisme gestionnaire, tout en laissant la flexibilité aux statuts ou autres textes organiques de certains établissements de prévoir un nombre plus élevé de membres disposant d'un droit de vote pour le Conseil médical et la représentation du personnel au sein d'un organisme gestionnaire.

Suite à une question afférente du membre de la sensibilité politique déi Lénk, il est confirmé qu'une composition paritaire est garantie.

Dans ce contexte, la commission souhaite qu'un certain équilibre soit maintenu au sein des organismes gestionnaires des établissements hospitaliers entre les représentants du Conseil médical et ceux de la délégation du personnel. Ainsi, aux yeux de la commission, le nombre de membres du Conseil médical et de la délégation du personnel disposant d'une voix délibérative ou consultative au sein de chaque organisme gestionnaire doit être identique.

La commission entend également reprendre les deux alinéas proposés par le Conseil d'État au paragraphe 5 relatifs aux conflits d'intérêts tout en ajoutant à la fin de ce paragraphe la condition que si un tel conflit d'intérêts se présente lors d'une délibération d'un organisme gestionnaire, mention en devra être faite au procès-verbal de la réunion dudit organisme.

Par conséquent, la commission propose de modifier les deux dernières phrases du paragraphe 4 de l'article 23 comme suit:

« Le Conseil médical de l'établissement hospitalier doit être représenté avec **au moins** une voix délibérative et une voix consultative au sein de l'organisme gestionnaire. **Il en est de même pour la délégation du personnel de l'établissement hospitalier, La même représentation doit être garantie pour la délégation du personnel au sein de l'organisme gestionnaire** sans préjudice des dispositions des articles L.426-1, L.426-2 et L.426-3 et suivants du Code du travail qui s'appliquent aux établissements hospitaliers qui revêtent la forme juridique y visée. »

En outre, la commission propose de remplacer le 1^{er} alinéa du paragraphe 5 de l'article 23 par les trois alinéas suivants :

« (5) Les membres de l'organisme gestionnaire agissent dans l'intérêt de l'établissement hospitalier.

Ne peuvent devenir membres d'un organisme gestionnaire le ou les fonctionnaires qui, en vertu de leurs fonctions, sont appelés à surveiller ou à contrôler l'établissement hospitalier ou qui, en vertu des pouvoirs leur délégués, approuvent des actes administratifs ou signent des ordonnances de paiement ou d'autres pièces administratives entraînant une dépense de l'État en faveur de l'établissement hospitalier.

Il est interdit à tout membre d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier d'être présent aux délibérations sur des objets auxquels il a un intérêt direct, soit personnellement, soit comme chargé d'affaires ou fondé de pouvoir ou auxquels, son conjoint, son partenaire au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclusivement ont un intérêt personnel et direct. Cette interdiction s'applique tant aux discussions qu'au vote. **Mention en est faite au procès-verbal de la réunion de l'organisme gestionnaire.** »

La commission adopte ces propositions, moins l'abstention du groupe politique CSV.

Amendement 23 - Article 28

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État constate que le cancer reste le seul groupe de pathologies pour lequel les auteurs prévoient deux réseaux de compétences, dont un seul devra intégrer le service national de radiothérapie. Ceci semble difficilement concevable d'après la Haute Corporation. Comment ces deux réseaux interagiront-ils? Est-ce qu'ils seront complémentaires ou concurrentiels? Pourquoi un réseau aurait-il des relations privilégiées avec le service national de radiothérapie? Est-ce qu'il appartiendra à l'établissement hospitalier spécialisé qui exploite ce service de choisir le réseau dont il fera partie et de choisir l'hôpital avec lequel il élaborera un tel projet? Le Conseil d'État estime qu'il est préférable que les auteurs prévoient ou bien un seul réseau de compétences, ou bien deux réseaux de compétences sans y imposer une collaboration disparate du service national de radiothérapie.

En outre, le Conseil d'État prend note que les auteurs distinguent entre un réseau de compétences pour le diabète adulte et un réseau de compétences pour le diabète de l'enfant. Le Conseil d'État se demande s'il ne faut pas retenir également cette distinction pour l'obésité morbide et alors renommer le réseau de compétences « diabète de l'enfant », « diabète et obésité morbide de l'enfant ».

Les auteurs ont donné suite à la proposition du Conseil d'État de conférer également au comité de gestion interhospitalière la mission actuellement attribuée au Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières. Le Conseil d'État estime que ceci devrait avoir des conséquences sur la composition du comité de gestion interhospitalière. D'abord, il n'y aurait pas lieu de faire participer un représentant des établissements de recherche à cette mission qui ne les concerne pas. Ensuite, la composition de l'actuel Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières, déterminée par voie réglementaire, comprend le directeur de la santé ou son représentant (qui le préside) et un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie. Le Conseil d'État estime que les représentants de ces deux entités devraient continuer à faire partie du nouveau comité de gestion interhospitalière. Il propose aussi de diminuer par conséquent le nombre de représentants du ministre à un. Finalement,

le Conseil d'État est d'avis qu'il faut éviter de prévoir dans le comité des membres qui ne seront que partiellement effectifs, c'est-à-dire en fonction des thèmes abordés. Il propose dès lors de prévoir que le représentant des établissements de recherche et celui représentant une association de patients concernés disposent d'une voix consultative.

Il propose par conséquent de formuler le paragraphe 5 du nouvel article 26 comme suit :

« (5) Il est créé un Comité de gestion interhospitalière qui est composé des membres suivants :

1. quatre membres désignés par les directions des hôpitaux;
2. deux représentants de la Conférence nationale des conseils médicaux ;
3. deux représentants du Conseil supérieur des professions de santé ;
4. un représentant du ministre ;
5. le directeur de la santé ou son représentant;
6. un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie ;
7. un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions.

En cas de discussion d'un projet de réseau de compétences, le comité est élargi à un représentant des établissements de recherche et un représentant de l'association la plus représentative des patients les plus concernés par la pathologie ou le groupe de pathologies visés qui participent aux délibérations avec voix consultative ».

Afin d'éviter toute équivoque qui pourrait laisser croire que le comité de gestion interhospitalière, qui ne dispose pas de la personnalité juridique, soit doté d'un pouvoir normatif, le Conseil d'État propose de reformuler les dispositions conférant à ce comité les missions « de retenir les modalités organisationnelles des réseaux de compétences » et de « définir le système d'assurance qualité des prestations hospitalières » comme suit:

« de proposer des modèles de modalités organisationnelles pour les réseaux de compétences »

et « d'élaborer des recommandations pour le système d'assurance qualité des prestations hospitalières... ».

Pour ce qui est du dernier point dans l'avis du Conseil d'État, l'expert gouvernemental propose de ne pas suivre le Conseil d'État dans sa proposition de texte concernant les points 2. et 6. et de maintenir le texte initial pour ces points. La commission décide de suivre cette suggestion.

La commission estime que pour le groupe de pathologies du cancer deux réseaux de compétences doivent pouvoir être autorisés et que le Centre François Baclesse devra participer à ces deux réseaux.

La commission a également fait sienne la proposition du Conseil d'État de prévoir un réseau de compétences du diabète et de l'obésité morbide de l'adulte ainsi qu'un réseau de compétences du diabète et de l'obésité morbide de l'enfant.

En ce qui concerne la composition du Comité de gestion interhospitalière, la commission reprend la proposition du Conseil d'État de réduire le nombre de représentants du ministre à

un représentant, d'y nommer le directeur de la Santé ou son représentant et d'y nommer un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie.

Or, la commission n'entend pas suivre la proposition du Conseil d'État de supprimer le membre représentant les établissements de recherche alors que le paragraphe 1^{er} de cet article prévoit qu'un réseau de compétences peut inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche et qu'ils peuvent exercer une mission de recherche et d'enseignement.

Par ailleurs, en cas de discussion concernant un projet de réseau de compétences, la commission a entendu maintenir comme membre avec voix délibérative (et non pas seulement avec voix consultative) du prédit Comité un représentant de l'association des patients la plus représentative de la pathologie visée alors que la démarche participative à un réseau de compétences de représentants de patients visés par la pathologie en question est importante.

Pour ce qui est du rôle des patients dans la gestion interhospitalière, question soulevée par un membre du groupe politique CSV, il est renvoyé au point 9 de l'article sous examen 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. »

La commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, propose par conséquent de conférer au paragraphe 2 de l'article 28 du projet de loi la teneur suivante :

« (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:

1. accidents vasculaires cérébraux (1);
2. cancers, **dont un réseau** intégrant le service de radiothérapie (2);
3. affections rachidiennes à traitement chirurgical (1);
4. diabète et obésité morbide de l'adulte (1);
5. diabète et obésité morbide de l'enfant (1);
6. **obésité morbide (1);**
7. ~~6.~~ immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1);
8. ~~7.~~ maladies psychosomatiques (1);
9. ~~8.~~ douleur chronique (1);
10. ~~9.~~ maladies neuro-dégénératives (1). »

En outre, la commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, propose de conférer au paragraphe 5 de l'article 28 du projet de loi la teneur suivante :

« (5) Il est créé un Comité de gestion interhospitalière qui est composé des **13** membres suivants:

1. quatre membres désignés par les directions des hôpitaux;

2. deux représentants de la Conférence nationale des conseils médicaux;
3. deux représentants du Conseil supérieur des professions de santé;
4. **deux** un représentant du ministre;
5. un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions;
6. un membre représentant les établissements de recherche;
- 7. le directeur de la santé ou son représentant;**
- 8. un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie;**
9. 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. »

3. Divers

Aucun point divers n'est soulevé.

Le Secrétaire-Administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente de la Commission de la Santé, de l'Egalité
des chances et des Sports,
Cécile Hemmen