



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

Procès-verbal de la réunion du 24 octobre 2017

Ordre du jour :

1. 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

- Continuation de l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'État
2. Divers

*

Présents : M. Marc Baum, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Martine Hansen remplaçant Mme Nancy Arendt, 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. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé
Dr Jean-Claude Schmit, directeur de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt

M. Fernand Kartheiser, observateur délégué

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

1. 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**

Amendement 25 - Article 30

Pour des raisons de lisibilité, le Conseil d'État propose dans son avis complémentaire de faire figurer la disposition du paragraphe 4 de l'article nouveau 30 en tant que deuxième phrase du premier alinéa du paragraphe 1^{er} de l'article 31 nouveau, ce qui permet par ailleurs d'y supprimer l'alinéa 4 devenu redondant.

La commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, décide de suivre le Conseil d'État et d'introduire la disposition du paragraphe 4 au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} de l'article 31 du projet de loi.

Amendement 26 - Article 31

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État suggère de modifier le paragraphe 1^{er} comme proposé dans ses observations concernant l'amendement 25.

Comme le texte sous avis ne précise plus qui est doté du pouvoir de nomination des médecins, le Conseil d'État propose de reformuler le paragraphe 4 du nouvel article 31 comme suit:

«(4) Il propose à l'instance dotée du pouvoir de nomination les engagements, les agréments ou révocations de médecins. Ces propositions ne pourront se faire qu'après avoir entendu le Conseil médical en son avis. »

La Haute Corporation note encore que l'amendement sous rubrique permet de lever l'opposition formelle relative à l'ancien article 33.

Comme retenu sous l'examen de l'avis du Conseil d'État concernant l'amendement 25, la commission décide de suivre le haute Corporation et de compléter le paragraphe 1^{er} in fine par la phrase suivante :

« Le directeur général est le chef hiérarchique du directeur médical, du directeur des soins et du directeur administratif et financier de l'établissement.»

La commission entend reprendre le texte proposé par le Conseil d'État au paragraphe 4 de l'article 31 tout en remplaçant – sur proposition d'un

membre du groupe politique DP -le terme «il» par «le directeur médical» afin d'éviter toute équivoque en ce qui concerne l'auteur de cette initiative de proposition.

La commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, propose par conséquent de libeller le paragraphe 4 de l'article 31 comme suit:

« (4) † **Le directeur médical** propose à l'instance dotée du pouvoir de nomination les engagements, les agréments ou révocations de médecins. Ces propositions ne pourront se faire qu'après avoir entendu le Conseil médical en son avis. »

Amendement 27 - Article 32

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État note dans son observation d'ordre légistique que l'article 32, paragraphe 5 est à reformuler comme suit :

« (5) *Le Conseil médical peut émettre un avis renforcé lorsque les questions lui soumises pour avis par l'organisme gestionnaire concernent :*

- 1. les dispositions du règlement général relatives à l'organigramme structurel du département médical et à la composition du Conseil médical,*
- 2. la nomination du directeur médical,*
- 3. la nomination des médecins responsables de service,*
- 4. les méthodes de contrôle de qualité de l'activité médicale,*
- 5. le licenciement ou le retrait d'agrément d'un médecin hors motif grave.*

Lorsque cet avis a été pris à la majorité des deux tiers des membres votants du Conseil médical et que le gestionnaire ne peut s'y rallier, ce dernier ne peut prendre de décision en la matière que suivant la procédure prévue au paragraphe 7. »

Tout en notant que le Conseil d'État ne propose pas un changement des compétences du Conseil médical mais uniquement un changement dans la formulation, la commission est d'accord pour reprendre cette proposition du Conseil d'État, puisque cette formulation est plus claire.

En outre, le Conseil d'État constate encore dans son avis complémentaire que la suspension dont il est question au paragraphe 7 concerne le processus de décision, et non pas la décision définitive de l'organisme gestionnaire qui ne survient qu'à la fin de ce processus.

Concernant le délai de cette suspension qui ne peut dépasser trois mois, la Haute Corporation note qu'il y a lieu de préciser son début. Elle propose par conséquent de formuler l'alinéa 3 du paragraphe 7 comme suit:

« La prise de décision de l'organisme gestionnaire est suspendue à partir de la désignation du médiateur et jusqu'à l'aboutissement de la procédure de médiation, sans que le délai de suspension puisse dépasser trois mois. »

Un membre du groupe politique CSV note qu'il n'y a pas non plus de délai prévu concernant la désignation du médiateur. L'expert gouvernemental explique que si aucun accord ne peut être trouvé, le médiateur sera nommé par le directeur de la Santé dans les meilleurs délais.

Pour ce qui est de la disposition « Les résolutions du Conseil médical sont arrêtées à la majorité des voix. » (première phrase du dernier alinéa du

paragraphe 6), un autre membre du groupe politique CSV estime qu'il y a lieu de compléter cette phrase par « sous réserve des avis renforcés » parce qu'une majorité des deux tiers est requise en l'occurrence. L'expert gouvernemental rappelle qu'il s'agit en l'occurrence d'une reprise du texte du règlement grand-ducal et note qu'une telle réserve figure déjà dans l'alinéa précédent (« (6) Sous réserve des avis renforcés qui sont toujours donnés par écrit, les avis du Conseil médical peuvent être soit donnés par écrit, soit exprimés oralement au cours d'une réunion de l'organisme gestionnaire. (...) »), de sorte qu'une telle précision dans l'alinéa sous examen serait par conséquent redondante. La commission décide (contre 4 voix, à savoir M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Martine Hansen, Mme Françoise Hetto-Gaasch et Mme Martine Mergen) de ne pas reprendre cette suggestion du membre du groupe politique CSV.

La commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, décide de reprendre la proposition du Conseil d'État pour l'alinéa 3 du paragraphe 7.

Amendement 28 - Article 33

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État note que cet amendement s'inspire largement d'une proposition de texte formulée par le Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2016. Ce texte règle la relation du médecin avec l'établissement hospitalier dans lequel il exerce, indépendamment de son statut, qui peut être celui d'un médecin salarié sous contrat de travail ou celui d'un médecin libéral sur base d'un contrat de collaboration avec l'établissement hospitalier. De même, le projet de loi sous avis définit une structuration homogène pour tout établissement hospitalier, structuré selon l'article 1^{er} en services qui constituent son unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital. Le médecin hospitalier est appelé à y exercer son activité à titre principal ou accessoire et en respecte le règlement interne. La loi ne différencie donc pas entre, d'une part, des établissements hospitaliers fonctionnant sous régime « fermé » et, d'autre part, des établissements hospitaliers sous régime « ouvert », qui se caractériseraient par le fait que l'hôpital en soi n'a pas de patients et se borne à mettre son personnel et ses services à la disposition des médecins exerçant en son sein.

En effet, le Conseil d'État constate que le projet de loi, tel qu'amendé, redéfinit dans le détail les relations entre hôpital et médecin dans la prise en charge globale du patient, et ceci quel que soit le statut du médecin hospitalier.

La Haute Corporation rappelle que la notion de contrat-type d'un contrat d'agrément pour prestataires des soins non-salariés dans les établissements hospitaliers a été mise en place par l'article 31 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dont c'était l'unique objet. Les auteurs estimaient alors qu'il s'agissait « d'harmoniser des stipulations contractuelles sans imposer une quelconque restriction à la liberté d'exercice d'une profession indépendante. »

En outre, il est encore rappelé par le Conseil d'État qu'en 2010, les auteurs du projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la Sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ont, sur une proposition du Conseil d'État, remplacé l'expression de « contrat d'agrément » par celle de « contrat de collaboration », qui rend mieux compte d'une relation de partenariat de deux

prestataires de soins impliqués dans une prise en charge concomitante du patient. Déjà en 2010, les auteurs notaient que «(...) d'une part, malgré la signature en 2002 d'un accord entre l'Association des médecins et des médecins-dentistes et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois portant sur le contrat type, de nombreux contrats types ne semblent pas correspondre à son contenu. D'autre part, si la démarche choisie a comme mérite la recherche d'un accord entre organismes représentatifs des établissements hospitaliers et des prestataires concernés, la régularité constitutionnelle de ce type de mécanisme est sujette à caution.»

Un nouvel alinéa dans l'article en question avait pour objet de «préciser le statut du médecin hospitalier en clarifiant sa position dans le fonctionnement interne de l'établissement hospitalier». Dans son avis sur le projet de loi précité du 23 novembre 2010, le Conseil d'État recommandait de faire abstraction de l'alinéa portant sur un contrat-type, mais n'a pas été suivi par les auteurs, qui ont par contre repris la proposition de texte du Conseil d'État sur les principes à la base des modalités de collaboration du médecin hospitalier, quel que soit son statut. Le Conseil d'État estimait dans son avis relatif au projet de loi précité, que la loi peut «prévoir des principes à faire respecter par les médecins dans les hôpitaux, quel que soit leur statut contractuel. Ces principes ne doivent pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour garantir un fonctionnement adéquat des hôpitaux, tant dans le but de maintenir sur le territoire national un service médical de qualité, équilibré et accessible à tous, que dans celui de préserver l'équilibre financier du système de sécurité sociale.»

En effet, en vertu de l'article 11 (6) de la Constitution, la loi garantit l'exercice de la profession libérale, et donc celle du médecin libéral à l'hôpital, sauf les restrictions à établir par le pouvoir législatif.

Depuis que les auteurs ont précisé dans l'article en question les modalités de collaboration entre l'hôpital et le médecin notamment libéral, et donc les restrictions que la loi apporte à l'exercice de la médecine en tant que profession d'indépendant, la disposition ayant trait à un contrat-type ne peut donc plus se lire indépendamment des dispositions qui précèdent dans cet article. Un contrat-type ne peut pas apporter des restrictions à l'exercice médical qui iraient au-delà de ce qui est prévu dans les dispositions légales, ni prévoir des dispositions qui seraient contraires à la loi, mais pourra tout au plus régler le détail d'éléments dénués de toute plus-value normative.

Le Conseil d'État estime que tel que le texte est libellé suite aux amendements sous revue, la procédure d'établissement d'un contrat-type dont les dispositions s'imposeront aux futurs contractants est 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 toutes modifications 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.

Afin d'assurer l'applicabilité d'un contrat-type en fonction de sa conformité constitutionnelle, le Conseil d'État suggère que les auteurs précisent dans le texte sous revue les éléments concernant les modalités de collaboration entre hôpital et médecin libéral qui peuvent être précisés dans un contrat-type, tout en veillant au respect des attributions de la Conférence nationale des conseils médicaux.

En vue de faire droit à l'opposition formelle du Conseil d'État, l'expert gouvernemental propose de préciser au paragraphe 7 de l'article 33 *«les éléments concernant les modalités de collaboration entre hôpital et médecin libéral qui peuvent être précisés dans un contrat-type, tout en veillant au respect des attributions de la Conférence nationale des conseils médicaux.»*

La modification à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 7 du présent article tient tout d'abord compte du fait que, conformément à l'article 32 de la présente loi, la Conférence nationale des conseils médicaux est l'organe représentatif des médecins hospitaliers au niveau national. Ainsi, il revient à cet organe d'arrêter d'un commun accord avec les groupements des hôpitaux, prévus à l'article 62 du Code de la sécurité sociale, le contrat-type de collaboration conclu entre les médecins libéraux et les établissements hospitaliers auxquels ils sont agréés.

Par ailleurs, il est proposé d'indiquer dans les points 1 à 8 du paragraphe 7 le contenu minimal de ce contrat de collaboration sans ajouter de restrictions à l'exercice médical qui iraient au-delà ou qui seraient contraires aux dispositions de la présente loi.

Par conséquent, il est proposé de modifier le paragraphe 7 de l'article 33 du projet de loi comme suit :

«(7) Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration. Ce contrat doit correspondre à un contrat-type qui est arrêté d'un commun accord entre **la Conférence nationale des conseils médicaux** ~~les différents groupements professionnels des prestataires de soins~~ et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du Code de la sécurité sociale.

À défaut d'accord endéans les 12 mois, le ministre peut en arrêter le contenu.

Le modèle de **contrat-type de collaboration** une fois arrêté fait, à l'initiative du ministre, l'objet d'une publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le contenu minimal du contrat-type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés comprend:

1. son objet et les activités médicales que le médecin exerce dans

l'établissement hospitalier,

2. le respect des objectifs de qualité et de sécurité arrêtés par l'établissement hospitalier conformément au règlement général de l'établissement et aux considérations du comité de gestion interhospitalière,

3. la durée du contrat et ses règles de prorogation,

4. les conditions d'accès aux unités de soins ainsi que les conditions d'utilisation rationnelle et scientifique,

5. les modalités de gestion des absences des médecins,

6. l'obligation pour le médecin de souscrire une assurance responsabilité civile,

7. les modalités de résolution extra-judiciaire des conflits entre les établissements hospitaliers et les médecins,

8. les modalités d'application pratiques des droits et obligations prévus aux paragraphes 1^{er} à 6 du présent article et les conséquences sur le contrat de collaboration en cas de non-respect par l'une des parties contractantes de ces prescriptions et ce dans le respect des procédures applicables à l'article 32.»

Pour ce qui est de la durée du contrat, un membre du groupe politique DP rappelle que le droit commun prévoit qu'un CDD ne peut être renouvelé que 2 fois pour une durée déterminée. En cas de poursuite de la relation de travail après l'échéance du terme du CDD, celui-ci sera reconduit en un contrat à durée indéterminée.

Pour ce qui est des conditions d'accès aux unités de soins ainsi que les conditions d'utilisation rationnelle et scientifique des équipements médico-techniques et des infrastructures, l'orateur remarque qu'il y a également lieu de régler le cas de figure d'un accès aux équipements nationaux.

Pour ce qui est de l'obligation pour le médecin de souscrire une assurance responsabilité civile, il estime qu'à l'état actuel un certain nombre de médecins n'a pas conclu une telle assurance. Certes, par le présent projet de loi une telle obligation est inscrite dans le texte légal, l'orateur regrette néanmoins que celle-ci vise uniquement les médecins ayant conclu un tel contrat-type.

Un membre du groupe politique CSV partage la position de l'intervenant précédent concernant l'obligation de souscription d'une telle assurance. L'orateur donne à considérer, contrairement à ce que l'orateur précédent a affirmé concernant la durée du contrat, qu'il s'agit en l'occurrence d'un contrat de collaboration et non pas d'un contrat de travail *per se*. Il estime qu'il s'agit d'un élément essentiel, parce que les médecins plus âgés ne sont pas toujours au courant des dernières évolutions médicales. Il constate encore que l'obligation de garde fait défaut dans l'énumération.

L'expert gouvernemental explique que cette obligation est couverte par le point 8 se référant aux modalités d'application pratiques des droits et obligations prévus aux paragraphes 1^{er} à 6 du présent article. En effet, il

résulte du paragraphe 3 que le médecin participe à la continuité des soins et des gardes, y compris, le cas échéant, des réseaux de compétences au sein desquels il exerce son activité hospitalière en coordination étroite avec l'organisation générale de l'hôpital. La mise à jour du dossier du patient est également couverte par le paragraphe 5.

Un autre membre du groupe politique CSV renvoie aux procédures de l'établissement impliquant une utilisation rationnelle et scientifique des pratiques médicales ou des thérapies et dispositifs médicaux soulevées par le Conseil d'État dans son avis complémentaire. Il estime qu'il y a lieu de les intégrer expressément dans le présent article, notamment le point 4.

Tenant compte de cette remarque, il est proposé de libeller le point 4 comme suit : « **4. les conditions d'accès aux unités de soins ainsi que les conditions d'utilisation rationnelle et scientifique des équipements médico-techniques et des infrastructures,** ».

L'orateur du groupe politique CCSV souhaite encore savoir si le libellé du point 5 « 5. les modalités de gestion des absences des médecins, » permet de couvrir tous les aspects visés ou s'il ne faudrait pas y apporter davantage de précisions. Il est expliqué que le texte actuel est libellé de façon à garantir une certaine marge de manœuvre.

La proposition d'amendement est adoptée moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique déi Lénk.

Amendement 30 - Article 36

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État constate que la formulation choisie pour le paragraphe 3 fait référence à l'article 74 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, qui précise notamment «que sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière». Comme le paragraphe 3 a donc comme objectif de préciser le périmètre des activités de laboratoire opposables à la Caisse nationale de santé, il en exclut toutes les analyses effectuées sur des patients stationnaires. Par ailleurs, les expressions «policlinique» et «plateau médico-technique» ne sont pas définies par le texte sous avis. Le Conseil d'État propose d'utiliser à cet égard l'expression «unité de soins» définie à l'article 2 et comprenant également les prises en charge stationnaires.

Il suggère par conséquent de formuler le paragraphe comme suit :

« (3) Toute analyse de biologie médicale prélevée dans le cadre d'une prise en charge dans une unité de soins d'un établissement hospitalier est à effectuer par un laboratoire hospitalier au sens du paragraphe 2 et à considérer comme prestation du secteur hospitalier au sens de l'article 74 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.»

L'expert gouvernemental suggère de maintenir la formulation retenue par la commission parlementaire et de ne pas reprendre la suggestion de texte du Conseil d'État. En effet, le Ministère de la Santé s'est concerté avec la CNS et l'IGSS. Une reprise de la formulation proposée par le Conseil d'État impliquerait que chaque analyse effectuée dans le laboratoire d'un hôpital serait d'office considérée comme analyse de laboratoire hospitalier et non

pas comme analyse de laboratoire extrahospitalier.

La commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, décide de ne pas reprendre la proposition de texte du Conseil d'État.

Amendement 31 - Article 38

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État constate que cet amendement a trait au nouvel article 38 portant sur la documentation hospitalière. Il y est introduit une disposition prévoyant que «les médecins agréés ou salariés des établissements hospitaliers encodent les actes ainsi que les examens prestés par eux et les diagnostics qu'ils établissent selon la méthodologie retenue».

Un des objectifs de la documentation hospitalière consiste dans la détermination du coût hospitalier des soins de santé, afin de répondre à l'exigence de la transparence concernant l'offre des soins, nécessaire pour l'application de la directive européenne 2011/24/EU sur les soins hospitaliers, qui dispose notamment dans son article 4 que «les prestataires de soins de santé fournissent des informations utiles, pour aider chaque patient à faire un choix éclairé, notamment en ce qui concerne les options thérapeutiques, sur la disponibilité, la qualité et la sécurité des soins de santé qu'ils dispensent dans l'État membre de traitement et qu'ils fournissent également des factures claires et des informations claires sur les prix.» L'article 8 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient dispose que «l'information préalable du patient inclut sur sa demande une estimation du coût global inhérent aux soins de santé proposés et aux modalités de prise en charge envisagées.»

Afin de pouvoir donner suite à ces demandes et d'établir le coût global, l'établissement hospitalier doit être en mesure de disposer des informations requises en matière d'honoraires médicaux en rapport avec le séjour hospitalier dûment documenté. À cet égard, le Conseil d'État propose de compléter le dernier alinéa du paragraphe 3 in fine par la phrase suivante :

«Ils rapportent de même les codes de facturation de leurs honoraires médicaux relatifs à ces actes et examens.»

Un membre du groupe politique DP ne voit pas la plus-value de cette proposition de texte. Il estime qu'il serait plus important de prévoir que le patient recevra une copie de la facturation des prestations effectuées lors de sa sortie de l'hôpital afin de lui permettre de connaître la partie de la prise en charge du tiers payant. Un membre du groupe politique CSV estime que ceci relève plutôt du domaine de la sécurité sociale et non pas du champ d'application du présent projet de loi. Ce dernier point de vue est partagé par plusieurs membres de la commission.

Un autre membre du groupe politique CSV estime qu'il y a lieu de distinguer entre la facturation de l'hôpital d'un côté et du budget médical d'un autre côté, permettant ainsi au patient de connaître le détail de la facturation. L'orateur du groupe politique DP donne à considérer que ceci vaut néanmoins uniquement pour le volet ambulatoire.

L'expert gouvernemental souligne que le Conseil d'État vise uniquement les

actes médicaux.

Tout en donnant à considérer qu'il ne s'agit en l'occurrence pas d'une facture unique, Madame la Ministre suggère de reprendre la suggestion de texte du Conseil d'État. Elle estime que la mise en œuvre dans la pratique de la proposition du membre du groupe politique DP soulèverait toute une série de questions et pourrait se révéler problématique.

Un autre membre du groupe politique CSV note que la reprise de la proposition de texte du Conseil d'État serait bénéfique pour la transparence dans le secteur hospitalier et permettrait de mieux détecter des dysfonctionnements.

Le membre du groupe politique déi gréng plaide pour reprendre la proposition de texte du Conseil d'État.

La commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, décide de faire sienne la proposition du Conseil d'État.

Concernant le point 7, le Conseil d'État note dans son avis complémentaire qu'il s'agit en fait du Conseil supérieur de certaines professions de santé et recommande de retenir cette dénomination dans le texte sous avis.

La commission, moins l'abstention du groupe politique CSV, décide de faire sienne la proposition du Conseil d'État.

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

Amendement 40 - Annexes 1, 2 et 3

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État constate que les modifications apportées par cet amendement permettent de lever les oppositions formelles formulées à l'égard de l'annexe 2.

En ce qui concerne les services neuro-vasculaires, le Conseil d'État a du mal à comprendre les formulations «stroke unit type 1 en «niveau 1»» et «stroke unit type 2 en «niveau 2»». Qu'est-ce qui différencie la notion «type» de la notion «niveau» ? Est-ce qu'il pourrait y avoir une stroke unit type 1 en «niveau 2» ou vice versa ? Il ne ressort pas du commentaire de cet amendement pour quelle raison la formulation initiale a été abandonnée.

La commission propose de remplacer partout dans l'annexe 2 ces formulations par «stroke unit niveau 1» et «stroke unit niveau 2» en vue de clarifier le texte.

Le Conseil d'État s'interroge sur la plus-value de la disposition précisant que le service de soins palliatifs «garantit le respect de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, ainsi que la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient». Est-ce que le respect des lois ne doit pas intéresser les autres services, ou est-ce que les auteurs estiment que les services de soins palliatifs au Luxembourg soient particulièrement exposés au non-respect des dispositions légales en vigueur et qu'une nouvelle disposition légale pourra y pallier ?

Étant donné que la commission a explicitement voulu faire une référence à ces deux textes dans la définition du service de soins palliatifs, les membres de la commission décident, moins l'abstention du groupe politique CSV, de ne pas suivre le Conseil d'État sur ce point.

Un membre du groupe politique déi gréng demande aux experts gouvernementaux d'établir un organigramme détaillé de la nouvelle organisation.

2. Divers

Étant donné que les travaux concernant le projet de loi 7056 ont pu être terminés au cours de la présente réunion, il est décidé de reporter la réunion de cet après-midi, concernant le budget de la Santé, au 14 novembre 2017.

Il est retenu de fixer la prochaine réunion au 7 novembre 2017 à 9h45, à l'ordre du jour de laquelle figurera un dossier d'actualité.

Le Secrétaire-Administrateur,
Tania Sonnetti

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