



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2016-2017

TS/JW

P.V. SECS 11

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

Procès-verbal de la réunion du 17 janvier 2017

Ordre du jour :

- 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen

Échange de vues avec des représentants légaux

- de la Chambre des salariés (de 9h00 à 9h30)
- du Collège médical (de 9h30 à 10h00)
- du Conseil Supérieur des Professions de Santé (de 10h00 à 10h30)

*

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

M. Jean-Claude Schmit, Directeur de la Santé
M. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé

M. Sylvain Hoffmann, Directeur adjoint de la Chambre des salariés
M. Michel Di Felice, de la Chambre des salariés

M. Pit Buchler, Président du Collège médical
M. Carlo Faber, M. Marco Klop, du Collège médical

M. Romain Poos, Président du Conseil Supérieur des Professions de Santé
M. Paul Becker, du Conseil Supérieur des Professions de Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Georges Engel, Mme Martine Mergen

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

*

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

[Avant d'aborder l'examen du projet de loi quant au fond, la commission permet aux trois représentants légaux du secteur d'exposer leurs points de vue en complément de leurs avis rendus, avis dont il sera tenu compte dans le cadre de l'examen du projet de loi par la commission parlementaire.]

Échange de vues avec des représentants légaux de la Chambre des salariés (de 9h00 à 9h30)

Dans les mots d'introduction, il est précisé que la Chambre des salariés (ci-après « CSL ») a analysé le projet de loi primordialement sous deux aspects :

- l'intérêt du patient (notamment la qualité des prestations) et
- les conditions de travail des personnes travaillant dans ce secteur.

La CSL se demande quel est le rôle du patient dans ce projet de loi. Il faudrait partir de l'hypothèse que toutes les mesures qui sont prises dans le cadre du présent projet de loi et, de façon générale, dans la politique de santé, le soient pour le bien-être du patient. La CSL se pose néanmoins la question si le patient est vraiment le destinataire final de ce projet de loi ou si au contraire il ne constitue qu'un instrument pour atteindre une politique de santé guidée essentiellement par une réduction des dépenses hospitalières.

Il est ensuite procédé à une présentation des éléments saillants pour la CSL du projet de loi, pour le détail desquels il y a lieu de se référer à l'avis du 16 novembre 2016 de la CSL.

- La carte sanitaire mise à jour en 2015: des données peu fiables, invérifiables et ne permettant pas de tirer des conclusions

L'exemple du virage ambulatoire est donné : La CSL est d'avis qu'il s'agit d'une approche trop optimiste et non fondée. Elle estime que le virage ambulatoire reste une nébuleuse servant d'instrument pour réduire les dépenses des établissements hospitaliers et risque de se faire au détriment de la qualité des prestations et de la santé des patients. Il en est de même pour ce qui est de l'évolution des autorisations de prise en charge pour traitement stationnaire à l'étranger pour la période de 2007 à 2014. La CSL se doit de constater qu'il ne ressort pas du projet de loi si les autorisations de prise en charge se limitent au formulaire S2 ou par contre incluent également les prestations d'urgence en milieu stationnaire. Abstraction faite de cela, elle constate une baisse des autorisations de prise en charge par la CNS de 11% de 2007 à 2014, la CSL ignorant les raisons qui sont à l'origine de celle-ci. Elle se demande s'il y a eu davantage de refus d'autorisations de prise en charge et, dans l'affirmative, quelles en sont les raisons ou est-ce que le Luxembourg a réussi à améliorer ses compétences dans le traitement d'un certain nombre de pathologies, de sorte que les résidents ont préféré se faire soigner au Luxembourg plutôt qu'à l'étranger? Aucune explication n'est fournie d'après la CSL.

- La programmation à long terme de la planification hospitalière

La CSL constate que, selon l'exposé des motifs, le mécanisme prévu dans la présente loi en vue de la fixation du nombre de lits a été instauré afin de permettre une planification à plus

long terme (sur une période de 10 ans) du nombre de lits en tenant compte notamment de l'augmentation de la population résidente, tout en garantissant une certaine flexibilité dans l'attribution des lits et une réactivité appropriée si les besoins sanitaires évoluaient.

Selon la carte sanitaire, le nombre de lits hospitaliers budgétisés pour 2014 était de 2.846. Le présent projet de loi prévoit de l'augmenter pour les dix prochaines années à 3.190, ce qui correspond à une augmentation annuelle de 1,078%, qui se situe en deçà de la progression annuelle démographique de 1,13% d'ici l'horizon 2025. Abstraction faite de cet écart entre la progression démographique et le nombre de lits budgétisés, la CSL estime que ce dernier risque d'être largement insuffisant en cas de flux migratoire inattendu ou de pandémie.

Dans le même ordre d'idées, il est incompréhensible pour la CSL que dans le cadre du projet de construction du nouveau bâtiment du CHL, on entend réduire le nombre de lits de 579 actuellement à 464 alors que d'ores et déjà le CHL se plaint d'un manque de places.

La justification de la part de la Ministre et du projet de loi selon lesquels une diminution du nombre actuel de lits est justifiée grâce à une diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital combinée avec une progression du virage ambulatoire, en présence de chiffres issus de la carte sanitaire qui ont tendance à établir le contraire, n'est pas acceptable pour la CSL.

- Un virage ambulatoire au détriment de la santé du patient

La CSL est consciente qu'en raison du progrès des technologies et de la médecine, la déshospitalisation peut être bénéfique pour le patient. Néanmoins s'agit-il encore de savoir dans quelles disciplines, pathologies ou traitements un tel virage ambulatoire est médicalement réaliste et compatible avec la qualité des soins.

En outre, la CSL constate qu'il n'existe pas de taux de conversion de lits aigus en lits de jour dans le cadre du virage ambulatoire, de sorte qu'il est impossible de savoir si la déshospitalisation de certaines interventions médicales va réussir rien que pour des raisons matérielles.

Par ailleurs, la CSL tient à souligner que, même si le virage ambulatoire peut être réalisé en assurant la qualité de la médecine, il n'en reste pas moins que la question de l'encadrement ambulatoire des patients à domicile reste non résolue.

Finalement, la CSL tient à insister que, pour autant qu'elle soit compatible avec le maintien de la qualité de la médecine, la chirurgie ambulatoire se réalise dans le milieu hospitalier à l'exclusion de tout autre endroit et afin d'empêcher un transfert de prestations médicales vers des cabinets médicaux, renvoie à ce sujet au règlement grand-ducal du 17 juin 1993 qui fixe la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical.

- Une collaboration entre les quatre centres hospitaliers luxembourgeois et les hôpitaux de la Grande Région

Le CSL estime qu'il faut promouvoir certaines disciplines et établissements spécialisés comme l'INCCI et le Centre François Baclesse pour en faire un « nation branding » outre frontière et plus particulièrement dans la Grande Région et de céder d'autres disciplines ou traitements où notre pays est en retrait à d'autres établissements hospitaliers dans la Grande Région.

La CSL regrette qu'une collaboration entre le secteur hospitalier au niveau national et les établissements hospitaliers des pays voisins fasse totalement défaut et ne soit pas mentionnée dans le présent projet de loi.

La CSL est d'avis qu'une planification hospitalière avec la Grande Région ne peut se faire que si elle est coordonnée au niveau national et qu'elle implique simultanément les quatre hôpitaux. Dans ce contexte, la CSL se demande si, pour réaliser des synergies tant au niveau national qu'au niveau de la Grande Région - comme les réseaux de compétences et centres d'excellence - sans dégénérer dans une philosophie „faire tout partout“ et afin d'éviter d'attiser le patriarcalisme propre à chacun des quatre hôpitaux, il n'y a pas lieu de fusionner d'un point de vue juridique les quatre hôpitaux dans une fondation unique.

- Une implication coercitive des médecins dans les hôpitaux en vue de garantir le bon fonctionnement de ces derniers et la qualité des soins hospitaliers

La CSL salue le fait que le projet de loi prévoit que le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration et renforçant ses obligations à l'égard de l'établissement, notamment de respecter les dispositions du règlement général et les directives du directeur médical pour toutes les questions liées à l'organisation des services de l'établissement hospitalier, la standardisation des procédures et la continuité des soins. Afin de rendre le statut de médecin-salarié plus attrayant, la CSL salue également que le contrat de collaboration destiné aux médecins libéraux doit correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux sinon, à défaut d'accord, par arrêté ministériel. Le choix entre un contrat de travail et un contrat de collaboration n'existe pour un médecin que si dans les deux contrats il existe un certain équilibre au niveau des obligations qui le lient à l'établissement. En tant que sujet de droits et d'obligations à l'égard de l'hôpital, le médecin devient une partie intégrante du fonctionnement de l'hôpital sans pour autant que sa liberté thérapeutique soit mise en question de quelque manière que ce soit.

- Une représentation de l'État et de la CNS au sein du conseil d'administration des quatre hôpitaux

Si le texte innove au niveau de la composition de la direction de chaque établissement hospitalier, force est cependant de constater qu'il reste muet en ce qui concerne l'organe de représentation de chacun des quatre hôpitaux, plus précisément les conseils d'administration.

Pour ce qui est de la représentation de l'État et de la Caisse nationale de santé au sein des conseils d'administration de chacun des hôpitaux, si, d'un point de vue politique, il serait légitime que l'État et la CNS soient représentés au sein des conseils d'administration des quatre hôpitaux, la question est toutefois de savoir dans quelle mesure un tel mandat de l'État au sein d'un conseil d'administration serait compatible avec la mission du commissaire du Gouvernement aux hôpitaux, alors que dans une telle hypothèse l'État risque d'être juge et partie à la fois, parce qu'en quelque sorte il serait censé se contrôler lui-même.

- Les réseaux de compétences

La CSL craint qu'en raison du patriarcalisme et de la surenchère de l'offre qui règnent au niveau de chaque établissement hospitalier, la réalisation de réseaux de compétences ne risque de rester illusoire même si la demande ne doit plus être formulée comme initialement prévu par la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, mais soit par plusieurs hôpitaux soit par au moins hôpital ensemble avec au moins un établissement hospitalier spécialisé. La

CSL est d'avis qu'une professionnalisation des compétences pourra être créée plus facilement au sein même des établissements hospitaliers qui composent chacun des quatre hôpitaux plutôt que parmi les quatre hôpitaux.

*

Du bref échange de vues, il y a lieu de retenir ce qui suit :

Un membre du groupe politique CSV, tout en pouvant partager certaines réflexions exposées (par exemple l'absence d'une plus-value des réseaux de compétences, une nécessaire collaboration entre les quatre centres hospitaliers nationaux et les hôpitaux de la Grande Région, la lecture difficile de la carte sanitaire, ou encore une nécessaire révision de la gestion des hôpitaux), estime néanmoins qu'il ne convient pas uniquement de critiquer mais qu'il faut également tenter de trouver des solutions, tâche certes pas facile.

Un membre du groupe politique déi gréng note, pour ce qui est de la déclaration de la CSL qui « juge embryonnaire sinon inexistante les informations mises à disposition du patient afin de savoir où il peut être traité le mieux pour une pathologie donnée non seulement au niveau national, mais également au niveau européen et quel est le coût du traitement en question voire la prise en charge par la caisse de maladie du lieu de traitement sinon du lieu d'affiliation », que ceci va à l'encontre du principe en vertu duquel il appartient au patient de faire son libre choix du médecin/traitement. Le représentant de la CSL réplique que le libre choix du patient n'est garanti que lorsque le patient est informé de toutes les options de traitement possibles.

Échange de vues avec des représentants légaux du Collège médical (de 9h30 à 10h00)

En se référant à ses avis du 29 mars 2016 et du 13 octobre 2016, le représentant du Collège médical présente brièvement leurs quatre grandes suggestions/critiques.

(1) Tout d'abord, le Collège médical est d'avis que le projet de loi sous avis soumet le secteur de la santé et spécialement l'hospitalier à un contrôle et dirigisme restrictif excessif.

En effet, il estime qu'il y a contradiction entre le cadre rigoureux d'une loi définissant irréfutablement la taille maximale des services (Annexe 1) alors que les besoins sanitaires de la population sont à mettre à jour tous les deux ans par la carte sanitaire en tenant compte « d'une évaluation démographique de la population résidente, des données relatives à l'état de santé de la population résidente ainsi que des comparaisons internationales ». Il constate que certains hôpitaux, disposant actuellement de ces services de base, devront donc en être amputés (chirurgie vasculaire, neurovasculaire, chirurgie esthétique...) alors que des services relevant moins d'une médecine d'urgence tels les soins palliatifs ou gériatrie aiguë doivent être créés.

(2) En second lieu, le Collège médical éprouve toujours des difficultés avec la définition des centres de compétences, renommés maintenant en réseaux de compétences et des pathologies ou groupes de pathologies s'y rapportant. Il propose de retirer cet article du projet et de le remplacer par des dispositions fixées par règlement grand-ducal. Le choix des pathologies ou groupes de pathologies pouvant donner lieu à la création d'un centre de compétences est discutable. Ainsi, la dénomination « cancer du sein et certains autres cancers intégrant le service de radiothérapie » est malencontreuse et dévalorisante pour les autres formes de cancers différents de celui du sein. Le Collège médical s'attendait à une dénomination scientifique, correcte et plus respectueuse. D'autre part le traitement chirurgical du cancer du sein est de nos jours de la compétence de tout gynécologue correctement formé. Son traitement adjuvant peut être réalisé dans tout service d'oncologie disposant d'oncologues tout aussi correctement formés.

Le Collège médical ne voit donc aucune utilité de créer un centre de compétences pour le cancer du sein en particulier, et ceci encore en double (2 de ces centres de compétences sont prévus).

En outre, le diabète de l'adulte est une pathologie commune, ne devant pas nécessiter d'un centre de compétences spécial, tandis que la création d'un tel centre pour le diabète de l'enfant peut paraître raisonnable.

Eu égard à toutes ces considérations, le Collège médical suggère de retirer purement et simplement l'article 30 de ce projet et de le reformuler dans un règlement grand-ducal après concertation avec les acteurs du terrain dans le sens esquissé en haut (constat des compétences spéciales déjà actuellement existantes, pour chaque hôpital, favoriser la collaboration des hôpitaux et leurs échanges pour rendre visibles et accessibles ces compétences spéciales au sein de tout hôpital...).

(3) Le Collège médical constate encore que le projet ne prévoit plus la création d'un comité d'éthique propre à chaque hôpital, mais d'un Comité d'éthique commun.

Le Collège médical regrette ne pouvoir comprendre cette disposition. En effet, il estime qu'un comité d'éthique doit être proche des problèmes journaliers qui se posent dans une institution. Parfois il est saisi en urgence pour une question d'éthique. Il doit pouvoir réagir rapidement avec son « aide à la décision » (exemple: question d'arrêt d'un traitement). Il est impensable qu'un Comité d'éthique commun hospitalier, d'une lourdeur administrative certaine, puisse suffire à ces besoins. Pourtant il est bien utile pour mener une réflexion éthique générale, loin du terrain, arrêtant des principes éthiques en évolution, faire de la formation et conseillant les comités d'éthique hospitaliers.

(4) Quant à la gouvernance des hôpitaux, le Collège médical plaide pour une participation des médecins, qui sont quand même les premiers acteurs d'un hôpital. Il serait ainsi hautement recommandable que le président du Conseil médical (ou un représentant du corps médical) siège au Conseil d'administration de l'institution, avec droit de vote. Le directeur général devrait être un médecin. Les compétences devraient clairement être définies entre le gestionnaire et le directeur.

*

Du bref échange de vues, il y a lieu de retenir ce qui suit :

Un membre du groupe politique CSV apporte son soutien aux arguments développés, notamment quant aux développements concernant les centres de compétences et la gestion hospitalière. Il estime que le problème fondamental est une carte sanitaire avec des données peu fiables et avec des chiffres renseignés imprécis. Il est primordial que la carte sanitaire soit actualisée régulièrement, de façon que la planification puisse se faire sur base de données et de chiffres non désuets. Il est primordialement indispensable de disposer d'une documentation hospitalière fiable. Par ailleurs, l'orateur estime que le directeur général devrait faire partie du Conseil d'administration.

Ce point de vue n'est pas partagé par le représentant du Collège médical, parce qu'en vertu du texte du projet de loi le directeur général ferait alors partie de l'organisme gestionnaire qui l'a nommé, en l'occurrence le Conseil d'administration, et devant lequel il est responsable. Par conséquent, il ne serait pas bon qu'il en fasse également partie. Pour ce qui est des centres de compétences, l'orateur réitère sa proposition de retirer cet article du projet et de le remplacer par des dispositions fixées par règlement grand-ducal.

Un membre du groupe politique DP peut également apporter son soutien aux arguments développés. Il estime que, pour que le système des réseaux/centres de compétences puisse fonctionner en pratique, il devrait être obligatoire pour tous les établissements hospitaliers. Concernant la carte sanitaire, il note néanmoins qu'un effort considérable a été fait par le ministère de la Santé pour l'actualiser. Il se prononce également clairement pour une participation des médecins à la gestion. L'orateur est également d'avis que le directeur général ne doit pas faire partie du Conseil d'administration.

Un autre membre du groupe politique CSV souhaite savoir dans quelle mesure le Conseil médical estime être limité par le présent projet de loi. Le représentant du Collège médical est d'avis que l'accent devrait être davantage mis sur l'intérêt du patient et non pas sur l'aspect économique. Il est rappelé que les médecins ont une obligation de moyens et doivent par conséquent pouvoir disposer des moyens nécessaires mis en place par les établissements hospitaliers. À défaut, les médecins risquent de voir leur propre responsabilité engagée.

Un autre membre du groupe politique CSV souhaite savoir si le projet de loi permet de poser les bases nécessaires pour le virage ambulatoire et quelles structures seront nécessaires pour pouvoir assurer adéquatement cet encadrement. Le représentant du Collège médical estime que davantage d'incitations sont nécessaires tant au niveau financier qu'au niveau des structures.

Pour ce qui est du rôle des maisons médicales dans la planification hospitalière, il est estimé que ce système pourrait être repensé.

Pour ce qui est des transferts à l'étranger, le représentant du Collège médical estime que ces transferts devraient être davantage limités, puisque le Luxembourg dispose des compétences nécessaires.

Échange de vues avec des représentants légaux du Conseil Supérieur des Professions de Santé (de 10h00 à 10h30)

Il est procédé à une présentation des éléments saillants pour le CSCPS du projet de loi, pour le détail desquels il y a lieu de se référer à l'avis du 7 décembre 2016.

En effet, le CSCPS estime que les professions de santé sont marginalisées, d'une part, dans les commissions nationales et ne sont décrites, d'autre part, que d'une manière très vague dans l'organigramme des directions des établissements hospitaliers. Il constate que les soins passent au second plan et ne sont censés détenir qu'un rôle consultatif, mais non pas décisif. Or, cette approche ne correspond nullement à la réalité. Les professions de santé, telles que définies par la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, ont atteint, de par leur formation, un rôle qui leur est propre ainsi qu'un niveau de compétences leur permettant de prendre les décisions nécessaires dans leurs domaines respectifs. Dans l'ensemble des secteurs hospitaliers, une collaboration entre le domaine médical et celui des soins est indispensable.

En outre, il est relevé que l'évaluation des besoins sanitaires nationaux devrait comporter un point supplémentaire, à savoir la définition des dotations minimales en personnel médical et en professionnels de santé avec spécification des qualifications minimales requises pour ces différents services, et ceci selon des critères précis. Les membres du CSCPS sont d'avis que c'est le seul moyen pour garantir une qualité égale des soins au niveau national.

Par ailleurs, le CSCPS propose la création de structures de moyen et long séjour à proximité de l'hôpital aigu, ainsi que du domicile du patient et de ses proches. L'organisation de ces structures nécessiterait un règlement grand-ducal en concordance avec l'ensemble des

prérequis de leur fonctionnement, tels que par exemple l'ensemble des pathologies traitées, les interventions avec hospitalisation de jour, le nombre des interventions du corps médical, ainsi que celui des professionnels de santé.

Pour ce qui est du volet éthique, le CSCPS approuve la création d'un Comité d'Éthique Hospitalier Commun, mais déplore qu'aucun représentant des professionnels de santé, désigné par le CSCPS, n'y soit prévu.

Le CSCPS propose de garder les structures locales des Comités d'Éthique dans les différents centres hospitaliers et suggère que le Ministère de la Santé élabore une directive réglementant la composition de ces comités afin de garantir une composition équitable et homogène de ceux-ci. Il en est de même pour le Comité de Gestion Interhospitalier, pour la Commission Consultative de la Documentation Hospitalière, ainsi que pour le Comité National de Coordination de l'Assurance Qualité des Prestations Hospitalières.

Pour ce qui est du Comité National de Coordination de l'Assurance Qualité des Prestations Hospitalières, il est estimé que celui-ci devrait être adapté dans une optique gestion des risques, associée à une expertise médico-soignante. Dans ce contexte, le périmètre des risques doit être élargi aux vigilances autres que la prévention de l'hygiène. Il faudrait identifier les vigilances légales telles que l'hémovigilance, la matériovigilance, l'identitovigilance.

En outre, le CSCPS constate que les compétences, les devoirs ainsi que les diplômes requis pour être membre de la Direction Médicale sont clairement définis et explicitement décrits, tandis que les profils pour faire partie de la Direction des Soins et de la Direction Administrative et Technique n'y sont même pas mentionnés. Le CSCPS revendique une qualification minimale de Master en Santé Publique ou équivalente pour la Direction des Soins.

Le CSCPS est encore d'avis qu'une réorganisation uniforme et nationale du corps médical s'avère imminente. Tous les médecins « hospitaliers » bénéficiant d'une structure de haute technologie extrêmement coûteuse devraient travailler en tant que salariés et sous la responsabilité du médecin coordinateur ainsi que du directeur médical. Le CSCPS estime qu'il est absolument indispensable de réfléchir, à court terme, au passage à la médecine salariée pour tout médecin exerçant majoritairement dans un établissement hospitalier.

Le CSCPS constate encore que le projet de loi ne prévoit ni une planification innovante, ni des nouvelles règles de financement pour les équipements coûteux. Le CSCPS constate qu'il manque le lien important entre les investissements et leur impact avec les réseaux de compétences mentionnés dans le Plan Hospitalier. À l'avenir la Direction de la Santé, en collaboration avec la CPH, devra assumer son rôle de planificateur pour l'ensemble des investissements coûteux.

*

De l'échange de vues, il y a lieu de retenir ce qui suit :

Un membre du groupe politique DP ne peut pas partager cette vision optimiste exposée ci-avant de la médecine salariée. Dans le CHL, exemple cité dans l'avis, il précise que les médecins sont certes des salariés, mais leur salaire est calculé à l'acte. Son groupe politique plaide pour une rémunération liée à l'activité et non à l'acte. L'orateur estime qu'en cas de passage vers une médecine salariée, la masse salariale se triplerait, un point de vue partagé d'ailleurs par un membre du groupe politique CSV. En effet, d'après le dernier intervenant, le contrat d'agrément devrait suffire pour garantir la qualité du travail. L'orateur du groupe

politique DP regrette également l'absence d'une représentation du CSCPS dans les différents organismes, alors que la « Patienten Vertriebung asbl », organisation qui ne dispose pas d'une base légale spécifique, y est représentée. Ce point de vue est également partagé par un membre du groupe politique CSV. Ce dernier soutient également le point de vue que dans l'ensemble des secteurs hospitaliers, une collaboration entre le domaine médical et celui des soins est indispensable.

Les représentants du CSCPS soulignent encore que leur approche est une approche qualitative et non pas une approche économique.

*

À l'ordre du jour de la prochaine réunion, prévue pour le 31 janvier 2017, figurera le commencement de l'examen du projet de loi sous examen quant au fond.

Le Secrétaire-administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente,
Cécile Hemmen