

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

Exposé des motifs et projet de décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 24 août 2015 et le 1^{er} septembre 2015.

Présent-e-s : Mmes Catherine Aellen (le 01.09.2015), Sonya Butera, Christa Calpini, Brigitte Crottaz, Alice Glauser, Lena Lio (le 01.09.2015), Catherine Roulet. MM. Philippe Cornamusaz (en remplacement d'Alain Bovay), Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Serge Melly, Laurent Miéville (en remplacement le 24.08.2015 de Jacques-André Haury, démissionnaire), Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos (président), Philippe Vuillemin.

Excusé-e-s : Mme Catherine Aellen (le 24.08.2015). M. Alain Bovay.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Stéphanie Monod, Cheffe du Service de la santé publique (SSP) (le 24.08.2015), Chantal Grandchamp, Cheffe de service adjointe au SSP (le 24.08.2015). MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Jean-Paul Jeanneret, Chef de service adjoint au SSP, Marc Weber, Adjoint santé, Coordination surveillance sanitaire et sociale.

2. PRESENTATION DE L'EMPD – POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Objectifs visés

En préambule, le chef de département rappelle les objectifs principaux du décret. Il s'agit :

- d'empêcher l'acquisition d'équipements ne répondant pas à un besoin avéré ;
- d'éviter les surcapacités débouchant sur une surconsommation médicale avec à la clé une augmentation des coûts ;
- d'utiliser adéquatement le personnel spécialisé ;
- de protéger la santé et l'intégrité des patients.

Agir sur les coûts de la santé

Ce projet de décret est un des outils proposés par le Conseil d'Etat pour agir sur les coûts de la santé. Une augmentation importante des primes d'assurance dans toute la Suisse devrait être annoncée à l'automne et une reprise à la hausse des coûts de la santé se dessine dans le canton de Vaud. Si les coûts du secteur stationnaire dans le canton de Vaud se montrent toujours inférieurs à la moyenne suisse et les coûts des soins de longues durées ainsi que des soins à domicile se montrent stables, il convient de travailler à la maîtrise des coûts du secteur ambulatoire. Pour atteindre cet objectif, le Conseil d'Etat propose de réguler l'implantation des équipements médico-techniques lourds. En effet, la mise en œuvre de l'alternative consistant à réviser la structure tarifaire nationale TARMED, désormais inadaptée (rémunération trop élevée de certains actes techniques), se trouve embourbée dans le jeu des acteurs concernés, jeu face auquel la Confédération dispose de moyens trop limités pour agir rapidement.

Le fruit d'un consensus

Le projet de décret proposé tient compte de plusieurs remarques formulées dans le cadre de la consultation sur la modification de la loi sur la santé publique (art. 73c, LSP). En effet, plutôt que de proposer une modification de la loi, ce qui aurait introduit le dispositif envisagé de façon pérenne, le Conseil d'Etat soumet à notre Grand Conseil un projet de décret, limité dans le temps (5 ans), qui fera l'objet d'une évaluation à la fin de la période visée. Le Parlement sera alors compétent pour prolonger le décret. En outre, l'évaluation des cas sera soumise à une commission, dont la composition offre une représentation équitable des différents acteurs concernés. La liste des équipements visés par le décret fait l'objet d'un arrêté, qui s'appliquera durant la période des 5 ans et qui pourra être modifiée sur proposition de la commission d'évaluation.

Le Conseil d'Etat estime ainsi répondre aux préoccupations exprimées dans le cadre de la consultation.

3. DISCUSSION GENERALE

Lors de la discussion générale, plusieurs précisions ont été demandées au chef du DSAS :

Concernant l'efficacité de la mesure pour agir sur les coûts de la santé :

- *L'augmentation observée des coûts du secteur ambulatoire et, notamment de l'ambulatoire hospitalier, n'est-il pas imputable à l'introduction des SwissDRG qui induisent un report des charges du secteur stationnaire vers l'ambulatoire ?*

Pour le chef du DSAS, cette explication reste incomplète, les hôpitaux du canton de Vaud, sauf les cliniques privées, fonctionnant déjà avec les APDRG avant l'introduction des SwissDRG.

- *La révision du tarif TARMED ne doit-elle pas être préférée à la mise en place d'un système spécifique de régulation des équipements médico-techniques lourds ?*

Le chef du DSAS ne nourrit pas beaucoup d'espairs envers la révision de la structure tarifaire TARMED, tant le processus apparaît long, compliqué et controversé. D'autre part, une intervention sur la structure tarifaire, si elle permet d'agir sur l'offre globale d'équipements médico-techniques, ne donne pas la possibilité de réguler plus finement cette offre, en limitant les installations là où il y a pléthore et en favorisant les installations là où il y a pénurie.

Un commissaire évoque de même les débats sans fin liés à l'adaptation de TARMED : une position tarifaire censée favoriser les médecins généralistes mais qui, dans les faits, n'accroît pas leur revenu ; la réalité controversée d'un accroissement des actes effectués par les médecins spécialistes pour compenser leurs éventuelles baisses de revenu ; l'ambivalence du citoyen-patient qui, tout en désirant une diminution des primes, consulte autant ou même plus.

- *Dans la mesure où le projet présenté ne traite qu'une petite partie de la vaste et complexe problématique de l'augmentation des coûts de la santé, vaut-il encore la peine de mettre en œuvre ledit projet ?*

Pour le chef du DSAS, si la structure tarifaire apparaît bien comme une cause du problème, elle n'en constitue qu'une cause partielle. La régulation proposée de l'offre en matière d'équipements médico-techniques lourds devrait permettre d'agir par un autre biais. Il s'agit d'une régulation provisoire dont les modalités peuvent être révisées en fonction des évolutions du dossier de l'adaptation de la structure tarifaire TRAMED. D'autre part, le dispositif proposé ne porte pas uniquement sur l'imagerie médicale mais aussi sur les installations « lourdes » (radio-oncologie, protonthérapie, chirurgie ambulatoire...), accroissant par là son efficacité et permettant, cas échéant, de réguler les gros projets d'investissement. Enfin, aucun démantèlement d'installations n'est envisagé et le renouvellement des équipements existants est assuré. En ce sens, le projet vise une maîtrise des coûts de la santé plutôt que leur baisse.

Concernant les moyens pour empêcher l'installation inadéquate d'équipements lourds :

- *Existe-t-il d'autres moyens que le projet présenté pour empêcher, cas échéant, l'installation inadéquate d'un équipement médico-technique lourd ?*

Le chef du DSAS répond par la négative. Eventuellement, la venue de nouveaux praticiens nécessaires à l'exploitation d'une installation pourrait être empêchée. Toutefois, certaines cliniques adoptent des stratégies de captation des médecins déjà présents, en proposant des rémunérations attractives.

Concernant le champ d'application du décret :

- *Les équipements lourds dont l'exploitant facture les prestations à charge de l'assurance accident (LAA) sont-ils soumis à la régulation proposée ?*

Le chef du DSAS répond par la négative. Seules les installations relevant de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) sont concernées. Les équipements dont l'exploitant facture les prestations uniquement à charge des assurances de soins privées ne sont pas soumis à régulation.

- *Quelle est la procédure prévue en cas de volonté d'introduire un nouvel équipement dans la liste des équipements médico-techniques lourds soumis à régulation ?*

Un tel ajout implique un projet de nouvelle liste de la part du Conseil d'Etat et soumis au Grand Conseil. En effet, le décret proposé prévoit uniquement la possibilité, sur demande la Commission cantonale d'évaluation instituée en la matière, de soustraire un équipement de la liste. Le chef du DSAS tient à préciser que la liste définie par le projet d'arrêté, projet d'arrêté dont le Grand Conseil est invité à prendre acte, relève d'un compromis et ne constitue pas un chèque en blanc obtenu par le Conseil d'Etat. Ce dernier fait ainsi la promesse de se tenir à la liste définie, sauf en cas de révision à la baisse voulue par la Commission cantonale d'évaluation.

Concernant la composition de la commission d'évaluation :

- *Les membres de la future Commission cantonale d'évaluation seront-ils nommés par le Conseil d'Etat ou ce dernier ne fera-t-il que prendre acte de leur désignation ?*

Seuls les deux membres désignés par le Conseil d'Etat ainsi que l'expert indépendant seront nommés par le Conseil d'Etat. Les autres membres de la commission seront nommés par les organismes concernés.

- *Un expert pointu en matière d'équipements médico-techniques lourds n'est-il pas forcément impliqué dans le domaine et peut-il dès lors être véritablement considéré comme indépendant ?*

Pour le chef du DSAS, il n'existe pas d'expert totalement indépendant, et la future Commission cantonale d'évaluation comprend de toute façon déjà des acteurs qui défendent un intérêt. Il reste que la volonté politique d'assurer aux patients le libre choix des prestataires de soins entraîne des surcapacités pour permettre un choix véritablement libre. Or, les équipements médicaux, par leur nature et leurs coûts, ne peuvent pas être assimilés à des produits ordinaires du marché et doivent ainsi faire l'objet d'une régulation par les acteurs intéressés, visant une maîtrise du système.

4. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS

A la lecture de l'exposé des motifs, plusieurs points ont suscité des discussions.

2.2 – Notion d'équipements médico-techniques lourds

Si les assureurs sont dans l'obligation de rembourser les prestations fournies au moyen d'équipements médico-techniques lourds, un commissaire fait toutefois remarquer que la délivrance de certaines de ces prestations font l'objet de demandes de justification préalables de la part des assureurs et

d'autorisations préalables octroyées par ces mêmes assureurs, introduisant par là une forme de régulation.

2.3.1 – Risques en cas de suréquipement : introduction

La problématique des coûts engendrés par les équipements médico-techniques lourds est-elle envisagée dans sa globalité ? Ainsi, les avantages, y compris financiers (réduction des indemnités pour perte de gains...), que représentent les équipements lourds grâce par exemple à un retour plus rapide au travail des patients sont-ils pris en considération ? Le chef du DSAS se dit catégorique en la matière : **la régulation proposée ne vise aucunement un rationnement des soins** ou quelque forme que ce soit de refus d'actes médicaux justifiés. Si d'aventure, malgré la très forte densité d'installations dans le canton, les délais d'attentes devaient s'allonger pour les patients, le recours à une utilisation plus intensive des équipements existants pourraient toujours être envisagée.

La **comparaison avec les pays analogues** laisse penser qu'un niveau de performance sanitaire globalement équivalent à celui de la Suisse pourrait être atteint avec des coûts un peu moins élevés que ceux auxquels la Suisse consent. La cheffe du SSP met en garde contre la tentation d'établir un lien direct entre niveau technologique et espérance de vie, la longévité et la qualité de vie dépendant d'autres facteurs que les seules avancées de la technologie médicale. D'ailleurs, des études montrent que, passé un certain degré, densité et technologie médicales ne présentent plus d'impact sur la qualité et/ou l'espérance de vie.

2.3.2 – Risques pour la qualité des soins

Pour un commissaire, il est clair que certaines techniques diagnostiques et/ou thérapeutiques ne constituent aucunement une médecine de luxe, l'IRM par exemple, en permettant de réduire les coûts par le biais de soins plus rapides et efficaces. A contrario, l'installation d'équipements de radiologie au cabinet de médecine interne et médecine interne générale dans les régions urbaines n'apparaît, au vu de l'état actuel de la pratique médicale, plus vraiment nécessaire. Il convient dès lors d'adopter une vision différenciée selon les équipements considérés.

Un autre commissaire estime que la lutte contre la **surmédicalisation** passe aussi par le combat contre les examens médicaux pratiqués à double voire plus. Selon le chef du DSAS, le dossier patient informatisé, mis en oeuvre dans les hôpitaux du canton, et ses développements prévus devraient améliorer la situation en la matière, au même titre que les projets en gestation concernant la coordination des soins. Le chef du DSAS insiste toutefois sur le fait que ce n'est pas au département d'indiquer quand un examen médical d'un certain type est justifié ou non. En la matière, la profession doit s'autoréguler. L'Etat doit uniquement veiller à empêcher l'émergence d'une offre excédentaire afin d'éviter l'apparition de surprescriptions visant la seule rentabilisation des équipements. A ce titre, un commissaire souligne l'importance à ce que la personne qui prescrit une prestation ne soit non plus pas celle qui la vend. Le chef du DSAS va dans le même sens et invite à être attentif aux modes de rémunération mis en place pour le personnel médical.

2.3.5 – Risques pour l'accès aux prestations

Un commissaire se demande si le dispositif proposé permettra de garantir une **bonne répartition géographique** de l'implantation des équipements lourds. Le chef du DSAS répond par la positive. Par rapport à une clause du besoin uniformément limitative, la régulation proposée donne la possibilité d'autoriser l'installation d'équipements spécifiquement dans les zones sous dotées. A ce titre, un commissaire évoque une mobilité géographique insuffisante des patients en Suisse et, en particulier, dans le canton de Vaud. Pour un autre commissaire, il apparaît au contraire difficile de demander à des patients âgés de se déplacer sur de longues distances pour une radiothérapie par exemple. Quoiqu'il en soit, de l'avis du chef du DSAS, du moment qu'on dispose d'équipements appropriés et en suffisance, il est préférable que ces derniers soient répartis au mieux sur le territoire.

2.4.1 – Offre actuelle et comparaisons : introduction

Certains commissaires s'étonnent de l'absence de données statistiques de qualité sur l'offre actuelle en équipements lourds. Le chef du DSAS évoque, à ce propos, les difficultés rencontrées pour la mise en place d'un simple annuaire des médecins vaudois. Au demeurant, la médecine ambulatoire ne fait pas

l'objet d'une régulation serrée au niveau cantonal, hormis pour les questions de police sanitaire en cas de dépôt d'une plainte. Aussi, a priori, il n'y a pas élaboration de statistiques particulières. Le chef du DSAS rappelle toutefois la création et la consolidation en cours dans le canton d'un observatoire de la médecine et des professions médicales, ainsi que la présence dans le décret présenté d'une disposition fixant l'établissement d'un **registre des équipements lourds autorisés**.

2.4.3 – Comparaisons

Un commissaire se demande si le canton de Bâle-ville, où le nombre d'installations de radiologie croît, voit également ses **coûts de la santé** augmenter. Le chef du DSAS confirme : Bâle-ville voit ses coûts croître exponentiellement et les primes exploser, plus que Genève encore. Alors que le canton de Zürich a tout pour présenter une facture salée, il contient étonnamment bien ses coûts.

Dans le canton de Vaud, les coûts plus élevés que dans d'autres cantons pourraient s'expliquer par :

- une prescription trop importante dans le domaine de la psychogériatrie ;
- un taux plus élevé de recours aux médecins spécialistes.

2.5 – Contrôle des équipements lourds dans les autres cantons

Un commissaire demande si une **coordination intercantonale** est envisagée en matière de régulation des équipements médico-techniques lourds. Selon le chef du DSAS, il y a coordination par effet d'entraînement. Depuis l'arrêté du Tribunal fédéral autorisant les cantons à réguler, Neuchâtel, le Tessin, le Jura et Fribourg disposent d'un mécanisme en la matière. Genève pourrait s'y mettre dans la foulée. Les cantons en possession d'un dispositif de régulation, sans constater une décroissance, observent un ralentissement du rythme de l'installation de nouveaux équipements médico-techniques lourds.

4.4 – Risque de rationnement

L'ouverture de nouvelles salles d'opération pourrait raccourcir les délais d'attentes en neurochirurgie, en chirurgie orthopédique, etc., au CHUV notamment, que certains patients doivent actuellement subir au prix d'un allongement de leur souffrance. Aussi quelle est la vision du Conseil d'Etat en matière de régulation des salles d'opération ?

Pour le chef du DSAS, il importe d'inclure les salles d'opération dans le dispositif de régulation pour pouvoir agir sur un projet dont l'offre ne répondrait pas aux besoins établis. Pour pallier aux éventuelles **difficultés liées aux délais d'attente dans certains domaines** de la chirurgie, notamment au CHUV, le département est prêt à augmenter les quotas de lits LAMal attribués aux cliniques privées. A priori, il n'y a donc pas de problème de capacité des blocs opératoires et de nombre de lits correspondants.

La régulation proposée ne risque-t-elle pas de freiner les **avancées scientifiques**, dont bénéficient au final les patients, dans un canton qui, pourtant, fait une priorité du développement des connaissances ?

Le chef du DSAS se dit convaincu que toute innovation réelle saura, in fine, trouver sa place dans le canton. Dans ce processus, les partenariats public-privé, et le partage équilibré des risques et des avantages qu'ils représentent, revêtent toute leur importance, comme en témoigne les expériences réussies dans le canton en matière de chirurgie robotique. Plutôt que de tabler sur une concurrence délétère où chacun veut à tous prix acquérir avant les autres une prétendue innovation médico-technique, mieux vaut miser sur une coordination bien pensée des différents acteurs impliqués.

5. DISCUSSION SUR LE PROJET DE DECRET ET VOTES

5.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE

Article 1 – But

L'article est accepté à l'unanimité des membres présents moins 1 abstention.

Article 2 – Notion d'équipements lourds

L'article est accepté à l'unanimité des membres présents.

Article 3 – Liste des équipements lourds

L'article est accepté à l'unanimité des membres présents moins 2 abstentions

Article 4 – Commission cantonale d'évaluation

L'exposé des motifs précise que, formellement, les membres de la commission seront nommés par le Conseil d'Etat mais que ce dernier se bornera en principe à reprendre les propositions des instances concernées, sans les remettre en cause. Aussi, les seuls représentants du Conseil d'Etat seront donc les deux membres désignés par ses soins. Pour que cette intention apparaisse de façon plus explicite dans le texte du décret lui-même, **l'amendement suivant est déposé** (alinéa 1) : « Une commission cantonale d'évaluation (ci-après : la Commission) est instituée. Elle est composée des huit membres suivants, nommés par le Conseil d'Etat pour la durée du décret. Les représentants désignés sous lettre b et c font l'objet d'une simple ratification. [...] ».

Malgré la possibilité de se référer à l'exposé des motifs pour interpréter l'article et malgré l'alourdissement du texte que représente l'amendement, le chef du DSAS ne s'oppose pas à ce dernier s'il permet l'adoption du décret. La ratification des membres proposés par les exploitants d'équipements lourds et par les associations d'assureurs vise uniquement à éviter, cas échéant, qu'un siège soit occupé de façon inappropriée, par une personne contre laquelle une plainte pénale a été déposée par exemple.

Amendement n°1 (vote)

L'amendement consistant à ajouter à **l'alinéa 1**, avant l'énumération aux lettres a, b, c et d, la phrase suivante : « Les représentants désignés sous lettres b et c font l'objet d'une simple ratification » est accepté **à l'unanimité moins 3 abstentions**.

Afin de ne pas limiter la représentation des assureurs aux seuls assureurs maladie et, cas échéant, d'ouvrir la commission aux assureurs accident, l'amendement suivant est déposé :

Amendement n°2 (vote)

L'amendement reformulant **la lettre c de l'alinéa 1** de la manière suivante : « un représentant des assureurs proposé par leurs associations représentatives » est accepté **à l'unanimité**.

Pour le chef du DSAS, le membre proposé par la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) ne peut pas être considéré comme un représentant de l'Etat, les établissements membres de la FHV étant des entités d'ordre privé. Quant au CHUV, l'autonomie relative dont il jouit laisse la possibilité théorique qu'il se trouve en désaccord avec le Conseil d'Etat. Aussi, **la Commission cantonale d'évaluation ne comporte que deux représentants de l'Etat** stricto sensu, ce qui s'avère peu selon de chef du DSAS.

Le chef du DSAS précise que l'idée d'introduire dans la commission des représentants du monde politique, proposés par le Bureau du Grand Conseil par exemple, a finalement été abandonnée. Les différents partenaires consultés, cliniques privées y comprises, se sont en effet montrés défavorables à cette proposition.

Discussion sur la lettre d

La question de la provenance hors du canton de Vaud de l'expert indépendant fait débat. En effet, pour un commissaire, octroyer une voix pleine à une personne extérieure au canton peut apparaître à certains comme exagéré. Pour un autre commissaire, la présence d'un expert indépendant s'avère même superflue, les représentants des exploitants d'équipements lourds disposant déjà des connaissances requises. Le chef du DSAS précise que la présence de l'expert indépendant a pour objectif d'apporter un gage supplémentaire d'objectivité et de neutralité aux décisions de la Commission cantonale d'évaluation. A ce titre, l'expert ne doit pas être actif dans les instituts ou entreprises concernés par l'activité de régulation de la commission. D'autre part, la présence de l'expert indépendant permet d'assurer l'équilibre entre le nombre de représentants des exploitants d'équipements lourds, acteurs concernés par les décisions de la commission, et le nombre des autres membres de la commission. Pour un commissaire, la présence d'un expert indépendant permettra de compléter les connaissances des représentants des exploitants. Aussi, le profil de l'expert devrait être

déterminé en complémentarité avec celui des autres membres de la commission afin de réunir les compétences nécessaires en médecine, en économie, en droit, etc. L'idée est aussi émise de laisser intacte la lettre d de l'alinéa 1 de l'article 4 mais de supprimer la première phrase de l'alinéa 1 de l'article 5, tout en précisant la règle de la voix prépondérante du président en cas d'égalité du vote. Un commissaire suggère, pour ne pas fermer la porte à un expert indépendant de qualité exerçant à un faible taux une activité professionnelle à l'Etat de Vaud, de maintenir à la lettre d l'expression « l'essentiel ».

Après discussion, l'amendement suivant est déposé et mis au vote.

Amendement n°3 (vote)

Article 4, alinéa 1, lettre d : « un expert indépendant exerçant l'essentiel de son activité professionnelle hors de l'Etat de Vaud » est accepté à **l'unanimité moins 1 abstention**.

Vote article 4 amendé

L'article 4 tel qu'amendé est accepté à **l'unanimité**.

Article 5 – Organisation de la commission

En lien avec la discussion sur l'article 4 et suivant la suggestion du chef du DSAS, l'amendement suivant est déposé (alinéa 1) : « Chaque membre de la Commission, y compris le-la président-e, possède une voix. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents. Le-la président-e tranche en cas d'égalité ».

Amendement n°4 (vote)

L'amendement consistant à ajouter en **fin d'alinéa 1 (art 5)** la phrase suivante : « Le-la président-e tranche en cas d'égalité » est accepté à **l'unanimité**.

L'article tel qu'amendé est adopté à **l'unanimité**.

Article 6 – Mission et rôle de la Commission

L'article est adopté à l'unanimité.

Article 7 – Suivi de l'évolution de l'offre et régulation

L'article est adopté à l'unanimité.

Article 8 – Dépôt de la demande

Le dispositif de régulation porte tant sur des appareils (IRM, PET-scan, etc.) que sur les centres de chirurgie ambulatoire. Il apparaît dès lors pertinent de remplacer, à l'alinéa 1, le terme « appareil » par le terme « équipement ». Un amendement est déposé en ce sens. Le chef du DSAS se rallie à cet amendement.

Amendement n°5 (vote)

L'amendement consistant à remplacer à **l'alinéa 1 (art.8)** le mot « appareil » par le mot « équipement » est accepté à **l'unanimité**.

L'article tel qu'amendé est adopté à **l'unanimité**.

Article 9 – Procédure d'autorisation

L'article est adopté à l'unanimité.

Article 10 – Emoluments

L'article est adopté à l'unanimité.

Article 11 – Registre et devoir d’information

L’article est adopté à l’unanimité.

Article 12 – Contrôle et sanctions

L’article est adopté à l’unanimité.

Article 13 – Durée et évaluation

D’un point de vue institutionnel et symbolique, un commissaire estime que, sur la base du rapport d’évaluation du Conseil d’Etat (cf. alinéa 2), ce dernier devrait obligatoirement demander au Grand Conseil de se prononcer sur le renouvellement ou non du décret. Le chef du DSAS suggère à ce propos la suppression de la dernière phrase de l’alinéa 2. En effet, le Conseil d’Etat est libre de proposer, en tout temps, une loi ou un décret. Il en va de même du Grand Conseil. En conséquence, l’amendement suivant est déposé (alinéa 2) : « Une année avant son terme, le Conseil d’Etat soumet au Grand Conseil un rapport d’évaluation du dispositif, sur proposition de la Commission. ~~Sur la base de ce rapport, il peut demander au Grand Conseil de renouveler le décret~~ ».

Amendement n°6 (vote)

L’amendement consistant à supprimer la dernière phrase de l’alinéa 2 (art. 13) est accepté à **l’unanimité**.

L’article tel qu’amendé est adopté à l’**unanimité**.

Article 14 – Dispositions transitoires et finales

Nombre de commissaires se disent gênés par l’alinéa 2 et son caractère rétroactif. Aussi, l’amendement suivant est déposé (suppression de l’alinéa 2) : « ~~Le remplacement d’un équipement lourd mis en service après le 1er juillet 2015 est considéré comme une mise en service soumise à régulation au sens du présent décret. Le remplacement d’un équipement lourd mis en service avant cette date ne donne pas lieu à régulation, mais fait l’objet d’une simple annonce de l’exploitant au département~~ ».

Le chef du DSAS fournit à ce titre les éléments d’explication suivants :

- l’ensemble du processus relatif au décret proposé et à sa mise en vigueur s’avère passablement long (élaboration de l’avant-projet, consultation, finalisation du projet, travaux parlementaires, délai référendaire, éventuels recours en justice) ;
- l’alinéa 2, qui répond à une demande de la FHV, a été introduit pour donner un signal aux investisseurs et empêcher qu’ils cherchent à se soustraire à la future régulation en se dépêchant d’implanter des équipements lourds avant entrée en vigueur des nouvelles dispositions ;
- aucune sanction ou démantèlement d’installation n’est prévue pour les équipements mis en service, cas échéant, entre le 1er juillet 2015 et l’entrée en vigueur du décret. Ces équipements seront soumis à la procédure prévue au moment de leur renouvellement.

Le débat se cristallise en deux camps. Les opposants à la clause de rétroactivité mettent en avant les points suivants :

- le caractère excessivement interventionniste de la clause en question ;
- l’absence d’utilité de cette clause, l’implantation d’un équipement lourd prenant en général beaucoup de temps ;
- la simplicité qui consiste à ce qu’un décret entre en force au moment où il entre en vigueur ;
- les risques juridiques liés à une clause de rétroactivité ;
- le danger politique que cette clause conduise à une demande de référendum ;
- le soutien global à un cadre général de régulation des équipements médico-techniques lourds mais pas à une disposition qui affaiblit ce cadre ;

- la possibilité pour les acteurs concernés, particulièrement le Grand Conseil, de travailler rapidement à la mise en vigueur du décret pour éliminer les effets d'aubaine en faveur des investisseurs.

Quant aux partisans de la clause de rétroactivité, ils mettent l'accent sur les éléments suivants :

- le délai référendaire et les possibles manœuvres juridiques qui retardent d'autant l'entrée en force du décret ;
- la nécessité d'une action cohérente dans un contexte d'augmentation des primes, voire la perte de sens du décret en cas de suppression de la clause de rétroactivité ;
- l'éventualité de porter la date limite de la clause du 1er juillet 2015 au 1er septembre 2015.

Au final, sans se rallier à l'amendement déposé, un commissaire estime qu'il importe de ne pas mettre en péril tout le projet de décret pour une seule disposition contestée, d'autant plus si le cadre proposé reçoit le soutien global des groupes politiques et si le Conseil d'Etat peut amener une proposition visant à pallier les difficultés issues d'éventuelles procédures juridiques retardant l'entrée en force du décret.

Amendement n°7 (vote)

L'amendement consistant à supprimer l'alinéa 2 est accepté par **9 voix pour, 4 contre et 2 abstentions**.

L'article tel qu'amendé est adopté par **9 voix pour, 0 voix contre et 5 abstentions**.

Article 15 – Exécution et entrée en vigueur

L'article est adopté à l'unanimité.

Voeu de la commission

La commission souhaite être renseignée sur la problématique des possibles retards de mise en œuvre du décret, en particulier en lien avec les éventuels recours déposés en justice, et laisse la liberté au Conseil d'Etat de faire une proposition en la matière.

6. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE DECRET

Le projet de décret, tel que discuté et amendé par la commission, est adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

7. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE DECRET

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret à l'unanimité.

8. PROJET D'ARRÊTÉ

La commission recommande à l'unanimité au Grand Conseil de prendre acte du projet d'arrêté.

Yverdon-les-Bains, le 10 septembre 2015.

*Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos*