

**N° 70567****CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2016-2017

**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'Etat**

\* \* \*

**AVIS COMPLÉMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT**

(26.9.2017)

Par dépêche du 15 juin 2017, le Président de la Chambre des députés a soumis à l'avis du Conseil d'État une série de quarante amendements au projet de loi sous rubrique, adoptés par la Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports dans sa réunion du 13 juin 2017. Au texte des amendements étaient joints un commentaire ainsi qu'un texte coordonné du projet de loi sous avis.

*Amendement 1<sup>er</sup>*

Comme les établissements figurant aux points a) à d) (1. à 4. selon le Conseil d'État) du paragraphe 1<sup>er</sup> 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, le Conseil d'État propose de formuler la dernière phrase du paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 1<sup>er</sup> comme suit:

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

Les auteurs ont repris la proposition du Conseil d'État de maintenir, dans la définition de „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, aux yeux du 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.

*Amendement 2*

Sans observation.

*Amendement 3*

À l'endroit de l'article 3 visé par cet amendement, les auteurs ont donné suite à la proposition du Conseil d'État 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 compétence, alors que c'est l'article 12 qui procède à cette détermination. Par contre, le besoin de chaque réseau de compétence 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<sup>er</sup> de l'article 3 comme suit:

„1. définir les besoins au niveau national en établissements hospitaliers et en réseaux de compétence“.

*Amendements 4 à 9*

L'amendement 6 permet de lever l'opposition formelle relative à l'article 6. Pour le surplus, les autres amendements n'appellent pas d'observation de la part du Conseil d'État.

*Amendement 10*

Avec cet amendement, les auteurs veulent déterminer certaines normes pour différents services hospitaliers par voie réglementaire. 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“<sup>1</sup>.

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:“

*Amendements 11 et 12*

Sans observation.

*Amendement 13*

Avec cet amendement portant sur l'article 14 et qui prévoit que les équipements et appareils médicaux ainsi que leur nombre qui, soit en raison de leur coût, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières, sont déterminés dans une annexe à la loi, l'opposition formelle relative à cet article peut être levée. 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“. Cette phrase, qui n'est pas commentée par les auteurs, manque de précision. Qui détermine le niveau de qualification requise? Quels sont les réseaux de compétence visés pour les différents appareils? Comment et par qui les modalités d'accès

<sup>1</sup> Rapport de la Commission des institutions et de la révision constitutionnelle, doc. parl. n° 6894<sup>4</sup>, p. 6.

seront-elles déterminées? 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.

#### *Amendements 14 à 17*

Sans observation.

#### *Amendement 18*

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.

Les auteurs ont introduit dans cet article la notion de „conflit d'intérêt“, 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. 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.

Le libellé d'une telle disposition pourrait être le suivant:

„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.“

#### *Amendements 19 à 22*

Sans observation.

#### *Amendement 23*

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. Comment ces deux réseaux interagiraient-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.

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. Ceci devra avoir des conséquences sur la composition du comité de gestion interhospitalière. D'abord, il n'y a 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 tout 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 compétence“ et „d'élaborer des recommandations pour le système d'assurance qualité des prestations hospitalières“.

#### *Amendements 24 et 25*

Ces amendements qui reformulent les articles 31 et 32 (articles du projet de loi (articles nouveaux 29 et 30)) permettent de lever les oppositions formelles afférentes du Conseil d'État. Pour des raisons de lisibilité, le Conseil d'État propose de faire figurer la disposition du paragraphe 4 de l'article nouveau 30 en tant que deuxième phrase du premier alinéa du paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article nouveau 31, ce qui permet par ailleurs d'y supprimer l'alinéa 4 devenu redondant.

#### *Amendement 26*

Le paragraphe 1<sup>er</sup> est à modifier comme proposé par le Conseil d'État ci-avant. Comme le texte sous avis ne précise plus qui est doté du pouvoir de nomination des médecins, le paragraphe 4 du nouvel article 31 est à reformuler 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.“

L'amendement sous rubrique permet de lever l'opposition formelle relative à l'ancien article 33.

#### *Amendement 27*

La suspension dont il est question au paragraphe 7 concerne le processus de décision, et non 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, il y a lieu de préciser son début. Le Conseil d'État propose 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.“

#### *Amendement 28*

Cet amendement concerne le nouvel article 33 et 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<sup>er</sup> 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, avec le projet de loi tel qu'amendé, les auteurs redéfinissent 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 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.“<sup>2</sup>

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.“<sup>3</sup>

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<sup>4</sup>, 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.“

2 Doc. parl. n° 3937, p. 22.

3 Doc. parl. n° 6196, p. 83.

4 Doc. parl. n° 6196<sup>3</sup>.

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.

Tel que le texte est libellé suite aux amendements sous revue, la procédure d'établissement d'un contrat-type dont les dispositions s'imposent aux futurs contractants est en contradiction avec la disposition retenue au paragraphe 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du nouvel article 33, d'une part, et le paragraphe 7 du nouvel article 33, d'autre part, le Conseil d'État doit s'opposer 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.

#### *Amendement 29*

Sans observation.

#### *Amendement 30*

Avec cet amendement, les auteurs modifient le nouvel article 36 afin de „ne pas étendre le champ d'application des analyses de laboratoires qui seraient à considérer comme analyses hospitalières à budgétiser“. Or, 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.

Le paragraphe sous avis est par conséquent à formuler 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.“

#### *Amendement 31*

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.“

En ce qui concerne la Commission consultative de la documentation hospitalière, le point 7 de l'alinéa 4 du paragraphe 7 prévoit un représentant du Conseil supérieur des professions de santé. Il s'agit en fait du Conseil supérieur de certaines professions de santé, et le Conseil d'État recommande de retenir cette dénomination dans le texte sous avis.

Le texte proposé par les auteurs pour le nouvel article 38 (ancien article 40) ainsi que le nouvel article 47 permettent de lever l'opposition formelle relative à l'ancien article 40.

#### *Amendements 32 et 33*

Sans observation.

#### *Amendement 34*

Il s'agit d'un amendement de la loi qui n'a pas de rapport direct avec la législation hospitalière et qui n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'État.

#### *Amendements 35 à 39*

Sans observation.

#### *Amendement 40*

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.

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?

**OBSERVATIONS D'ORDRE LÉGISTIQUE***Observation générale*

Pour les nouveaux articles 35, 37, 38 du projet de loi sous examen, il y a lieu de remplacer respectivement les expressions „établissements hospitaliers visés à l'article 1<sup>er</sup>, paragraphe 3, points 1. à 3.“, et „établissement hospitalier visé à l'article 1<sup>er</sup>, paragraphe 3, points 1. à 3.“ figurant aux paragraphes 1<sup>er</sup> desdits articles, par les termes „hôpitaux“ et „hôpital“.

*Amendement 27*

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.“

Au texte coordonné joint aux amendements parlementaires du 15 juin 2017, il y a lieu de supprimer les guillemets *in fine* de l'alinéa 2 du paragraphe 5.

Ainsi délibéré en séance plénière et adopté par 18 voix pour et 1 voix contre, le 26 septembre 2017.

*Le Secrétaire général,*  
Marc BESCH

*Le Président,*  
Georges WIVENES