

Luxembourg, le 15 juillet 2026

Madame Martine DEPREZ  
Ministre de la Santé

L-2935 LUXEMBOURG

N. réf. : S261152/VB-ps (E260703)

Objet : sur le projet de loi n° 8760 portant modification :

- 1° du Code de la sécurité sociale ;
- 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Madame la Ministre,

Le Collège médical accuse réception de votre demande d'avis sous objet qui à titre liminaire suggère des observations de sa part quant à l'ambition générale du texte, et à la portée juridique et déontologique des dispositions qui trouveront à s'appliquer aux acteurs concernés

## **I. Observations générales**

Après une première lecture du texte et de l'ambition affichée par les auteurs, le projet constitue clairement un virage ambulatoire, mais un virage ambulatoire « à la luxembourgeoise », c'est-à-dire fortement enfermé dans la planification sanitaire placée sous l'orbite et le joug des établissements hospitaliers.

Contrairement à d'autres pays où l'ambulatoire s'est développé par une décentralisation des hôpitaux, la volonté politique s'est tournée vers un modèle intermédiaire : les structures sont exploitées par des médecins, mais elles doivent être conventionnées avec un centre hospitalier et leurs médecins doivent disposer d'un agrément hospitalier.

Bien que le Collège médical puisse adhérer à minima (sous réserve des commentaires qu'il ne manquera pas de développer dans la suite du texte) à l'objectif affiché de développer l'offre de soins ambulatoires et par la même occasion favoriser une prise en charge adaptée aux progrès médicaux et technologiques permettant d'éviter certaines hospitalisations ou prises en charge stationnaires, il relève toutefois que le projet crée une nouvelle catégorie de prestataires de soins, distincte tant des établissements hospitaliers que des cabinets médicaux et maisons médicales actuellement existants.

Le Collège médical note aussi que le projet met l'accent sur des activités spécialisées spécifiques et manque la visibilité sur la structuration des soins dans leur globalité. En effet la réforme n'inclut pas les soins primaires tels que la médecine générale, la pédiatrie, la gynécologie, la psychiatrie ou la dentisterie, malgré qu'il s'agisse de spécialités médicales situées au premier échelon de la chaîne de soins pour les patients dans la médecine de ville. Cette perspective sectorielle suscite des questions relatives à la cohérence globale de l'évolution du système de santé ainsi qu'à la coordination future des différents modes d'exercice.

En tout état de cause, cette évolution nécessite un encadrement particulièrement rigoureux afin de garantir :

- L'indépendance professionnelle des médecins ;
- La qualité, la sécurité et la continuité des soins ;
- L'égalité de traitement entre les professionnels malgré la différence dans les modes d'exercice ;
- Une planification cohérente de l'offre de soins.

## **II. Observations particulières : portée juridique et déontologique des principales dispositions**

**Article 1** : Modification du Code de la sécurité sociale (Articles 60 et 60bis CSS) : le projet étend les « structures ambulatoires de soins » à la liste des prestataires pouvant dispenser des soins remboursés par l'assurance maladie.

Commentaire du Collège médical : Cette modification procède à une assimilation des structures ambulatoires de soins aux autres prestataires admis à dispenser des soins pris en charge par l'assurance maladie. Elle permet ainsi leur inclusion au système conventionnel, respectivement la mise en charge des soins à charge de l'assurance maladie pour les prestations relevant de leur champ d'activité autorisé.

Le Collège médical considère que cette modification est indispensable à la mise en œuvre effective du nouveau dispositif. En l'absence d'une reconnaissance par le Code de la sécurité sociale, les structures ambulatoires de soins ne disposeraient pas d'un modèle économique viable permettant d'assurer durablement leurs activités.

Cette intégration est aussi le signe d'une évolution de l'organisation du système de santé luxembourgeois dans la mesure où elle consacre l'apparition d'un nouveau prestataire situé à mi-chemin entre l'exercice libéral qu'on connaît et l'activité hospitalière.

Le Collège médical estime dès lors qu'une attention particulière devra être portée aux modalités conventionnelles. Dans ce contexte, le Collège médical note que le projet ne définit pas de manière suffisante le modèle économique des structures ambulatoires. Il serait notamment nécessaire d'éclaircir les liens contractuels et financiers avec la CNS, en indiquant si les structures elles-mêmes agiront en tant que contractantes ou si un centre hospitalier sera impliqué dans ce processus. Un tel éclaircissement aidera à garantir la transparence du mécanisme et l'indépendance véritable des structures ambulatoires.

En outre, les modalités conventionnelles devront garantir le respect du principe d'égalité de traitement entre les différents modes d'exercice professionnel et éviter l'apparition de distorsions susceptibles d'influencer artificiellement l'orientation de l'activité médicale.

À cet égard, il convient notamment de veiller à ce que les mécanismes de remboursement, les conditions tarifaires ainsi que les modalités administratives applicables aux structures ambulatoires de soins n'aboutissent pas à créer des avantages ou des désavantages injustifiés par rapport aux médecins exerçant en cabinet individuel, en cabinet de groupe ou au sein d'un établissement hospitalier.

Le Collège médical souligne également que l'intégration des structures ambulatoires dans le système conventionnel ne doit en aucun cas affecter l'indépendance professionnelle des médecins qui y exercent. Les considérations économiques ou organisationnelles propres à la structure ne sauraient interférer avec les choix diagnostiques et thérapeutiques relevant de la seule responsabilité et de la liberté thérapeutique du praticien.

Enfin, le Collège médical estime que le développement de ces nouvelles structures devra s'inscrire dans une logique de complémentarité avec les modes d'exercice existants et non dans une logique de substitution. L'objectif poursuivi doit rester celle de l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des prises en charge, dans le respect des équilibres généraux du système de santé.

A cet effet, le Collège médical estime toutefois qu'il conviendrait de préciser clairement les modalités conventionnelles applicables aux médecins exerçant dans ces structures afin d'éviter toute insécurité juridique concernant :

- Les conditions de facturation ;
- Les responsabilités respectives du médecin et de la structure ;
- Les relations avec la CNS ;
- Les règles applicables en matière de permanence et de continuité des soins.

De plus, le Collège médical déplore que le projet ne prévoit aucune mesure destinée à alimenter de manière systématique le Dossier de Soins Partagé (DSP). Or, il est essentiel que la mise en place de nouvelles structures ambulatoires soit accompagnée d'un transfert automatique des résultats d'examens et des traitements effectués pour assurer la continuité des informations médicales entre les divers professionnels de santé impliqués dans le suivi du patient.

**Article 2, point 1 :** L'article 2, point 1, introduit dans la loi hospitalière une nouvelle catégorie d'établissement de soins, à savoir la « structure ambulatoire de soins » tout en insérant un paragraphe 2 bis pour définir les missions des dites structures, respectivement un nouvel article 7 bis

**Commentaires de l'article 2 :** La structure ambulatoire de soins est présentée comme une entité distincte d'un établissement hospitalier, d'un site hospitalier ou d'un site hospitalier supplémentaire. Son exploitation est réservée à une association ou à une société de médecins et son activité est soumise à une autorisation préalable du ministre compétent.

Le Collège médical considère que cette disposition ne se limite pas à créer un nouvel outil organisationnel, mais introduit un nouveau mode d'exercice de la médecine au sein du système de santé car, jusqu'à présent, l'exercice médical spécialisé s'organisait principalement autour de deux modèles : l'exercice libéral en cabinet individuel ou collectif et l'exercice au sein des établissements hospitaliers. Le projet crée désormais une forme intermédiaire permettant à des médecins de regrouper certaines activités spécialisées dans des structures dédiées, tout en restant en dehors du cadre hospitalier.

Le Collège médical accueille favorablement la volonté du législateur d'adapter le cadre juridique aux évolutions de la pratique médicale et au développement des prises en charge ambulatoires. Il relève toutefois que la création de cette nouvelle catégorie de prestataires soulève plusieurs questions qui mériteraient d'être clarifiées.

En effet, le projet prévoit que les structures soient exploitées par des sociétés ou associations de médecins. Cette approche présente l'avantage de préserver un ancrage médical dans la gouvernance des structures et d'éviter que celles-ci ne soient contrôlées par des acteurs extérieurs à la profession.

Le texte ne précise toutefois pas les modalités concrètes de la gouvernance.

Le Collège médical note également que le projet de loi sur l'exercice en société n'a pas encore été approuvé à ce jour. Cela génère une incertitude supplémentaire concernant le cadre légal qui réglera les structures de soins ambulatoires, alors qu'elles sont réservées à des associations ou entités médicales. Il serait préférable de préciser le lien entre ces deux réformes pour garantir une protection juridique adéquate.

Le Collège médical s'interroge notamment sur :

- Les conditions de détention du capital et des droits de vote ;
- Les modalités de prise de décision au sein de la structure ;
- Les garanties assurant un contrôle effectif par les médecins ;
- Les situations dans lesquelles certains médecins pourraient se trouver en position de dépendance à l'égard d'autres associés ou gestionnaires.

Une clarification de ces éléments contribuerait à renforcer la sécurité juridique du dispositif.

En outre le projet reste relativement discret quant à l'organisation de la responsabilité médicale au sein de ces nouvelles structures ; par conséquent, il conviendrait de préciser l'articulation entre :

- La responsabilité individuelle du médecin ayant réalisé l'acte ;
- La responsabilité du gestionnaire ;
- Les responsabilités liées à l'organisation des soins, à la qualité et à la sécurité des prestations.

Il pourrait également être opportun de prévoir la désignation d'un médecin responsable ou d'un directeur médical chargé de veiller au respect des exigences professionnelles, déontologiques applicables à la structure.

Par ailleurs, comme déjà prémentionné, le Collège médical attache une importance particulière à la préservation de l'indépendance professionnelle des médecins en général, en particulier à ceux exerçant au sein des structures ambulatoires de soins considérant que le développement de structures collectives de plus grande taille peut générer des contraintes organisationnelles ou économiques susceptibles d'influencer indirectement l'exercice professionnel.

Le Collège médical considère dès lors qu'il conviendrait de rappeler expressément que les décisions diagnostiques et thérapeutiques relèvent exclusivement de la responsabilité du médecin et ne peuvent être subordonnées à des objectifs financiers, de rentabilité ou de gestion.

Cette garantie apparaît d'autant plus importante que les structures ambulatoires seront appelées à exercer des activités techniques spécialisées et à gérer des équipements dont le coût peut être significatif.

Enfin, le Collège médical relève que les structures ambulatoires de soins occupent désormais une place nouvelle dans l'organisation du système de santé luxembourgeois et estime qu'il conviendra de veiller à ce que leur développement s'inscrive dans une logique de complémentarité avec les cabinets médicaux et les établissements hospitaliers, sans créer de déséquilibres susceptibles d'affecter l'accès aux soins, la continuité des prises en charge ou l'exercice des professions médicales.

Le Collège médical estime que le succès du dispositif dépendra largement de la clarté des règles de gouvernance et des garanties apportées à l'indépendance professionnelle des praticiens qui y exerceront. Néanmoins, une interrogation demeure quant à la nature juridique et professionnelle exacte de ces structures ?

**Commentaire du point 4 de l'article 2 : Concernant l'insertion du paragraphe 2bis à l'article 1<sup>er</sup> :** ce texte précise les missions et champ d'activité des structures en précisant que ces dernières ont pour mission la réalisation de soins de santé ambulatoires limités à certaines activités spécialisées (ophtalmologie, dermatologie, chirurgie pariétale et proctologique, urologie, etc.). Pour le Collège médical, cette limitation traduit la volonté des auteurs du projet d'encadrer strictement ces structures afin d'éviter une substitution complète à l'activité hospitalière.

Plusieurs points mériteraient d'être précisés :

- La distinction entre actes « légers » et actes « nécessitant hospitalisation » ;
- Les critères médicaux de sélection des patients ;
- Les conditions de transfert vers un établissement hospitalier en cas de complication ;
- Les exigences en matière d'anesthésie, de réanimation et de gestion des urgences.

Le Collège médical estime que ces éléments devraient être définis de manière plus précise, idéalement par voie réglementaire, afin d'assurer une application homogène sur le territoire.

**Commentaire du point 5 de l'article 2 concernant l'insertion de l'article 7bis :** ce texte traite de la procédure d'autorisation d'exploitation des structures ambulatoires qui est soumise à une autorisation ministérielle, après avis du Collège médical et de la Commission permanente du secteur hospitalier.

D'emblée le Collège médical s'interroge sur le bienfondé de l'intervention de la Commission permanente du secteur hospitalier dans le processus d'autorisation des structures bien que le projet le définisse lui-même comme une entité séparée des établissements hospitaliers. Si cette consultation trouve son fondement dans le mécanisme de la législation hospitalière existante, il serait néanmoins judicieux de clarifier les motifs de cette démarche pour garantir la cohérence du dispositif.

Concernant le Collège médical, il est relevé que son rôle consultatif est essentiel dans l'appréciation des conditions d'exercice professionnel.

Toutefois, le texte ne précise pas :

- La portée juridique de son avis ;
- Les critères d'évaluation ;
- Les délais d'instruction ;
- Les suites données à un éventuel avis défavorable.

Une clarification de ces éléments serait souhaitable afin de renforcer la sécurité juridique et la transparence de la procédure.

De plus le même article prévoit en son point 5 la conclusion d'une convention avec un centre hospitalier en vue de garantir notamment la continuité des soins, l'accès aux plateaux techniques, la prise en charge des complications.

Si ces exigences répondent à un souci de sécurité, le Collège médical estime qu'elles appellent plusieurs considérations :

- La liberté de choix du partenaire hospitalier ;
- Les conditions de négociation de la convention ;
- Le risque de dépendance structurelle vis-à-vis d'un établissement hospitalier ;
- L'impact sur l'indépendance des structures ambulatoires.

Le Collège médical s'interroge aussi sur la nécessité pour chaque médecin exerçant dans une structure ambulatoire d'être titulaire d'un agrément hospitalier au sens classique du terme. Il pourrait être envisagé que la convention conclue entre la structure ambulatoire de soins, ou la société ou association qui l'exploite, et le centre hospitalier partenaire suffise à garantir la continuité des soins et l'accès aux plateaux techniques. À défaut, si l'agrément individuel devait être maintenue, cela pourrait conduire le centre hospitalier à influencer indirectement la composition de la structure en acceptant ou en refusant certains praticiens, ce qui compromettrait l'indépendance dans l'organisation de la structure.

Par ailleurs, le Collège médical relève que durant les débats en commission, il a été indiqué que les structures ambulatoires de soins pourraient relever de la convention collective d'application au secteur hospitalier.

Le Collège médical prend acte de cette orientation tout en constatant néanmoins que le projet de loi ne contient, dans la version de l'heure, aucune disposition permettant de déterminer le fondement juridique de cette application.

En effet, si le projet renvoie au règlement grand-ducal pour la détermination des normes relatives notamment aux ressources humaines, il ne prévoit aucune habilitation expresse permettant de fixer, par cette voie, le régime conventionnel applicable aux structures visées

Or, la détermination du champ d'application d'une convention collective relève, en principe, du régime du droit des relations collectives du travail et pas uniquement de la réglementation relative à l'organisation des établissements de soins.

Une absence de précision du cadre applicable est susceptible de créer une insécurité juridique tant pour les exploitants des structures ambulatoires que pour les professionnels appelés à y exercer.

Le Collège médical estime dès lors que les auteurs du projet devraient préciser le mécanisme juridique envisagé dans la mesure où l'intention est effectivement de rendre applicable la convention collective du secteur hospitalier aux structures ambulatoires de soins.

À défaut, il conviendrait, à tout le moins, que les travaux parlementaires ou l'exposé des motifs précisent sans ambiguïté l'instrument juridique retenu pour atteindre cet objectif.

Concernant le bienfondé ou non de l'application d'un cadre conventionnel aligné sur celui du secteur hospitalier, si au vu des activités que seront amenés lesdites structures à effectuer et compte tenu de leur financement par les fonds, il est aisé de plaider en faveur d'une orientation vers le modèle conventionnel, il n'en demeure pas moins qu'il convient d'avoir égard aux spécificités organisationnelles propres aux activités ambulatoires.

En effet bien que les structures ambulatoires seront amenées à réaliser les actes aujourd'hui réservés à l'hôpital, il n'en demeure pas moins qu'elles resteront des organisations de moindre taille dont les activités programmées, seront dépourvues des tensions propres aux urgences, aux hospitalisations ou à la permanence des soins comme peuvent l'être les établissements hospitaliers.

De ce point de vue les contraintes organisationnelles sont différentes et la question de l'application intégrale de la convention collective hospitalière mérite d'être posée., dans la mesure où la convention hospitalière actuelle a été négociée dans un environnement différent et leur transposition aux structures ambulatoires risquent d'engendrer des coûts de fonctionnement plus élevés.

**Commentaire du point 5 de l'article 2 :** Concernant l'agrément hospitalier des médecins, le paragraphe 3 du point 5 impose la conclusion d'une convention avec un centre hospitalier par les médecins exerçant dans la structure ambulatoire

D'après le Collège médical l'exigence d'une autorisation d'agrément à délivrer par un centre hospitalier n'est sur le plan juridique pas anodin, dans la mesure où elle entraîne dans ses effets une intervention directe d'un établissement hospitalier dans les conditions d'accès à l'exercice médical au sein d'une structure ambulatoire de soins, structure qui reste juridiquement distincte de l'hôpital.

Sur le principe, le Collège médical comprend que cette exigence vise à garantir une intégration fonctionnelle entre les structures ambulatoires et les centres hospitaliers partenaires, notamment pour des raisons déjà évoquées concernant la continuité des soins, la prise en charge des complications et l'accès aux plateaux techniques hospitaliers.

Toutefois, le dispositif impacte de manière conséquente l'organisation de l'exercice médical et les principes encadrant la liberté d'installation et d'exercice.

En premier lieu, cette exigence pourrait entraîner une forme de condition préalable d'accès à l'exercice dans les structures ambulatoires, dépendant non pas d'une autorité publique indépendante, mais de l'appréciation d'un établissement hospitalier partenaire, ce qui pourrait entraîner un mécanisme de sélection indirecte des praticiens, au gré des établissements concernés.

En deuxième lieu, il existe un risque que cet agrément devienne, en pratique, un instrument de régulation de l'accès aux structures ambulatoires, pouvant conduire à des disparités. En fonction des politiques internes des hôpitaux partenaires, l'accès à l'exercice pourrait être facilité dans certains cas et restreint dans d'autres, sans harmonisation suffisante.

En troisième lieu, cette dépendance à l'égard d'un établissement hospitalier pourrait soulever des questions quant à l'indépendance professionnelle des médecins. En effet, l'existence d'un agrément préalable ou continu pourrait être perçue comme susceptible d'influencer, directement ou indirectement, les conditions d'exercice au sein de la structure ambulatoire.

Au regard de ces éléments, le Collège médical estime qu'il serait indispensable de clarifier de manière précise le régime juridique de cet agrément.

Il conviendrait notamment de déterminer :

- S'il s'agit d'un acte purement organisationnel ou d'une décision individuelle affectant l'exercice professionnel ;
- Les critères objectifs sur lesquels repose la décision d'octroi ou de refus ;
- Les garanties d'impartialité et de transparence dans la procédure ;
- Les délais applicables à la prise de décision ;
- L'existence de voies de recours effectives en cas de refus ou de retrait ;
- Ainsi que les conséquences d'un refus sur l'accès à la structure ambulatoire concernée.

Le Collège médical estime en outre qu'une réflexion devrait être menée sur l'opportunité de confier une telle décision à une autorité hospitalière partenaire, ou de prévoir un mécanisme alternatif garantissant une plus grande neutralité dans l'accès à l'exercice.

Le Collège médical tient aussi à attirer l'attention des auteurs du projet sur les implications de l'exigence d'un agrément hospitalier pour les médecins exerçant au sein des structures ambulatoires de soins, au regard des dispositions de l'article 33(7) de la loi hospitalière et du contrat-type de collaboration qui en découle.

En effet, selon la loi existante, les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier exercent dans le cadre d'un contrat de collaboration qui impose, sauf dérogation pour raisons de santé dûment justifiées, la participation au service de garde et de disponibilité de l'établissement. Cette obligation constitue un élément structurant de l'intégration fonctionnelle du médecin au sein de l'hôpital.

Dès lors, si l'agrément exigé dans le cadre des structures ambulatoires de soins devait correspondre à un agrément au sens de l'article 33(7), il en résulterait que les médecins exerçant dans ces structures seraient susceptibles d'être tenus de participer au service de garde de l'établissement hospitalier partenaire.

Le Collège médical s'interroge sur les conséquences pratiques d'une telle obligation dans le contexte spécifique des structures ambulatoires. En effet, les médecins concernés peuvent ne pas exercer habituellement au sein du service hospitalier dans lequel ils seraient amenés à assurer des gardes. Cette situation pourrait entraîner des difficultés d'adaptation, une moindre familiarité avec l'organisation interne de l'établissement, ainsi qu'une désorientation opérationnelle lors des périodes de garde, ce qui pourrait ne pas être optimal, surtout en situation d'urgence vitale.

Une telle configuration pourrait, dans certaines circonstances, soulever des enjeux en matière de continuité et de sécurité des soins, notamment lorsque la prise en charge en garde requiert une connaissance fine des circuits internes, des procédures d'urgence et des équipes en place.

Le Collège médical estime dès lors qu'il serait opportun de clarifier expressément l'articulation entre l'agrément requis pour les structures ambulatoires de soins et le régime de l'article 33(7) de la loi hospitalière. À défaut, il conviendrait de déterminer si la participation au service de garde constitue une obligation automatique, une faculté organisée par convention, ou une modalité adaptable en fonction de l'activité réelle du médecin au sein de l'établissement.

Enfin, le Collège médical souligne que l'efficacité et la sécurité du service de garde reposent non seulement sur les compétences des praticiens, mais également sur leur intégration effective dans l'environnement hospitalier. À cet égard l'affectation de médecins, exerçant principalement en structures ambulatoires, à des services de garde hospitaliers pourrait nécessiter des mesures d'encadrement ou de familiarisation spécifiques afin de garantir une prise en charge optimale des patients.

**Commentaire du point 7 de l'article 2 :** Concernant le retrait et la prorogation de l'autorisation, il est prévu à l'article 7 bis que l'autorisation peut être retirée ou non renouvelée notamment si la structure ne respecte plus son projet d'établissement ou si elle ne répond plus aux besoins sanitaires nationaux.

Le Collège médical attire l'attention sur la notion de « besoins sanitaires nationaux », qui constitue une notion large et potentiellement évolutive.

Il serait souhaitable que des critères objectifs soient définis afin d'encadrer son application, notamment en cas de contentieux.

Concernant les points 7 à 8 de l'article 2, ces dispositions intègrent les structures ambulatoires dans les mécanismes de planification hospitalière et d'utilisation des équipements médicaux.

Le Collège médical note que les structures sont soumises à des règles de planification similaires aux hôpitaux mais que certaines flexibilités sont prévues pour l'usage d'équipements non soumis à planification.

Cependant, il conviendrait de veiller à :

- La cohérence globale entre planification hospitalière et ambulatoire ;
- L'absence de duplication inutile des équipements lourds ;
- La garantie d'un accès équitable aux technologies médicales.

**Commentaire du point 10 de l'article 2 :** Le projet ouvre la possibilité pour les structures ambulatoires de bénéficier de financements publics.

Le Collège médical considère que cette évolution est logique dès lors que ces structures participent à la mission de service public de santé.

Il insiste néanmoins sur la nécessité :

- De critères transparents d'attribution ;
- D'une égalité de traitement entre acteurs ;
- D'un contrôle de l'utilisation des fonds publics.

**Commentaires du point 18 :** Le projet de loi impose que chaque centre hospitalier dispose d'un médecin infectiologue, chargé de la prévention et du contrôle des infections.

Bien que cette disposition vise directement les établissements hospitaliers, elle s'inscrit indirectement dans le dispositif des structures ambulatoires de soins. Celles-ci étant obligatoirement liées à un centre hospitalier par une convention, elles devront s'articuler avec les compétences hospitalières en cas de complication, notamment infectieuse.

Ainsi, le système repose sur une répartition fonctionnelle : les structures ambulatoires réalisent les actes programmés, les hôpitaux assurent la prise en charge des complications et la supervision des risques, et l'infectiologue garantit la cohérence des pratiques en matière de prévention des infections.

Toutefois, le projet ne précise pas de manière détaillée les obligations d'hygiène applicables aux structures ambulatoires ni les modalités formalisées de collaboration avec l'infectiologue, ces éléments étant largement renvoyés à des textes réglementaires futurs.

Le Collège médical estime que les exigences applicables aux futures structures ambulatoires devraient être définies avec précision, notamment en matière :

- D'hygiène ;
- De stérilisation ;
- De gestion des urgences ;
- De traçabilité ;
- De contrôle qualité.

En effet, le Collège médical juge qu'il serait préférable que certaines exigences de qualité et de sécurité soient spécifiquement inscrites dans la législation, plutôt que d'être renvoyées à des dispositions réglementaires. Cette réflexion pourrait notamment inclure les critères minimums relatifs aux installations, à l'observation post-opératoire, à la coordination médicale, à la gestion d'événements indésirables graves, ou encore aux conditions d'exécution des anesthésies.

Il recommande également la mise en place d'inspections régulières et de mécanismes d'évaluation.

**Commentaires du point 20 de l'article 2 :** La terminologie du dossier est adaptée en remplaçant la notion de « patient hospitalier » par celle de « patient » pour tenir compte des spécificités de la prise en charge ambulatoire, notamment par la possibilité d'établir un document médical équivalent en lieu et place du résumé clinique de sortie

Le projet gagnerait à préciser :

- Le responsable de la conservation des dossiers médicaux ;
- Les modalités de transfert des données en cas de cessation d'activité ;
- Les obligations de continuité des soins ;
- Les droits du patient quant à l'accès à son dossier.

Le Collège médical considère que cette disposition est essentielle pour garantir la qualité du système.

### Conclusions :

Le projet de loi n° 8760 repose sur une logique d'équilibre vers l'ouverture de nouveaux espaces d'exercice médical plus souples et plus proches des besoins de la médecine moderne, tout en maintenant un encadrement restreint fondé sur la planification sanitaire, l'autorisation ministérielle et l'ancrage hospitalier obligatoire. Cette configuration traduit une volonté de maîtriser l'évolution du système plutôt que de la laisser se développer de manière autonome.

Le projet laisse cependant des questions essentielles sans réponse. La multiplication des liens fonctionnels avec les établissements hospitaliers, la centralité du mécanisme d'agrément, ainsi que les renvois importants à des normes organisationnelles et réglementaires futures.

Au cœur de cette réforme se pose aussi la question fondamentale de l'équilibre entre innovation organisationnelle et préservation des principes de l'exercice médical, en particulier l'indépendance professionnelle, l'égalité d'accès aux modes d'exercice et la sécurité juridique des praticiens.

Le succès du dispositif dépendra moins de la création des structures ambulatoires elles-mêmes que de la capacité du système à garantir une articulation claire, stable et lisible entre les différents niveaux de prise en charge. À défaut, le risque serait de substituer à un système dual — hôpital et médecine de ville — un ensemble plus complexe, dont la cohérence reposerait sur des équilibres fragiles.

Le Collège médical relève enfin que le projet renvoie de nombreuses questions pourtant essentielles à des règlements grand-ducaux futurs. Si une telle technique législative peut se justifier pour les aspects purement techniques, elle ne devrait pas conduire à reporter hors de la loi des éléments fondamentaux touchant aux conditions d'exercice, à la gouvernance, aux responsabilités ou encore aux garanties d'indépendance professionnelle.

Au vu des nombreuses incertitudes juridiques et organisationnelles ci avant relevées, le Collège médical n'est pas en mesure d'émettre, en l'état du texte, un avis favorable sur le projet de loi.

Le Collège médical vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de sa parfaite considération.

Pour le Collège médical,



Le Secrétaire,  
Dr David HECK



Le Président,  
Dr Claude MOUSEL