

N° 7056⁴**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2016-2017

PROJET DE LOI**relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**

* * *

AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT

(23.12.2016)

Par dépêche du 12 septembre 2016, le Premier ministre, ministre d'État, a soumis à l'avis du Conseil d'État le projet de loi sous rubrique, élaboré par la ministre de la Santé. Au texte du projet de loi étaient joints un exposé des motifs, un commentaire des articles, une fiche d'évaluation d'impact, une fiche financière, les avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes, de la Chambre des salariés, de la Caisse nationale de santé, du Collège médical, de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois et du Syndicat santé, Services sociaux et éducatifs de l'OGBL, quatre documents en rapport avec la carte sanitaire, ainsi qu'un document intitulé „Document de travail: évaluation des besoins“.

Le Conseil d'État constate que les avis mentionnés se rapportent à un avant-projet de loi, et sont considérés par les auteurs dans leur commentaire des articles comme faisant partie d'une phase de consultation. Il ne s'agit donc formellement pas d'avis au projet de loi sous avis, étant donné que ce dernier présente, selon les auteurs, des modifications par rapport audit avant-projet dont le Conseil d'État ne dispose d'ailleurs pas.

La lettre de saisine ne renseigne pas sur les avis demandés par rapport au projet de loi proprement dit, et notamment les avis légalement requis.

Des avis complémentaires du Collège médical et de la Chambre des salariés ont été transmis au Conseil d'État par dépêches respectivement des 3 et 28 novembre 2016.

L'avis du Conseil supérieur de certaines professions de santé a été communiqué au Conseil d'État par dépêche du 20 décembre 2016.

*

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le projet de loi sous avis remplace la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, ci-après dénommée „la loi de 1998“. Il comporte, d'une part, des dispositions ayant trait à la planification et au financement des hôpitaux, et, d'autre part, des dispositions concernant la gouvernance et les autres modalités de fonctionnement des hôpitaux. Le projet de loi garde la structure de la loi de 1998 tout en y apportant des modifications substantielles, après les modifications qui y ont été apportées par la loi du 17 décembre 2010 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 et, en 2014, par la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Les dispositions concernant la planification hospitalière correspondent en grande partie à celles qui figuraient initialement dans un projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures. Les auteurs du projet de loi sous avis ont tenu compte des exigences constitutionnelles en ce qui concerne le cadrage normatif à respecter dans une matière réservée à la loi qu'est la protection de la santé, rappelées par le Conseil d'État dans son avis du 19 mai 2015 sur le projet de règlement grand-ducal précité,

et ont, par ailleurs, repris bon nombre des propositions de texte émises par le Conseil d'État dans cet avis (CE n° 51.037). Les modalités de financement public inscrites dans la loi de 1998 ne subissent pas de modification majeure par le projet de loi sous avis. Par contre, le fonctionnement des hôpitaux fait l'objet de changements incisifs que les auteurs veulent introduire avec le projet de loi sous examen, dont les attributions du directeur général et du directeur médical, le statut du médecin hospitalier, la documentation hospitalière pour lesquelles les auteurs prévoient une base légale plus détaillée par rapport aux textes existants, et l'abrogation des comités d'éthique hospitaliers de proximité. Le projet de loi comporte en outre des dispositions particulières à l'établissement public „Laboratoire national de Santé“, qui ne constitue pas un hôpital, mais au vu de ses missions particulières que le législateur lui a attribuées, un partenaire naturel des établissements hospitaliers. Finalement, le projet de loi prévoit des adaptations du Code de la sécurité sociale qui s'imposent suite à des modifications apportées à la législation hospitalière, ainsi qu'une modification de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public „Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation“ en ce qui concerne la composition du conseil d'administration de cet établissement qui gère un service national, conseil d'administration composé de représentants des quatre centres hospitaliers, de représentants de l'État et de représentants du personnel médical et non médical.

Le Conseil d'État constate que le texte sous avis prévoit pour tout centre hospitalier l'exploitation d'un service d'urgences, alors que la définition et les modalités de fonctionnement déterminées dans l'annexe 2 ne font pas de référence à l'implication de ces services dans le service d'urgences national. Le Conseil d'État avait regretté, à de multiples reprises, l'incongruité entre l'organisation du service médical d'urgence assuré par les hôpitaux tombant sous la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente et le plan hospitalier, une première fois dans son avis du 5 avril 2001 sur le projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national (CE n° 45.289). Dans son avis du 19 décembre 2008¹, il a dû constater qu'aucun progrès n'avait été fait en la matière. Dans son avis précité du 19 mai 2015, il a relevé que le projet de règlement grand-ducal à aviser n'apportait malheureusement pas d'élément nouveau. Ce manquement devient maintenant encore plus évident comme le projet de loi portant organisation de la sécurité civile et création d'un corps grand-ducal d'incendie et de secours (dossier parl. n° 6861) prévoit de supprimer dans la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente, les articles 2, 3 et 4, ainsi que le point 3 du paragraphe 1^{er} de l'article 13. Le Conseil d'État estime qu'il convient d'abroger la loi ainsi amputée et d'intégrer les dispositions pertinentes visant le secteur hospitalier (articles 5 à 13) dans le projet de loi sous avis en y apportant les adaptations requises par l'évolution de la planification hospitalière. Le Conseil d'État formulera une proposition de texte à l'endroit de l'examen des articles.

Parmi les grands principes qui, selon l'exposé des motifs, ont guidé les auteurs et qui déterminent les objectifs à atteindre par le projet de loi sous avis apparaît d'abord celui d'établir une offre restreinte limitée au nécessaire, dans la mesure où celle-ci ne devra pas dépasser la demande telle qu'elle se traduit par les besoins sanitaires. À noter que, pour procéder à leur planification, les auteurs déterminent eux-mêmes d'abord la demande et ensuite l'offre qui doit lui correspondre. L'offre est ainsi limitée en fonction des besoins définis par l'évaluation de la carte sanitaire et relève d'un choix politique.

Un deuxième grand principe avancé par les auteurs est celui du „pas tout partout“, qui a pour but d'éviter des redondances et donc des surcapacités coûteuses. À côté de l'argument économique, cette concentration de moyens devrait, par le biais de l'augmentation des masses critiques des intervenants, avoir un effet positif sur la qualité des prestations. La répartition de l'offre fixée selon la méthode décrite ci-dessus devra donc se faire selon des critères objectifs, et se justifie pleinement puisque l'objectif à atteindre est guidé par des raisons impérieuses d'intérêt général, dont fait partie la protection de la santé, et ne touche pas des services fournis en échange d'une contrepartie économique.

Un autre principe retenu par les auteurs est celui du „virage ambulatoire“. Qui dit virage évoque un changement visible de direction: du secteur hospitalier stationnaire, un nombre significatif de prises en charge sont orientées vers le secteur hospitalier ambulatoire. Ce virage est en fait annoncé depuis des années, mais ne se concrétise guère dans les faits. Le Conseil d'État a des doutes sur le coup de volant apporté par les dispositions du projet de loi sous avis. Les auteurs eux-mêmes estiment que „pour que le virage ambulatoire puisse jouer ses pleins effets, il conviendra à la Caisse nationale de

¹ Avis du Conseil d'État du 19 décembre 2008 relatif au projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

santé de créer les incitatifs financiers requis“. Or, les dispositions sous revue ne sont pas un prérequis pour prendre une telle initiative. Prévoir dans le projet de loi des hôpitaux de jour dans les hôpitaux et définir la notion d’emplacements est donc certes louable, mais ne suffira guère pour réussir le virage. Outre les incitatifs financiers précités, le Conseil d’État est d’avis qu’il convient également de renforcer les mesures de contrôle dont dispose la Caisse nationale de santé (ci-après „CNS“) quant aux séjours stationnaires non justifiés.

La planification hospitalière détermine le cadre normatif à respecter lors de la délivrance d’autorisations d’exploitation d’établissements hospitaliers, de services hospitaliers, de réseaux de compétences et de certains équipements médicaux coûteux. L’autorisation d’exploitation d’établissements hospitaliers par le ministre compétent engendre pour l’État un engagement de participation à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers de ces établissements. Ce cadre normatif s’ajoute à d’autres instruments juridiques et mécanismes qui modulent l’offre des prestations hospitalières et qui ont un impact sur la couverture des besoins sanitaires nationaux; ces instruments déterminent le financement de l’activité hospitalière à l’intérieur des établissements hospitaliers et services hospitaliers et des prestations faisant intervenir les équipements tombant sous des mesures de planification. Le système du conventionnement obligatoire des prestataires couplé à celui de l’affiliation obligatoire à l’assurance maladie-maternité des travailleurs salariés influence le développement des activités au sein des établissements hospitaliers en fixant les conditions et modalités d’application des tarifs et du remboursement des prestations hospitalières et médicales, selon le principe de „l’utile et le nécessaire“, sans préjudice de celui de la liberté de choix du patient, auxquels vient s’ajouter maintenant celui du „pas tout partout“.

Pour évaluer les différents instruments ayant un effet sur l’offre censée répondre aux besoins sanitaires nationaux, il faut donc considérer, à côté de la loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et de ses règlements d’exécution avec son approche territoriale de la modulation de cette offre, le Code de la sécurité sociale avec ses dispositions régulant le financement de l’activité dans les établissements hospitaliers.

Le Code de la sécurité sociale prévoit, dans son article 74, qu’une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier est fixée par le Gouvernement sur base de l’évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d’une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de l’évolution économique du pays; cette enveloppe budgétaire globale, et notamment les budgets spécifiques des hôpitaux qui en découlent, devraient tenir compte des données du plan hospitalier. Les prestations médicales ne font pas partie de cette enveloppe et ne sont pas fixées en fonction de cette évaluation. En effet, l’article 60 du Code de la sécurité sociale dispose que les prestations médicales dispensées dans le secteur hospitalier soient considérées comme relevant de prestataires extrahospitaliers. La détermination de leurs tarifs se fait sur base d’une nomenclature des actes et services fixée par voie réglementaire. Cette nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et centres de compétences hospitaliers.

Finalement, les statuts de la CNS, établissement public sous tutelle du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions, interviennent également dans la modulation de l’offre en déterminant les conditions, modalités et taux de prise en charge des actes et services.

Afin que la planification puisse faire valoir ses effets, il appartient au projet de loi sous avis de définir avec la plus grande précision possible quels actes et services sont réservés à quel lieu de prestation, et de prévoir des tarifs différents pour un même acte en fonction du lieu de sa prestation, afin de piloter et d’orienter les différents types d’activités via leur financement vers les lieux retenus dans la planification. La dispensation de certains actes devra être réservée à l’hôpital, et celle de certains actes à certains services à l’intérieur de l’hôpital. Le Conseil d’État estime que cette sélectivité du financement doit être déterminée principalement dans le texte sous avis et éventuellement accessoirement dans la nomenclature des actes et services ou dans les statuts de la CNS en ce qui concerne les modalités du remboursement à l’assuré. Cette sélectivité du financement d’actes devra viser de la même façon le volet hospitalier et le volet médical de la prestation. Ceci présuppose qu’une documentation du recensement de cette activité est indispensable pour pouvoir établir efficacement les modalités de financement, et que ce recensement soit identique pour le volet hospitalier et le volet médical.

Il s’ensuit que le principe de réserver ou prioriser la dispensation de certains actes au milieu hospitalier et, le cas échéant, à certains services doit être fixé dans la loi. Le libellé de ces actes peut être précisé dans un règlement d’exécution de la loi, sachant qu’il s’agit d’une mesure de planification des

besoins sanitaires et non d'une mesure de sécurité sociale, et seul le tarif correspondant à cet acte continue à être fixé dans la nomenclature des actes et services par le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions, sur base d'une recommandation circonstanciée de la commission de nomenclature.

Une question fondamentale est de savoir si la planification hospitalière restrictive doit se réaliser ou dans un climat de libre concurrence entre prestataires ou dans un système instituant la complémentarité des acteurs. La confrontation, dans la course aux autorisations d'exploitation de services et de réseaux de compétences, peut augmenter tant la performance des acteurs que la liberté de choix des bénéficiaires. Or, dans un système budgétisé, la collectivité risque de payer les frais des investissements en ressources nécessaires aux acteurs pour assurer leur compétitivité sur un marché national. Cette question fondamentale semble avoir été tranchée par le programme gouvernemental qui précise que „la gouvernance globale du secteur hospitalier devra encourager les collaborations entre hôpitaux sur le plan national“. Une telle stratégie visant la complémentarité des acteurs devra être encadrée par des dispositions créant une dynamique assurant que la recherche de synergies puisse primer sur les intérêts particuliers. Le Conseil d'État constate que les auteurs du projet de loi sous revue ont prévu une extension des attributions du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux à l'endroit de l'article 21, mais estime que les dispositions dans le projet de loi devraient encore mieux assurer à l'État – qui finance *in fine* (directement et via la CNS) les infrastructures et les activités hospitalières à 100 pour cent – un moyen de contrôle adéquat de l'emploi des deniers publics. Il reviendra sur ce point plus en détail à l'endroit de l'examen des articles concernés.

Par ailleurs, le programme gouvernemental prévoit que „la législation hospitalière actuelle et le plan hospitalier devraient être adaptés afin de permettre la mise en place d'une structure de gouvernance adéquate“. La CNS estime dans son avis, joint au projet de loi sous examen, que „les organismes gestionnaires, sous influence d'intérêts d'ordre local, politique ou particulier, ont des positions divergentes difficilement conciliables avec l'intérêt général, voire même avec l'intérêt des patients. Il est indispensable à ce que la gouvernance publique sur ce secteur, quasi exclusivement financé par des deniers publics, soit raffermissée“.

En ce qui concerne l'efficacité dans le domaine hospitalier, le Conseil d'État constate que le projet de loi reste muet sur toute une série de mesures d'efficacité réalisables sur le plan administratif – comme la mutualisation ou la centralisation de services tels que l'informatique, l'hygiène hospitalière, la stérilisation, le contrôle qualité, l'activité de laboratoire, la formation continue, une centrale d'achat pour tous les hôpitaux, et un examen critique en vue de la rationalisation des administrations hospitalières –, telles qu'évoquées notamment dans le programme gouvernemental.

Le projet de loi prévoit dix hôpitaux (dont six établissements spécialisés) avec dix organismes gestionnaires, dix directions et dix structures administratives indépendantes, et donc dix budgets hospitaliers spécifiques à établir. Parmi ces dix hôpitaux figurent deux hôpitaux de taille modeste, érigés en établissements hospitaliers spécialisés. Le Conseil d'État constate que les auteurs ne prévoient plus de régler la question de ces hôpitaux de taille modeste, alors que le projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures visait à les intégrer dans les centres hospitaliers gérant les centres de compétences correspondants. Les auteurs ne livrent pas d'argument d'ordre économique ou d'ordre sanitaire qui justifierait pour l'avenir le maintien de la situation particulière mise en place dans le passé pour ces services nationaux. Les auteurs de ce projet de règlement grand-ducal avaient souligné il y a un an, en se basant sur le rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers de l'Inspection générale de la sécurité sociale de 2012, que „les frais généraux et administratifs représentent une part plus importante dans le budget des petites structures que dans celui des grandes structures, étant donné que certaines tâches sont incompressibles nonobstant la taille de l'établissement. Dans un souci d'efficacité il conviendrait de fusionner certains établissements, afin de réduire les coûts administratifs“. Ceci étant, l'importance d'une gestion interhospitalière par les centres hospitaliers de ces structures spécialisées érigées en services nationaux a été soulignée à maintes reprises par différents intervenants. Le Conseil d'État s'interroge donc sur l'opportunité d'un maintien de ces hôpitaux de taille modeste, à savoir les établissements hospitaliers spécialisés disposant de moins de 30 lits, et se demande s'il ne faudrait pas plutôt les regrouper dans un établissement hospitalier spécialisé unique formant un vrai „Institut national de coopération hospitalière“, où les centres hospitaliers seront directement représentés au sein de l'organisme gestionnaire. Ce modèle d'organisation est celui qui a été retenu pour l'établis-

sement public dénommé „Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation“, responsable de la gestion d’un autre service national, à savoir le service national de rééducation fonctionnelle, doté d’un organisme gestionnaire comportant notamment et des représentants de chaque centre hospitalier et des représentants de l’État.

Le Conseil d’État estime, que pour les quatre établissements publics actuellement actifs dans le domaine hospitalier, une loi-cadre, à l’instar de celle mise en place pour les centres de recherche publics, serait susceptible d’assurer une cohérence et une harmonisation dans leur organisation et leur fonctionnement.

En ce qui concerne le renforcement de la coopération entre hôpitaux, les auteurs ont repris la proposition du Conseil d’État formulée dans son avis du 23 novembre 2010² sur le projet de loi à l’origine de la loi du 17 décembre 2010 précitée consistant à faire intervenir un comité de gestion interhospitalière dans le pilotage des centres de compétences, rebaptisés par les auteurs „réseaux de compétences“. Ce comité devrait favoriser la recherche de collaborations interhospitalières et le partage des compétences.

Afin d’éviter une multiplication d’instances hospitalières réunissant notamment des représentants d’hôpitaux et des représentants de l’État, le Conseil d’État propose d’élargir les missions de ce comité à celles prévues à l’article 25 pour le Comité national de coordination de l’assurance qualité des prestations hospitalières et de le considérer comme une partie prenante privilégiée dans d’autres grands projets de santé publique nécessitant le concours hospitalier.

Ces quelques mesures permettraient de renforcer sensiblement la gouvernance hospitalière au niveau national au-delà de ce qui est actuellement préconisé par les auteurs.

*

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Cet article donne des précisions sur les différents établissements hospitaliers.

Selon l’alinéa 1^{er}, les auteurs prévoient que le ministre ayant la Défense dans ses attributions gère, selon des modalités qu’il définit, une ou plusieurs structures hospitalières répondant à ses propres besoins, en dehors du champ d’application du projet de loi sous avis et donc en toute indépendance des structures hospitalières existantes. Comme cette structure n’existe pas à l’heure actuelle, il n’y a pas lieu de prévoir cette exception au projet de loi sous avis. Le bout de phrase final à l’alinéa 1^{er} („à l’exception de ...“) est dès lors à supprimer.

Le Conseil d’État ne trouve pas utile de différencier entre hôpitaux, d’une part, et établissements hospitaliers spécialisés, d’autre part, alors que la seule différence entre les deux catégories consiste dans le fait que les établissements hospitaliers spécialisés offrent une prise en charge plus limitée ou ciblée. Il préconise de maintenir le terme „hôpital“ comme terme générique et de différencier entre centres hospitaliers, d’une part, et établissements hospitaliers spécialisés, d’autre part. Une telle catégorisation restera alors en ligne avec le dernier plan hospitalier, les centres hospitaliers régionaux devenant des centres hospitaliers après l’abandon de la notion de régions; elle est d’autant plus indiquée que les auteurs remarquent, à juste titre dans le commentaire de l’article 4, que le terme „hôpital est utilisé à travers tout le Code de la sécurité sociale et diverses autres législations et réglementations“. Or, l’utilisation qui y est faite devrait aussi s’appliquer aux établissements hospitaliers spécialisés. L’expression „établissement hospitalier“ couvrira la totalité des établissements visés par la loi en projet.

L’alinéa 1^{er} de l’article sous revue prend dès lors la teneur suivante:

„La présente loi est applicable:

- a) aux hôpitaux,
- b) aux établissements d’accueil pour personnes en fin de vie,
- c) aux établissements de cures thermales,
- d) aux centres de diagnostic, qu’ils soient gérés par une personne morale de droit public ou de droit privé.“

² Doc. parl. n° 6196³.

À l'alinéa 3, il y a lieu d'écrire „des soins de santé stationnaires ou ambulatoires“ au lieu de „des soins de santé stationnaires et ambulatoires“. En effet, il se peut que la mission d'un établissement hospitalier ne prévoie que soit des soins de santé stationnaires (dont l'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie) soit des soins de santé ambulatoires (dont les centres de diagnostic).

Le Conseil d'État estime qu'il tombe dans les attributions des établissements hospitaliers de permettre la dispense d'actes médicaux relevant de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide et propose de compléter cet alinéa *in fine* par la phrase suivante:

„Ils permettent la prestation d'actes médicaux relevant de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.“

L'alinéa 4 est redondant par rapport à l'alinéa 3, et peut partant être supprimé.

Le Conseil d'État propose de préciser la définition des expressions „hôpital“, „centre hospitalier“ et „établissement hospitalier spécialisé“, et de donner aux trois premiers points de l'alinéa 7 (6 selon le Conseil d'État) le libellé suivant:

1. „hôpital“, tout établissement ayant principalement une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique ainsi que de soins préventifs et palliatifs et disposant de services dans lesquels les patients sont admis;
2. „centre hospitalier“, tout hôpital assurant une large offre de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques;
3. „établissement hospitalier spécialisé“, tout hôpital qui répond aux besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ou à des affections particulières;“

Il convient dès lors de remplacer dans le texte du projet l'expression d'„hôpital“ par celle de „centre hospitalier“ et celle d'„hôpital et établissement hospitalier spécialisé“ par „hôpital“.

Le Conseil d'État constate que les auteurs entendent modifier la définition de l'expression „centre de diagnostic“ figurant dans la loi de 1998, en prévoyant dorénavant une autorisation d'un tel centre de diagnostic pour les seuls établissements publics. Les auteurs ne donnent pas d'explication sur la raison pour laquelle seuls les centres de diagnostic gérés par des établissements publics devront tomber dans le champ d'application de la loi. Le Conseil d'État conçoit que l'approche adoptée dans le passé de définir la notion de centres de diagnostic pour ensuite interdire leur création se justifiait par le souci d'éviter que se développent à côté des établissements hospitaliers, des structures offrant les mêmes possibilités diagnostiques et entrant ainsi en concurrence avec ces derniers, sans être soumises aux mêmes règles de contrôle et de planification. La disposition sous rubrique risque de créer des cas de gestionnaires, qui ne sont pas des établissements publics mais qui offrent des services en vue de l'établissement d'un diagnostic, à l'exclusion de tous les traitements et soins, et qui pourront développer cette activité dans l'avenir sans devoir y être autorisés par le ministre selon les dispositions du projet de loi sous avis, tout en renonçant à la possibilité d'un financement public direct des infrastructures. Si telle n'est pas l'intention des auteurs de la loi en projet, le Conseil d'État est d'avis que le maintien de la définition actuelle de cette expression s'impose.

Si les auteurs estiment qu'il convient de prévoir en tant qu'établissements hospitaliers des segments d'activités de laboratoires relevant de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, afin de pouvoir considérer certaines analyses biologiques d'un laboratoire comme prises en charge couvertes par l'enveloppe budgétaire globale telle que définie à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, comme il résulte de la disposition figurant à l'article 6, la définition du centre de diagnostic devrait être adaptée comme suit:

6. „centre de diagnostic“, tout établissement qui répond à des besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques de patients, y compris les analyses de biologie médicale conformément à l'article 1^{er} de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exclusion de tous les traitements et soins.“

Le Conseil d'État estime que la disposition prévoyant que „tout établissement hospitalier veille au respect des dispositions de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide et de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie au sein de ses structures hospitalières“ est superflue. Il est évident que tout établissement hospitalier doit respecter les dispositions légales qui le concernent, et il n'y a dès lors pas lieu de citer certaines lois plutôt que d'autres. En effet, l'établissement hospitalier ne devrait-il pas veiller de la

même façon au respect des dispositions comme celles de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ou de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux ou encore de la législation sur l'interruption volontaire de grossesse? Le Conseil d'État insiste à voir supprimé l'alinéa en question, et renvoie à cet égard à sa proposition de texte faite à l'endroit de l'alinéa 3.

Article 2

Le Conseil d'État propose de faire figurer dans cet article non seulement les définitions des différents lits, mais également celle d'un service hospitalier, en se basant sur la disposition figurant à l'article 29, et d'un service national, en reprenant la définition figurant à l'article 4.

Ces définitions figureraient alors au début de cet article et seraient formulées comme suit:

1. „service hospitalier“: unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital. Par unité de soins, on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune;“
2. „service national“: service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national;“.

Dans la définition de l'expression „lits“, l'expression „services des établissements hospitaliers“ est alors à remplacer par „services hospitaliers“.

Au point 3 de l'article 2 sous examen (point 5 selon le Conseil d'État), la précision que des lits de soins palliatifs sont situés dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie est superflète, et est dès lors à supprimer.

En ce qui concerne la définition de l'expression „lits d'hospitalisation de jour“, il y a lieu de remplacer la notion de „enceinte organisationnelle et fonctionnelle distincte, exclusivement à la disposition des patients ambulatoires nécessitant une présence médicale et une prise en charge particulière et continue par du personnel spécialement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures“ par celle de „service d'hospitalisation de jour“, qui est définie à l'annexe 2 comme „un service, faisant l'objet de dispositions organisationnelles et fonctionnelles distinctes, où sont dispensées des prestations de soins programmées dont la durée n'excède pas douze heures et qui ne donnent pas lieu à une nuitée“. Les auteurs considèrent dans leur commentaire de l'article que les lits d'hospitalisation de jour se situent „principalement“ dans les services d'hospitalisation de jour, services qui ne font l'objet d'aucune planification actuellement, ni en nombre, ni en nombre minimal ou maximal de lits, étant donné que la CNS n'a, selon les auteurs du projet de loi, pas été en mesure de fournir des données exploitables à cet égard. Le Conseil d'État suggère cependant que, dans un souci de cohérence et même sans normes précises issues d'une planification, les lits d'hospitalisation de jour soient exclusivement situés dans un service d'hospitalisation de jour, y compris les services de dialyse où seront effectuées les séances d'épuration extra-rénale. La phrase introductive du point 5 (7 selon le Conseil d'État) se lirait alors comme suit:

- „7. „lits d'hospitalisation de jour“: lits d'hôpital ou places situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés aux activités suivantes:
 - a) (...).“

Le Conseil d'État préconise de faire figurer dans cet article, outre la référence à l'annexe 1, une référence à l'annexe 2, qui pourra compléter *in fine* l'avant-dernier alinéa et prendre la teneur suivante:

„La dénomination des différents types de service, les normes essentielles y afférentes, le nombre maximal national par type de service, le nombre minimal de lits par service et le nombre maximal de lits nationaux par type de service figurent à l'annexe 2.“

Comme la modification du nombre des catégories de lits pour un établissement hospitalier donné correspond à une modification de son autorisation d'exploitation, la procédure y relative serait mieux traitée à l'article 11. La disposition précisant que le nombre maximum par catégorie de lits dont dispose chaque établissement hospitalier est déterminé dans son autorisation d'exploitation qui est prévue à l'article 8 est superflète. Le dernier alinéa de l'article 2 peut dès lors être supprimé.

Article 3

Le Conseil d'Etat estime que l'ajustement engendré par l'évolution des besoins sanitaires du pays ne devra pas concerner le nombre minimal de lits par service, qui est plutôt dicté par des impératifs d'une organisation efficiente que par des besoins sanitaires variables dans le temps. La liste des équipements et appareils médicaux soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières est visée par le règlement grand-ducal prévu à l'endroit de l'article 14 et ne doit donc pas être mentionnée à l'endroit de l'article sous revue.

En ce qui concerne les pathologies ou groupes de pathologies pouvant être pris en charge dans des réseaux de compétences et le nombre maximal de ces derniers, il s'agit d'une disposition figurant à l'article du projet de loi sous revue. Comme une décision ministérielle ne peut modifier la loi, ce point doit être supprimé.

Quant aux différents éléments constituant la carte sanitaire, le Conseil d'Etat estime que le taux d'utilisation mentionné au point a) devrait considérer aussi bien des aspects qualitatifs que des aspects quantitatifs. Il est d'avis que le recours aux données personnalisées prévu à l'alinéa 4 devrait être obligatoire et non facultatif pour le ministre. Parmi ces données devraient figurer celles relatives aux délais d'attente pour toutes les prestations hospitalières, et non seulement celles déterminées par la Direction de la santé.

Article 4

Cet article a trait aux hôpitaux (centres hospitaliers selon le Conseil d'Etat) et aux services attribuables, en distinguant:

- les services dont doit disposer un centre hospitalier,
- les services non nationaux dont peut disposer un centre hospitalier,
- les services nationaux.

À l'alinéa 1^{er}, il n'y a pas lieu d'écrire qu'un hôpital (centre hospitalier selon le Conseil d'Etat) peut comprendre un ou plusieurs établissements hospitaliers spécialisés. Comme chaque établissement hospitalier dispose d'une personnalité juridique et d'un organisme gestionnaire, ces établissements gardent leur indépendance, et l'un ne peut faire partie intégrante de l'autre que par une fusion ou une absorption. Suite à ses observations faites à l'endroit de l'article 1^{er}, le Conseil d'Etat suggère de donner à l'alinéa 1^{er} le libellé suivant:

„La gestion d'un centre hospitalier ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire. Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites hospitaliers.“

Par analogie avec l'article 5 concernant les établissements hospitaliers spécialisés, il est indiqué de préciser dans cet article que, pour chaque centre hospitalier, le nombre exact de lits autorisés, est arrêté dans l'autorisation d'exploitation.

Le Conseil d'Etat estime qu'il est utile de préciser que le centre hospitalier, qui exploitera le service national de néphrologie, doit exploiter en parallèle un service de dialyse, une activité de dialyse faisant logiquement également partie de l'activité de ce service national de néphrologie.

La disposition prévoyant que „les hôpitaux qui disposent d'une maternité de niveau 1 selon la définition mentionnée à l'annexe 2 sont autorisés à hospitaliser des enfants pour une durée inférieure à 72 heures dans un secteur aménagé“ soulève plusieurs observations. D'abord, il n'y a pas de lien fonctionnel direct entre une maternité et un tel „secteur aménagé“, à moins que ce secteur aménagé doive accueillir des nouveau-nés à problème en dehors de la maternité. Ensuite, les auteurs créent avec les „secteurs aménagés“ une nouvelle notion, à côté de celle de services, d'antennes, d'unités d'un service. Le Conseil d'Etat comprend que la mesure projetée sert à assurer la disponibilité de pédiatres auprès d'une maternité en leur aménageant une activité circonscrite. Il estime également qu'une certaine activité de pédiatrie se justifie dans chaque centre hospitalier et qu'il faut garder des capacités suffisantes en lits pour enfants au niveau national. Il recommande, en conséquence, de remplacer la notion de „secteur aménagé“ par celle de „service de pédiatrie générale“ dont les attributions seraient complémentaires à celles du service national de pédiatrie qui prendra la dénomination de „service national de pédiatrie spécialisée“.

Le Conseil d'Etat constate que les auteurs veulent limiter le nombre de services de chirurgie esthétique à deux, qui s'ajoutent au service de chirurgie plastique qui, outre la chirurgie reconstructrice,

pourra également offrir des prestations de chirurgie esthétique. La chirurgie esthétique ne pourra donc être offerte que dans trois des quatre centres hospitaliers. Si la chirurgie esthétique, traitant, selon la définition donnée à l'annexe 2, des „altérations morphologiques ou disgrâces acquises ou constitutionnelles non pathologiques“, n'est pas opposable à la CNS pour autant qu'elle ne fait pas partie de l'utile et du nécessaire, le Conseil d'État se demande en quoi elle correspond alors à un besoin sanitaire qui devrait faire l'objet d'une planification. Est-ce que tout centre hospitalier qui ne comporte pas de service de chirurgie plastique ne devrait pas pouvoir être autorisé à exploiter un service de chirurgie esthétique dont les frais occasionnés ne seraient également pas opposables à la CNS?

Il n'est pas nécessaire de faire figurer à l'endroit de cet article le nombre de services autorisables, puisque ces données sont fournies par l'annexe 2.

En ce qui concerne les services nationaux, le Conseil d'État propose de faire figurer sur la liste énumérant les différents services nationaux, tous les services nationaux aigus. La disposition qui prévoit que l'hôpital qui souhaite exploiter un service national doit en faire la demande auprès du ministre conformément aux articles 9 et 11 de la loi en projet ouvre cette possibilité aussi bien à un centre hospitalier qu'à un établissement hospitalier spécialisé. À l'annexe 2, les lits ne sont pas différenciés entre les deux services de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle. Les médecins des deux services collaborent par ailleurs sur des équipements communs. Le Conseil d'État se demande, par conséquent, s'il ne faut pas fusionner les services de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle sur la liste sous rubrique où figurera également le service de radiothérapie.

La disposition qui prévoit que „l'hôpital qui souhaite exploiter un service national mentionné ci-avant doit en faire la demande auprès du ministre conformément aux articles 9 et 11“ n'est pas spécifique aux services nationaux et doit être élargie à tous les services.

En ce qui concerne l'alinéa 11, le Conseil d'État rappelle d'abord que l'annexe 2 ne définit pas un service d'obstétrique de niveau 2, mais une maternité de niveau 2. S'il existe un lien étroit entre une maternité de niveau 2 et un service de néonatalogie intensive et un service PMA, entre un service de néonatalogie intensive et un service de réanimation pédiatrique, entre ces services de soins intensifs, un service hospitalier de pédiatrie spécialisée, un service national de chirurgie pédiatrique et un service national d'urgences pédiatriques, le Conseil d'État s'interroge sur le lien avec un service national de psychiatrie infantile. Il propose donc de supprimer la référence à ce service dans cet alinéa.

Les auteurs du projet de loi sous avis indiquent que la réforme a pour objet une planification pluriannuelle visant une meilleure organisation des activités. Le plan hospitalier aurait ainsi notamment comme objectif d'utiliser d'une façon plus efficiente les ressources disponibles. Dans cette lignée, le Conseil d'État a souligné dans ses considérations générales, la nécessité de pouvoir mettre en œuvre une sélectivité dans la planification. Or, prévoir des dispositions pour des services particuliers sans prendre des mesures évitant que toute prise en charge puisse être dispensée partout risque de vider de sens la création de services nationaux tout comme la limitation du nombre de certains services spécialisés. Pour atteindre le but recherché par les auteurs, il est donc indispensable que l'article sous revue comporte une disposition qui permettra de mettre en œuvre le principe du „pas tout partout“. Le Conseil d'État propose, à cet égard, qu'un règlement grand-ducal précise, pour les services énumérés dans l'article sous revue, les actes et services réservés aux médecins spécialistes qui y sont attachés suivant la classification d'actes retenue dans le projet de loi ou à défaut suivant la nomenclature des actes et services des médecins. Ce règlement grand-ducal peut également déterminer par service la liste de pathologies à laquelle doit correspondre une majorité des diagnostics d'admission des patients hospitalisés dans ces services. Un ordre de grandeur de 80 pour cent pourrait être retenu à cet égard. Le cadre constitutionnel tracé par l'article 32(3) de la Constitution permet le recours à un règlement grand-ducal, tel que proposé par le Conseil d'État, alors que l'article 4 de la loi en projet fixe l'objectif des mesures d'exécution et les conditions auxquelles elles sont soumises.

Comme indiqué dans les considérations générales, le Conseil d'État propose de faire figurer dans cet article la plupart des dispositions résultant des articles 5 à 12 de la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente, hormis celles concernant les médecins qu'il conviendra d'intégrer à l'article 35. Les dispositions pénales figurant à l'article 13 de loi précitée du 27 février 1986 pourront être intégrées à l'endroit de l'article 47 (44 selon le Conseil d'État). Le Conseil d'État propose toutefois d'adapter le montant de l'indemnité destinée à couvrir les frais résultant de la disponibilité du personnel de garde, reprise de l'article 12 de cette loi, en fixant un pourcentage et ce afin de respecter le prescrit de l'article 103 de la Constitution.

Eu égard aux observations qui précèdent, le Conseil d'État propose de donner à l'article 4 la teneur suivante:

„**Art. 4.** La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire.

Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites hospitaliers.

Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgences sur un seul de ses sites.

Un centre hospitalier doit disposer de 300 lits aigus au moins et peut être autorisé à exploiter 700 lits aigus au maximum. Il exploite des lits aigus sur au maximum deux sites hospitaliers. Pour chaque centre hospitalier, le nombre exact de lits est arrêté dans l'autorisation d'exploitation.

Tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer d'une autorisation d'exploitation pour les services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2:

1. Cardiologie
2. Chirurgie viscérale
3. Néphrologie ou dialyse
4. Gastroentérologie
5. Gériatrie aiguë
6. Hospitalisation de jour chirurgicale
7. Hospitalisation de jour non chirurgicale
8. Imagerie médicale
9. Médecine interne générale
10. Obstétrique
11. Psychiatrie aiguë
12. Soins intensifs
13. Soins palliatifs
14. Traumatologie
15. Urgence

Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de néphrologie, doivent disposer d'un service de dialyse.

Un centre hospitalier peut exploiter un des services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 et dans la limite du nombre maximal national autorisable:

1. Chirurgie esthétique
2. Chirurgie vasculaire
3. Gynécologie
4. Neurologie
5. Neuro-vasculaire
6. Oncologie
7. ORL
8. Orthopédie
9. Pneumologie
10. Rééducation gériatrique
11. Urologie
12. Pédiatrie générale

Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de pédiatrie spécialisée, peuvent être autorisés à exploiter un service de pédiatrie générale. Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de chirurgie plastique, peuvent être autorisés à exploiter un service de chirurgie esthétique.

Chacun des services hospitaliers suivants est qualifié „de service national“ et, en tant que tel, son exploitation ne peut être autorisée que dans un seul hôpital:

1. Chirurgie pédiatrique
2. Chirurgie plastique
3. Hémato-oncologie
4. Immuno-Allergologie
5. Maladies infectieuses
6. Médecine de l'environnement
7. Néonatalogie intensive
8. Néphrologie
9. Neurochirurgie
10. Ophtalmologie
11. Pédiatrie spécialisée
12. Procréation médicalement assistée
13. Psychiatrie infantile
14. Psychiatrie juvénile
15. Soins intensifs pédiatriques
16. Urgence pédiatrique
17. Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque
18. Radiothérapie

Les services de chirurgie pédiatrique, de néonatalogie intensive, de pédiatrie spécialisée, de procréation médicalement assistée, de soins intensifs pédiatriques et d'urgence pédiatrique sont obligatoirement réunis dans un même centre hospitalier disposant d'une maternité de niveau 2, telle que définie à l'annexe 2.

L'hôpital, qui souhaite exploiter un service hospitalier mentionné ci-avant, doit en faire la demande auprès du ministre conformément aux articles 9 et 11.

Un centre hospitalier qui en fait la demande peut être autorisé à exploiter 30 à 70 lits de moyen séjour dans le domaine de la rééducation gériatrique.

Un seul centre hospitalier peut être autorisé à exploiter 20 lits d'hospitalisation de longue durée au maximum.

Un règlement grand-ducal précise pour chaque service, tel que défini à l'annexe 2, les interventions et examens médicaux réservés aux médecins spécialistes qui y sont attachés suivant la classification visée à l'article 37 ou suivant la nomenclature des actes et services des médecins. Ce règlement grand-ducal détermine par service la liste des diagnostics principaux suivant la classification visée à l'article 37 auxquels doivent correspondre au moins 80 pour cent des diagnostics d'admission des patients hospitalisés dans ces services.

Les centres hospitaliers sont obligés de participer au service d'urgences.

Ils conviennent entre eux de l'établissement du plan du service d'urgences, le directeur de la Santé entendu en son avis. Ils communiquent ce plan pour approbation au ministre, six mois à l'avance et pour une période semestrielle. Le plan indique la personne responsable de l'organisation du service d'aide médicale urgente de chaque centre hospitalier. Tout changement à ce plan est immédiatement communiqué au ministre, qui est censé ratifier le changement, à moins de faire connaître sans délai son opposition. Dans ce cas, il doit prendre les mesures propres à assurer le fonctionnement du service. Si les centres hospitaliers n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'établissement du plan du service d'urgences, le ministre établit ce plan d'office.

Un règlement grand-ducal précise les exigences auxquelles ces services doivent répondre en ce qui concerne leur équipement et la présence effective ou la disponibilité du personnel médical et soignant, ainsi que les modalités suivant lesquelles ces services assurent la prise en charge des urgences.

Les centres hospitaliers reçoivent une indemnité destinée à couvrir **xxx pour cent** des frais résultant de la présence ou de la disponibilité du personnel de garde.

En cas de calamité publique ou de catastrophe, le ministre ou le membre du Gouvernement qui le remplace en cas d'empêchement peut prendre toutes les mesures que la situation exige, et même ordonner la réquisition des établissements hospitaliers et du personnel médical, soignant et technique qui leur est attaché. La réquisition est faite oralement ou par écrit à un responsable de l'établissement. Elle comporte pour celui-ci l'obligation d'avertir, en spécifiant qu'il agit sur ordre du ministre, un nombre suffisant de médecins et de membres du personnel soignant et technique pour assurer le service qui est demandé à l'établissement. Toute prestation effectuée en vertu de la réquisition par un établissement hospitalier ou par un médecin donne droit à une indemnisation. Si celle-ci ne peut pas être obtenue de la part de la personne qui a bénéficié de la prestation ou de l'organisme de sécurité sociale dont elle relève, elle est à charge de l'État."

Article 5

Cet article a trait aux établissements hospitaliers spécialisés.

Le Conseil d'État renvoie à ses observations faites à l'endroit des considérations générales en ce qui concerne les hôpitaux de taille modeste.

En outre, la formulation retenue qu'un service peut constituer un établissement hospitalier spécialisé est inadéquate. Le Conseil d'État renvoie à sa proposition de formulation de l'article 4 qui prévoit de manière générale la possibilité pour des établissements hospitaliers spécialisés d'exploiter des services nationaux.

Il recommande par conséquent de supprimer l'alinéa 1^{er} et de formuler le dernier alinéa comme suit:

„Pour chaque établissement hospitalier spécialisé, le nombre exact de lits autorisés est arrêté dans l'autorisation d'exploitation. Un établissement hospitalier spécialisé doit disposer de 30 lits au moins.“

Article 6

Le Conseil d'État constate que le centre de diagnostic à autoriser sera exploité par l'établissement public „Laboratoire national de santé“ et portera sur trois volets: anatomopathologie, génétique et biologie moléculaire.

Il relève que l'anatomopathologie et la biologie moléculaire sont des domaines concernant exclusivement des analyses biologiques. Ce ne sont pas les patients qui vont s'adresser ou sont dirigés vers ce centre de diagnostic, comme l'indique la définition de l'expression „centre de diagnostic“ figurant à l'article 1^{er}, point 5, mais ce sont des prélèvements d'échantillons qui y sont adressés, soit par des établissements hospitaliers pour le compte de patients stationnaires ou ambulatoires, soit par le secteur extrahospitalier. Le Conseil d'État s'interroge sur la cohérence d'une approche qui revient à étiqueter comme centre de diagnostic pour prises en charge ambulatoires de patients certaines activités de laboratoire plutôt que d'autres pour les soumettre au régime d'autorisation et de financement spécifique aux établissements hospitaliers. Par ailleurs, les auteurs restent muets sur les raisons qui les ont amenés à réserver dorénavant la biologie moléculaire à un laboratoire donné. En ce qui concerne la génétique médicale, on y distingue un volet „analyses de laboratoire“ et un volet clinique. Le Conseil d'État conçoit qu'il y a un besoin sanitaire qui justifie que le volet clinique soit centralisé au niveau national au niveau d'un centre de diagnostic, qui fera dorénavant partie des missions dans l'établissement public „Laboratoire national de santé“, bien placé pour assurer conjointement le volet „analyses biologiques“ et le volet clinique.

Quant à l'anatomopathologie, le Conseil d'État comprend également qu'un besoin sanitaire, abondamment développé dans le commentaire de l'article, justifie que cette activité de laboratoire soit centralisée au niveau national auprès d'un acteur, et qu'il est judicieux que l'acteur à qui sera confiée cette tâche nationale soit un établissement public. Les arguments avancés soulignent les raisons impérieuses d'intérêt général qui justifient une telle restriction à la liberté d'établissement dans ce domaine. Le Conseil d'État reviendra sur cet argument à l'occasion de son analyse figurant à l'endroit de l'article 35 (33 selon le Conseil d'État) ci-après.

En conclusion, le Conseil d'État préfère faire figurer la disposition désignant l'activité de laboratoire d'anatomopathologie comme mission nationale de l'établissement public „Laboratoire national de santé“ dans la loi précitée du 16 juillet 1984 au lieu de la considérer comme faisant partie d'un centre de diagnostic tel que préconisé par les auteurs du projet de loi.

Les auteurs relèguent à un règlement grand-ducal la détermination de certaines modalités d'exploitation de ces centres de diagnostic.

D'après l'article 32(3) de la Constitution, dans sa teneur issue de la loi de révision constitutionnelle du 18 octobre 2016, „[d]ans 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“. La volonté du Constituant, telle qu'elle ressort du rapport de la Commission des institutions et de la révision constitutionnelle du 29 juin 2016³, a été de sauvegarder „les compétences de la Chambre des Députés par rapport au pouvoir exécutif“ et d'exclure l'adoption de „simples lois-cadres fixant quelques grands principes et abandonnant l'essentiel des règles de fond et de forme aux règlements d'exécution élaborés par le Gouvernement“. Par contre, dès lors que dans une matière réservée à la loi, „les principes et les points essentiels [restent] du domaine de la loi“, „les mesures d'exécution, c'est-à-dire des éléments plus techniques et de détails“ peuvent être „du domaine du pouvoir réglementaire“.

Le Conseil d'Etat exige, sous peine d'opposition formelle, qu'outre les objectifs, les principes et points essentiels de ces modalités d'exploitation figurent dans la loi, conformément à l'article 32(3) de la Constitution.

Eu égard aux observations faites ci-dessus, à l'endroit de l'article 2 et des articles 50 et 52, le Conseil d'État propose de donner à l'article sous revue le libellé suivant:

„**Art. 6.** Le ministre peut autoriser au maximum un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie. Le nombre maximum de lits de cet établissement pouvant être autorisé ne peut être supérieur à 20 lits de moyen séjour. Le nombre exact de lits de l'établissement hospitalier qui est autorisé ci-avant est arrêté dans son autorisation d'exploitation.

Le ministre peut autoriser au maximum un établissement de cures thermales.

À l'exception du centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine visé à l'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public „Laboratoire national de santé“, aucun centre de diagnostic ne peut être autorisé par le ministre.“

Si les auteurs souhaitent maintenir leur approche, il conviendra de modifier la définition de l'expression „centre de diagnostic“, en y faisant abstraction de la notion de „ambulatoire“, inappropriée pour qualifier un échantillon biologique, et d'y inclure explicitement les analyses biologiques. Le Conseil d'État renvoie, à cet égard, à une proposition de texte formulée en ordre subsidiaire, à l'endroit de l'article 1^{er}, point 6 nouveau, ci-avant.

Article 7

Afin d'assurer la cohérence avec le point 2 de l'article 15, le Conseil d'État propose de donner au point a) (1. selon le Conseil d'État) le libellé suivant:

„1. des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes;“

Article 8

Cet article mentionne notamment les différents éléments que doit comporter le projet d'établissement. Partant, le Conseil d'État propose de remplacer l'expression „précise“ par celle de „comporte“, puisque le projet d'établissement ne précise pas la plupart de ces éléments, mais qu'il ne fait que reprendre des éléments issus notamment du règlement général.

Préciser que le projet d'établissement comporte „le contrat type de collaboration ou de salarié qui lie les médecins à l'établissement“ fait supposer que tout contrat de médecin est élaboré à partir d'un contrat type spécifique à l'établissement; or, une telle obligation n'est pas prévue dans le projet de loi sous avis. Le Conseil d'État propose donc de supprimer cette phrase ou de prévoir une telle obligation dans le règlement général à l'endroit de l'article 24.

Selon le point j) de l'alinéa 2, „le projet d'établissement précise l'avis du Conseil médical relatif au projet d'établissement“. Le Conseil d'État propose de remplacer ce point j) par la phrase suivante:

„Au projet d'établissement est joint l'avis y relatif du Conseil médical.“

³ Doc. parl. n° 6894⁴.

Il convient de préciser dans l'alinéa 3 que l'autorisation d'exploitation détermine également, outre le nombre maximum par catégorie de lits dont dispose chaque établissement hospitalier et les services hospitaliers qu'il exploite, le nombre de lits autorisés pour chaque service.

Article 9

Cet article mentionne notamment les différents éléments que doit comporter le projet de service.

Selon le point 8 de l'alinéa 5, „le projet de service précise l'avis du Conseil médical relatif au projet de service“. Le Conseil d'État propose de remplacer ce point 8 par la phrase suivante:

„Au projet de service est joint l'avis y relatif du Conseil médical.“

En ce qui concerne la notion d'„antenne de service“ à l'alinéa 6, définie comme unité de soins hospitaliers d'un service située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier, le Conseil d'État propose de remplacer l'expression „unité de soins hospitaliers“ par „unité de soins“. En effet, ces unités devraient également pouvoir dispenser des soins ambulatoires et l'expression „soins hospitaliers“ pourrait laisser entendre qu'il s'agit exclusivement de soins stationnaires.

Le Conseil d'État estime que le besoin d'une telle antenne ne devrait pas être dicté par la seule nécessité d'une capacité d'accueil supplémentaire, comme mentionné à l'alinéa 7 de l'article sous revue, mais de façon plus générale par une amélioration objective de l'accessibilité des soins prodigués, précisée dans le projet de service du service concerné qui est à la base de son autorisation d'exploitation. Cette antenne ne devrait pas seulement recourir à la même équipe de médecins spécialisés pour assurer la continuité des soins dans le service hospitalier et son „antenne“, mais appliquer également les mêmes procédures de prise en charge.

Comme mentionné à l'alinéa 6, point d), de l'article sous examen, „appliquer une politique transparente d'admission, de transfert et de sortie des patients reposant sur des critères objectifs concernant l'état des patients qui y sont pris en charge“ ne devrait pas être spécifique à une antenne, mais constituer un critère de qualité évident pour tout service hospitalier. Cette politique devrait, le cas échéant, être décrite dans le projet de service.

Afin de promouvoir la coopération interhospitalière et de permettre à des hôpitaux ne disposant pas d'un service spécialisé de déployer sous des conditions bien déterminées une activité limitée, spécifique à un tel service sur un de ses sites, le Conseil d'État peut s'imaginer qu'une antenne de service peut également être mise en place dans ce cas de figure.

Le Conseil d'État propose de donner à l'alinéa 6 la teneur suivante:

„L'antenne de service répond aux conditions ci-après:

1. assurer une amélioration objective de l'accessibilité des soins prodigués par le service hospitalier correspondant;
2. être en liaison fonctionnelle étroite avec le service hospitalier;
3. disposer de la même équipe de médecins spécialisés pour assurer la continuité des soins dans le service hospitalier et son „antenne“, et appliquer les mêmes procédures de prise en charge.“

Une „antenne de service“ peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question, sur base d'une convention de collaboration interhospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service, dont le projet de service reprend les modalités de cette collaboration.

Article 10

Cet article reprend, en la précisant, une disposition inscrite dans l'article 10 de la loi de 1998. Le Conseil d'État constate que, depuis 1998, peu de normes ont été établies par voie réglementaire pour les services visés. Ainsi, cet article n'a été invoqué comme base légale que pour deux règlements grand-ducaux, à savoir le règlement grand-ducal du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d'imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonance magnétique nucléaire, et le règlement grand-ducal du 23 décembre 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgences. Or, l'existence de normes contraignantes n'est-elle pas indispensable pour assurer la qualité des prestations dans un service hospitalier?

Selon les auteurs du projet, cet article concerne les „services hospitaliers mentionnés à l'article 4 et définis à l'annexe 2“. Or, les services définis à l'annexe 2 ne sont pas tous mentionnés à l'article 4,

sachant qu'il y a des services dont la mention se trouve à l'endroit de l'article 5. Il y a dès lors lieu de redresser cette erreur de renvoi, et de remplacer les termes „à l'article 4“ par ceux de „aux articles 4 et 5“.

Le Conseil d'État note que les définitions proposées à l'endroit de l'annexe 2 comportent des éléments qui ont un caractère normatif. Le nombre minimal par service est fixé à l'annexe 2, alors que le nombre maximal est fixé dans l'autorisation d'exploitation. Ces données ne doivent donc pas être fixées par règlement grand-ducal.

Dans l'annexe 2 figurent pour certains services des normes concernant les spécialités médicales concernées, les professionnels de santé, le niveau de continuité de service à respecter dans le cas de certains services nationaux, l'environnement requis sur le site hospitalier abritant le service, dont la disponibilité d'autres services et de compétences médicales et professionnelles extérieures au service, les équipements dont doit disposer le service, alors que ces données manquent pour d'autres. Le Conseil d'État estime qu'il faut éviter que pour certains services ces éléments soient fixés par la loi, alors que pour d'autres ils peuvent être fixés par voie réglementaire. Plutôt que de recourir à des règlements grand-ducaux, ce qui pose le problème d'un cadre légal suffisant, le Conseil d'État propose de compléter l'annexe 2 de la loi.

Il est essentiel que ces normes soient établies avec un degré de précision élevé, alors qu'elles doivent permettre de départager, le cas échéant, deux établissements postulant pour l'exploitation d'un même service.

Article 11

Le Conseil d'État estime que la première autorisation d'exploitation ne doit pas être accordée pour une durée de cinq ans, mais, à l'instar des prorogations pour une durée maximale de cinq ans, afin de s'assurer un maximum de flexibilité dans la planification hospitalière.

Suite à ses observations faites à l'endroit de l'article 2, le Conseil d'État propose de donner à la dernière phrase de l'alinéa 2 la teneur suivante:

„L'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier peut être adaptée avant l'échéance de cinq ans.“

Il convient également de prévoir dans l'article sous examen que l'autorisation d'exploitation doit pouvoir être amendée, si l'organisme gestionnaire estime qu'une modification des projets d'établissement ou de service, changeant les conditions de l'autorisation d'exploitation, s'impose.

Il convient d'écrire que l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou sa prorogation peuvent être refusées si celui-ci ne respecte pas son projet d'établissement ou s'il ne répond pas aux besoins sanitaires nationaux, alors que la notion de „ne plus respecter“ ou de „ne plus répondre“ pré-suppose que ces conditions étaient préalablement remplies.

Articles 12 et 13

Sans observation.

Article 14

L'article sous revue ne mentionne pas les principes et points essentiels sur lesquels se baserait la détermination par règlement grand-ducal des équipements et appareils nécessitant une planification nationale, ou exigeant des conditions d'emploi particulières, et ne fait qu'évoquer vaguement des critères que sont un prix et un degré de qualification du personnel. Tout en renvoyant à ses développements relatifs à l'article 32(3) de la Constitution repris à l'endroit de l'article 6 ci-avant, le Conseil d'État doit donc s'opposer formellement à l'article sous examen. Il demande dès lors de faire figurer la liste en question en tant qu'annexe au projet de loi sous avis.

Le Conseil d'État estime que, à côté des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, devraient continuer à être soumis à l'autorisation du ministre de façon générale tous les équipements et appareils médicaux dépassant un certain coût, comme le prévoient actuellement les articles 3, point d), et 9 de la loi de 1998. Le seuil actuellement fixé à 80.000 euros devrait par contre être revu à la hausse.

Article 15

Eu égard aux observations formulées par le Conseil d'État à l'endroit de l'article 7, le point 2 est à formuler comme suit:

- „2. aux projets visés aux points a) à c) de l'article 7:
1. lorsqu'un tel projet concerne un centre hospitalier et dépasse un montant de 500.000 euros hors TVA;
 2. lorsqu'un tel projet concerne un établissement hospitalier spécialisé mentionné à l'article 5 ou un autre établissement hospitalier mentionné à l'article 6 et dépasse un montant de 250.000 euros hors TVA.“

Article 16

En disposant que les activités „mises en commun doivent respecter les impératifs en matière de sécurité, de continuité des soins et de qualité de la prise en charge“, l'alinéa 2 de l'article sous examen ne fait qu'énoncer une évidence et peut donc être supprimé.

Article 17

Comme l'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers, le Conseil d'État estime que ces établissements hospitaliers doivent relever du contrôle de la Cour des comptes et respecter la législation sur les marchés publics. Il préconise donc de compléter l'article 17 par un deuxième paragraphe qui prendra la teneur suivante:

„(2) Les dispositions de la loi du 25 juin 2009 sur les marchés publics s'appliquent aux établissements hospitaliers.

Tout établissement hospitalier est soumis au contrôle de la Cour des comptes quant à l'emploi conforme des concours financiers publics qui lui sont affectés.“

Article 18

Sans observation.

Article 19

Comme le seuil mentionné dans cet article est celui de la participation étatique et non du projet, le Conseil d'État propose pour cet article le libellé suivant:

„Pour chaque projet pour lequel la participation étatique visée à l'article 15 dépasse le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État, une loi spéciale fixe le montant des subventions à charge du fonds à ne pas dépasser.“

Article 20

Le Conseil d'État se pose la question de savoir si les avantages tels que consentis aux bénéficiaires des subventions étatiques par l'article sous revue tiennent suffisamment compte de l'intérêt général concernant le bon emploi des deniers publics, et ce compte tenu notamment du mécanisme et des délais courts y prévus.

Article 21

La loi de 1998 soumet les établissements publics et autres organes sous tutelle du ministre au contrôle d'un commissaire du Gouvernement aux hôpitaux. Le projet de loi sous avis élargit ce pouvoir de contrôle à tout établissement hospitalier. De plus, un droit de veto à effet suspensif est introduit.

Selon une étude du Conseil d'État français⁴, la présence d'un commissaire du Gouvernement n'est pertinente qu'au sein de sociétés qui interviennent dans des secteurs que l'État estime comme essentiels à la protection des intérêts du pays en matière d'ordre public, de santé publique, de sécurité publique ou de défense nationale, ou, pour les établissements publics, lorsque cette forme d'exercice de la tutelle

⁴ Conseil d'État français, „Les commissaires du Gouvernement dans les entreprises“ (8 janvier 2015), dans „*Les études du Conseil d'État*“.

est nécessaire. Il représente le Gouvernement auprès des entreprises et peut demander de surseoir à l'exécution des décisions qui ne lui paraissent pas conformes à l'intérêt général. La fonction de commissaire du Gouvernement est un moyen de tutelle technique de l'État. La tutelle se définit comme l'exercice d'un certain degré de contrôle, prévu par un texte, sur une personne dont l'initiative est cependant respectée, qui exclut toute réformation ou instruction, mais qui prévoit des procédés d'approbation, d'autorisation voire d'annulation reposant sur une appréciation de la légalité de l'acte contrôlé ou de sa conformité à une politique publique. Le commissaire contribue ainsi à renforcer le contrôle de l'État lorsque les instruments classiques lui paraissent insuffisants. Il veille à la cohérence, à la compatibilité, voire à la conformité des orientations retenues par l'entreprise avec la politique menée dans le secteur par le Gouvernement.

L'institution d'un commissaire du Gouvernement au sein d'un établissement public, d'une fondation ou d'une société commerciale est toujours une pratique dérogatoire au droit commun.

En ce qui concerne les attributions du commissaire du Gouvernement aux hôpitaux, leur portée diffère selon que l'établissement hospitalier à contrôler est déjà soumis par la loi à un pouvoir tutélaire ou non. À cet égard, il convient de mentionner le pouvoir tutélaire exercé par un ministre dans la gestion des établissements publics.

La création d'un établissement public a pour objet d'attribuer une activité, regardée comme importante par la collectivité, à une nouvelle personne de droit public, créée et spécialisée à cet effet et dotée d'une certaine autonomie. La tutelle est la conséquence de cette autonomie et caractérise en principe la décentralisation. Elle est d'une intensité variable et constitue le fondement juridique de l'institution d'un commissaire du Gouvernement lorsqu'il est présent au sein d'un établissement public.

„Pour effectuer ce contrôle, l'État dispose en effet d'autres instruments: nomination du dirigeant, approbation par le ou les ministres de tutelle de tout ou une partie des délibérations du conseil d'administration, désignation d'administrateurs représentant les services intéressés. Le recours au commissaire du Gouvernement ne se justifie que si ces outils ne suffisent pas à garantir la compatibilité, voire la conformité de la politique de l'entreprise avec les orientations définies par l'État. En effet, même si les établissements publics ne comprennent pas d'administrateurs représentants d'un actionnariat privé, une part importante des membres de leur conseil représentent des intérêts ou poursuivent des objectifs différents de ceux de l'État: personnalités qualifiées, représentants des personnels, de certaines collectivités territoriales, d'autres établissements publics, de professions ou d'activités en lien avec l'entreprise. Outre qu'elle est dans certains cas minoritaire dans le conseil d'administration, la parole de l'État peut par ailleurs souffrir de la multiplicité des administrateurs chargés de l'exprimer, et perdre ainsi une partie de sa force. (...) La création d'un commissaire du Gouvernement peut donc être rendue nécessaire par l'inadéquation ou l'insuffisance de ces différents outils au regard de la mission de mise en compatibilité ou en conformité avec les objectifs de politique publique, lorsque ceux-ci revêtent une importance particulière.“⁵

Le périmètre de la tutelle du ministre, dans le contexte des établissements publics, est bien délimité par les lois spéciales créant des établissements publics actifs dans le secteur hospitalier. Le contrôle effectué par le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux prévu par les auteurs du projet de loi sous avis peut être considéré comme complémentaire à cette tutelle.

La gestion d'une mission publique par une personne morale de droit privé, qu'elle soit instituée par les textes ou confiée par un contrat, conduit nécessairement à un contrôle du bon accomplissement de ses missions par la personne publique qui les lui confie. Ainsi, la présence d'un commissaire du Gouvernement est envisageable au sein d'une société commerciale si l'entreprise ou le secteur d'activité peut être regardé comme essentiel à la protection des intérêts du pays en matière de santé publique. Ce principe pourrait par ailleurs également viser les laboratoires d'analyses biologiques. La présence du commissaire doit être adaptée, nécessaire et proportionnée à l'intérêt légitime poursuivi, afin d'assurer une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée entre le principe de la liberté d'entreprendre et la protection des intérêts du pays en matière de santé publique. La présence d'un commissaire du Gouvernement au sein du conseil d'administration d'une entreprise, sans droit de vote, pour restituer l'action de l'entreprise dans le contexte plus général des orientations retenues par l'État pour le secteur d'activité, ne semble dès lors pas disproportionnée. La légitimation du commissaire du Gouvernement

⁵ Conseil d'État français, „Les commissaires du Gouvernement dans les entreprises“ (8 janvier 2015), dans „*Les études du Conseil d'État*“.

ne se conçoit donc pas uniquement sur base du contrôle économique et financier, mais également et surtout dans le contrôle de l'accomplissement d'une activité dans un secteur avec un intérêt général majeur caractérisé tel que la santé publique.

Par conséquent, le Conseil d'État peut marquer son accord à l'article sous revue. Compte tenu de la spécificité de leurs missions, le double contrôle, au sein d'un établissement hospitalier, par un commissaire du Gouvernement et par la Cour des comptes, comme proposé par le Conseil d'État, peut être considéré comme justifié.

Article 22

Suite à l'observation du Conseil d'État faite à l'endroit de l'article 1^{er} concernant les structures hospitalières répondant à des propres besoins, le bout de phrase „relevant de la compétence du ministre“ au point 6) peut être supprimé.

Article 23

Cet article précise que la direction générale, la stratégie générale et la politique de l'établissement sont de la compétence de l'organisme gestionnaire. Le Conseil d'État constate une incohérence de cet article avec l'article 32 déterminant les attributions du directeur général. Il y reviendra à l'endroit de l'examen de l'article 32.

Le Conseil d'État se demande s'il ne serait pas utile que les médecins participent plus activement à la gestion de l'hôpital. En l'occurrence, une disposition légale déterminant que le Conseil médical doit désigner un membre qui pourra assister avec voix délibérative aux réunions du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire pourrait être prévue.

Il y a lieu de préciser que la gestion et l'exploitation d'un établissement hospitalier autorisé selon les dispositions de la présente loi ne peuvent être assurées que par un seul gestionnaire. Par conséquent, le Conseil d'État propose de rajouter *in fine* de l'article sous rubrique une phrase correspondante et de reformuler l'article comme suit:

„**Art. 23.** La direction générale de l'activité hospitalière sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier incombe à l'organisme gestionnaire.

Dans le respect des lois, règlements et conventions applicables, l'organisme gestionnaire définit la stratégie générale et la politique de l'établissement hospitalier dont émane le projet d'établissement visé à l'article 8.

Par organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, on entend l'organe qui, selon le statut juridique de l'établissement hospitalier, est chargé de la gestion et de l'exploitation de l'établissement.

La gestion et l'exploitation d'un établissement hospitalier autorisé selon les dispositions de la présente loi ne peuvent être assurées que par un seul gestionnaire. Le Conseil médical de l'établissement hospitalier doit être représenté avec voix délibérative au sein de l'organisme gestionnaire.“

Article 24

Le Conseil d'État estime que l'expression „gestion“ au point 3 a une portée générale et risque d'être redondante avec les autres points du règlement général. Il propose dès lors de la supprimer.

Tout en renvoyant à son opposition formelle émise à l'endroit de l'article 33 (31 selon le Conseil d'État) en ce qui concerne les attributions du directeur médical et celles de l'organisme gestionnaire, le Conseil d'État propose de donner à cet article la teneur suivante:

„**Art. 24.** L'organisme gestionnaire adopte le règlement général de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier spécialisé.

Le règlement général porte sur:

1. les objectifs et les modalités du fonctionnement hospitalier et notamment des actions concourant à une prise en charge globale des patients, à la prévention de la dépendance et à l'amélioration continue de la qualité des prestations hospitalières;
2. la qualité des prestations globales et spécifiquement celles dans le domaine médical et des soins infirmiers;

3. le système d'information, la rationalisation des médicaments et la standardisation des équipements;
4. l'organisation médicale, des soins et administrative ainsi que le mode d'exercice de la médecine, des soins et de leurs disciplines annexes;
5. l'organigramme et le tableau des effectifs du personnel, les règles concernant l'engagement, l'emploi, le remplacement et les tâches des différentes catégories de personnel;
6. la politique sociale et de formation continue du personnel;
7. le règlement d'ordre intérieur relatif aux dispositions concernant les patients et les visiteurs;
8. l'organisation et le contrôle de la prévention et du contrôle de l'infection nosocomiale;
9. les règlements de sécurité et les plans d'intervention pour faire face aux catastrophes et événements analogues;
10. la prévention et l'élimination des déchets.

Les différentes parties du règlement général et leurs mises à jour sont portées à la connaissance du ministre et des personnes concernées par tout moyen approprié.“

Article 25

Le Conseil d'État estime que les attributions du Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières pourraient être assurées par le comité de gestion interhospitalière, afin d'éviter un foisonnement de comités hospitaliers. Il renvoie également à ses développements repris à l'endroit de l'article 33 (31 selon le Conseil d'État) et à l'opposition formelle y formulée en ce qui concerne la contrariété de textes entre l'article 25 du projet de loi et l'alinéa 6 de l'article 33 (31 selon le Conseil d'État) en projet.

Article 26 (25 selon le Conseil d'État)

L'alinéa 1^{er} de cet article est redondant avec l'alinéa 1^{er} de l'article 25. Le Conseil d'État demande aux auteurs de reformuler le contenu des articles 25 et 26 en projet dans un seul et même article.

Les articles 25 et 26 du projet de loi figureront ainsi sous un article 25 nouveau; les articles subséquents du projet de loi sous examen sont à renuméroter en conséquence.

Article 27 (26 selon le Conseil d'État)

Les auteurs du projet envisagent de ne plus maintenir les comités d'éthique hospitaliers existants et de les remplacer par un comité d'éthique hospitalier national, dont les membres sont nommés par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre, et ceci, selon le commentaire de l'article sous rubrique „afin que les prescriptions éthiques s'appliquent de la même manière dans tous les hôpitaux“. Ils ne précisent pas davantage les problèmes qui seraient survenus lors de l'activité des comités locaux existants et qui justifieraient cette centralisation étatique du traitement de questions éthiques. L'implantation des comités d'éthique locaux a permis d'avoir la réactivité nécessaire lorsqu'il s'agit d'émettre dans les plus brefs délais des recommandations éthiques sur des questions souvent urgentes survenant dans le travail hospitalier quotidien. Cette réactivité risquera de pâtir si toute question éthique relève désormais d'un organe central. En effet, la proximité des comités hospitaliers facilite la promotion de la réflexion éthique à tous les niveaux de l'offre de soins et a donné l'opportunité d'associer à cette réflexion des membres des diverses composantes des équipes soignantes au niveau local. Le Conseil d'État estime que c'est à bon escient que la notion de comités hospitaliers locaux a été retenue dans la loi de 1998, à l'instar de ce qui est appliqué dans les hôpitaux des pays limitrophes. Ceci ne devra pas empêcher qu'un comité d'éthique national, non limité au secteur hospitalier, élabore des recommandations orientant les comités locaux dans leur travail. Au lieu de créer, à côté du comité national d'éthique de recherche, donnant des avis sur des essais cliniques selon une méthodologie bien établie, et de la commission consultative nationale d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé mise en place par le Gouvernement en 1988, un troisième comité national d'éthique pour des questions qui seraient spécifiques au milieu hospitalier, on peut considérer que le comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé précité est bien placé pour élaborer de telles recommandations générales. Lesdites recommandations ne pourront cependant en aucun cas contenir des prescriptions à caractère normatif.

Par ailleurs, la composition de ce comité semble assez aléatoire. On peut s'interroger sur les raisons d'une pondération identique entre hôpitaux, d'une part, et établissements spécialisés et l'établissement de fin de vie, d'autre part. Pourquoi est-il différencié entre représentant des organismes gestionnaires des établissements hospitaliers et autres représentants de ces établissements hospitaliers? Qui représentera „la société civile“ ? Qui sera le suppléant du médiateur, sachant que la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ne prévoit pas de remplaçant pour cette fonction. À cet égard, le Conseil d'État estime qu'il est particulièrement inadéquat de faire siéger le médiateur de la santé dans un tel comité national et de saisir ce comité de questions relevant des droits des patients, de l'information des malades et des modalités du recueil de leur consentement, et de mélanger ainsi les attributions du service national d'information et de médiation santé avec celles de ce nouveau comité. Finalement, la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient prévoit que la fonction de médiateur au sein du service national d'information et de médiation santé est incompatible avec l'exercice de toute autre fonction ou mission au sein ou pour le compte d'un établissement hospitalier, d'un autre prestataire de soins de santé ou d'une association ayant la défense des intérêts du patient dans ses missions, à l'exception d'une mission dans le domaine de la médiation. Or, la mission confiée à ce comité national ne se situe pas dans le domaine de la médiation et s'effectue pour le compte de tous les établissements hospitaliers.

Suite à ces observations, le Conseil d'État propose de maintenir la disposition actuellement en vigueur portant sur l'organisation des comités d'éthique hospitaliers.

Article 28 (27 selon le Conseil d'État)

Sans observation.

Article 29

Suite à la proposition de texte du Conseil d'État portant sur la définition de services hospitaliers à l'endroit de l'article 2, l'article 29 peut être supprimé.

Article 30 (28 selon le Conseil d'État)

Le Conseil d'État constate que les auteurs ont changé l'expression „centre de compétences“ en „réseau de compétences“. Il suppose que ce changement a une vraie portée normative et ne se résume pas à des considérations qui seraient purement psychologiques, alors que le terme „centre“ sous-entend une centralisation d'activités impliquant par conséquent une approche d'exclusivité et qu'un raisonnement en réseaux évoque plutôt une démarche participative ralliant plusieurs acteurs. Dans ses considérations générales, le Conseil d'État a souligné que les auteurs veulent plutôt encourager la collaboration que la concurrence dans l'organisation du secteur hospitalier luxembourgeois; il en déduit que c'est donc l'approche participative qui est retenue.

Avec la notion de réseaux, les auteurs s'éloignent de la notion de centres de compétences, telle qu'elle figure actuellement à l'article 26*bis* de la loi de 1998, suite à une proposition du Conseil d'État formulée dans son avis complémentaire du 7 décembre 2010⁶ sur le projet de loi à l'origine de la loi du 17 décembre 2010 précitée. En effet, si les centres de compétences visent une concentration de moyens dans le milieu hospitalier, pas forcément limitée à un hôpital, le réseau dans le domaine de la santé se conçoit, comme l'indiquent d'ailleurs les auteurs, comme une collaboration entre acteurs qui intéresse aussi bien le milieu hospitalier que le milieu extrahospitalier. Le Conseil d'État rappelle à cet égard que les centres de compétences tels qu'introduits en 2010 devaient se limiter à des activités complexes peu fréquentes, avec des pôles de compétence axés surtout sur la chirurgie et intéressant moins de 10 pour cent des hospitalisations⁷. En France, selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)⁸, un réseau de santé se définit comme:

„une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs: professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations

⁶ Doc. parl. n° 6196⁸.

⁷ „InSight SantéSécu“, informations du Ministère de la Santé et du Ministère de la Sécurité sociale, décembre 2012.

⁸ „Principes d'évaluation des réseaux de santé“, août 1999, ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé).

d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé.

La pluralité des configurations possibles rend nécessaire de préciser certains éléments qui caractérisent les réseaux de santé. La connaissance de ces éléments est essentielle pour construire l'évaluation du réseau:

- les finalités; le domaine d'intervention doit être précisé: une ou plusieurs pathologies, une partie de la population ayant des besoins spécifiques (personnes âgées ...), la population générale, un type d'activité (urgences ...);
- les objectifs opérationnels;
- les intervenants membres du réseau, les partenaires du réseau;
- les modalités d'organisation:
 - les modalités, limitatives ou non, d'intégration des professionnels au réseau (réseau ouvert ou fermé, adhésion à une charte ...),
 - les modalités d'adhésion au réseau des personnes prises en charge: adhésion avec prise en charge exclusive par le réseau, adhésion sans prise en charge exclusive par le réseau, pas de procédure formalisée d'adhésion,
 - les modalités de coordination, les compétences et le partage des tâches entre les acteurs;
- les modalités de circulation de l'information dans le réseau;
- les modalités de financement des activités du réseau;
- le cadre d'analyse de la performance du réseau.“

Les réseaux sont donc caractérisés, d'une part, par des individus (patients, prestataires de soins, financeurs) et, d'autre part, par des outils (référentiels de pratique, dossier de patient, système d'information, modalités de financement, système de management, procédures d'évaluation). Pour mettre en œuvre l'approche participative préconisée par les auteurs du projet de loi, l'article sous avis devra être reformulé afin de tenir compte des principes évoqués ci-avant.

Le Conseil d'État rappelle que dans son avis précité du 19 mai 2015 il a estimé que les centres de compétences doivent être définis dans le texte de la loi, à l'instar des services spécialisés, puisque leur dénomination et leur définition font partie du cadrage normatif essentiel relevant de la loi dans une matière qui lui est réservée. Au regard de l'article 32(3) de la Constitution, tel que modifié par la loi de révision de la Constitution du 29 juin 2016, pour ce qui est des réseaux de compétences, les principes et points essentiels des modalités d'organisation s'inspirant du modèle français devraient être déterminés dans la loi.

Le Conseil d'État s'interroge sur les particularités propres à ces réseaux, telles qu'elles sont déterminées par le texte sous avis, qui encourageraient des prestataires de soins à les rejoindre. En effet, ce dernier comporte surtout des obligations, alors que des avantages n'apparaissent pas dans cette formalisation d'une collaboration qui n'a probablement pas attendu un texte législatif pour se développer, alors que la collaboration entre médecins est un élément naturel de la déontologie médicale. Le texte ne prévoit pas d'exclusivité pour l'activité visée. Un agrément décerné pour pouvoir entrer dans le réseau a donc plutôt un caractère honorifique, reconnu ou non à son juste titre comme gage de qualité par le patient qui choisit librement un prestataire de soins pour régler son problème de santé. Des ressources financières supplémentaires pour organiser et faire fonctionner cette activité ne sont pas assurées. Pour les médecins et autres professionnels de santé, aucune indemnisation particulière n'est prévue. Quant aux établissements hospitaliers, ils peuvent faire valoir leur participation à un réseau lors de l'élaboration de leur budget spécifique conformément à l'article 74 du Code de la sécurité sociale et espérer qu'il y sera donné suite.

Comme le raisonnement en réseaux part du principe d'une collaboration inter- et extrahospitalière, il n'y a pas de raison de prévoir pour un groupe de pathologies plus d'un réseau de compétences, car il est difficilement concevable que les auteurs veuillent planifier la création de réseaux parallèles qui se feront concurrence sur un même territoire. Comment par ailleurs s'imaginer deux réseaux de compétences consacrés au cancer dont seulement un verrait l'intégration du service national de radiothérapie?

En ce qui concerne les différents groupes de pathologies retenus, il n'est aux yeux du Conseil d'État plus contributif de considérer prioritairement la prise en charge des cancers du sein. La notion de réseaux, moins ciblée que celle de centres de compétences, ne s'y prête guère, à moins de définir d'emblée plusieurs réseaux de compétences pour plusieurs types de cancer.

En ce qui concerne les maladies cardiaques, sont seulement visées les maladies cardiaques relevant d'une prise en charge invasive. Or, celles-ci correspondent au spectre d'activité spécifique du service national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle. Le Conseil d'État estime par conséquent qu'il convient de ne pas créer un tel réseau de compétences qui s'ajouterait, voire se substituerait, au service national, à moins de définir différemment les maladies cardiaques à prendre en charge par un tel réseau.

Le Conseil d'État doit finalement constater que la pertinence de plusieurs autres réseaux de compétences énumérés par les auteurs est mise en question par le Collège médical dans son avis.

Pour ce qui est d'une énumération limitative de réseaux de compétences et contrairement à celle de centres de compétences qui impose une répartition de ressources, le Conseil d'État se demande s'il n'est pas plus utile qu'elle soit élaborée et adaptée dans le temps par le comité de gestion au lieu de l'inscrire dans la loi.

Depuis 2010, les projets de centres de compétences peuvent être introduits par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois. Avec le texte sous avis, un ou plusieurs centres hospitaliers ou établissements hospitaliers spécialisés peuvent introduire un tel projet qui sera ensuite avisé par le comité de gestion interhospitalière où se retrouvent outre les représentants des hôpitaux, des représentants de l'État, un représentant des établissements de recherche et un représentant des patients. Le Conseil d'État craint cependant que la possibilité de faire préparer un tel projet par un seul centre hospitalier, épaulé par un établissement hospitalier spécialisé, risque de ne pas favoriser la collaboration interhospitalière et se demande si l'élaboration d'un projet ne devrait pas plutôt être confiée à au moins deux centres hospitaliers auxquels pourront se joindre, le cas échéant, un ou plusieurs établissements hospitaliers spécialisés.

Par conséquent, le Conseil d'État propose de libeller l'alinéa 4 comme suit:

„La demande d'autorisation est introduite par au moins deux centres hospitaliers sous forme d'un projet de réseau de compétences.“

Quant au comité de gestion, le Conseil d'État estime qu'il serait plus cohérent de le dénommer „comité de gestion des réseaux de compétences“, étant donné que ces réseaux concernent selon les auteurs aussi bien le milieu hospitalier que le milieu extrahospitalier.

En ce qui concerne la composition de ce comité de gestion, le Conseil d'État s'interroge sur l'utilité d'y faire figurer un représentant d'un établissement hospitalier spécialisé, alors que celui-ci ne sera que très partiellement concerné par la mise en place des réseaux de compétences tels qu'ils sont énumérés à l'alinéa 2. Par contre, le représentant de la Conférence nationale des conseils médicaux devrait être membre effectif de ce comité et non simple observateur.

Le Conseil d'État marque son accord à la notion de Conférence nationale des conseils médicaux. Il note que la Conférence nationale des conseils médicaux n'a pas de base légale, et que la loi en projet se limite à énumérer ses compétences et ses attributions. Le Conseil d'État insiste à lui donner une base légale; une disposition y afférente peut être prévue à l'endroit de l'article 34 (32 selon le Conseil d'État).

Les auteurs ont retenu de ne pas conférer une personnalité juridique au comité de gestion interhospitalière. La disposition prévoyant pour ce comité un pouvoir normatif dans la mesure où il lui appartient de déterminer les critères d'agrément pour les prestataires de soins et de délivrer par la suite des agréments en vertu de ces critères, ne peut pas être maintenue, à moins de l'instituer en établissement public doté de la personnalité juridique.

Les attributions des hôpitaux introduisant un projet de réseau de compétences et celles du comité de gestion interhospitalière interfèrent, notamment en ce qui concerne la détermination du domaine d'activité, les modalités de gestion et de l'organisation médicale, et la composition du Conseil scientifique.

Selon le Conseil d'État, le nombre et le type de lits du réseau de compétences, l'utilisation d'un équipement ou appareil soumis à planification nationale ne doivent pas figurer dans l'autorisation d'exploitation, comme prévu par les auteurs à l'alinéa 16. En effet, les lits et équipements sont rattachés

à des services spécialisés qui participent au réseau et il n'y a pas lieu de prévoir une double appartenance. Le Conseil d'État rappelle la nécessité de déterminer dans quelle mesure un régime de financement particulier est lié à l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences.

En conclusion, le Conseil d'État propose que les projets de réseaux de compétences puissent être introduits par au moins deux centres hospitaliers auprès du comité de gestion, qui doit donner un avis positif avant qu'ils soient soumis pour autorisation au ministre.

Article 31 (29 selon le Conseil d'État)

Concernant les qualifications requises pour revêtir le poste de directeur général, le libellé reprend les dispositions de la loi de 1998 qui exige que „le directeur général doit être titulaire soit d'un diplôme sanctionnant un cycle universitaire complet de quatre années au moins délivré conformément à la collation des grades, soit d'un diplôme luxembourgeois de fin d'études universitaires correspondant au grade de master reconnu, soit d'un diplôme étranger de fin d'études universitaires ou d'une école d'enseignement supérieur à caractère universitaire correspondant au grade de master reconnu et homologué par le ministre ayant l'Enseignement supérieur dans ses attributions conformément à la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur. Les diplômes étrangers doivent être inscrits au registre des diplômes prévu par la loi modifiée du 17 juin 1963 ayant pour objet de protéger les titres d'enseignement. Le directeur général doit pouvoir se prévaloir d'une expérience d'une année dans le domaine hospitalier“.

Le Conseil d'État est à se demander si, dans la mesure où le directeur général est le chef hiérarchique du directeur des soins, du directeur médical et du directeur administratif, il est concevable que ce directeur général ne soit pas issu de la profession médicale et s'il est raisonnable de ne demander qu'une année d'expérience dans le domaine hospitalier. En effet, la tâche lui confiée nécessite outre des compétences au niveau de la gestion administrative et financière, des capacités de compréhension des technicités médicales propres au milieu hospitalier, qui ne peuvent que difficilement être assimilées par une personne non issue du milieu médical et qui, par ailleurs, n'a qu'une expérience limitée du milieu hospitalier.

Ensuite, le Conseil d'État attire l'attention des auteurs sur le fait que la reconnaissance des diplômes étrangers se fait à partir du 18 novembre 2016 en exécution de la loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles qui a abrogé la loi du 17 juin 1963 précitée.⁹ En outre, la loi du 28 octobre 2016 précitée dispose en son article 77 que „les titres et grades étrangers tombant sous le champ d'application de la présente loi sont dispensés de la procédure d'homologation telle que prévue par la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur“. Il y a donc lieu d'adapter le libellé de l'alinéa 2 de l'article sous examen à la législation en vigueur en adaptant notamment les renvois ainsi que la dénomination des diplômes, en y supprimant l'expression „collation des grades“, qui n'existe plus, ainsi que la référence à la loi du 18 juin 1969, qui fait partie intégrante de la loi du 28 octobre 2016 précitée.

Article 32 (30 selon le Conseil d'État)

Cet article introduit, par rapport à la loi de 1998, de nouvelles attributions pour le directeur général, qui vont bien au-delà de la gestion de l'activité journalière de l'établissement hospitalier. Les dispositions sous revue instaurent en fait une gestion bicéphale de l'établissement, constituée, d'une part, par les membres de l'organisme gestionnaire, et, d'autre part, par la personne du directeur général, qui selon l'alinéa 3 se concertent ou ne se concertent pas sur la conduite de l'établissement hospitalier. Or, l'alinéa 1^{er} prévoit qu'il appartient au directeur de régler les affaires qui lui sont spécialement dévolues par l'organisme gestionnaire, à qui incombe selon l'article 23 du projet de loi „la direction générale de l'activité hospitalière sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier“. Par contre, l'alinéa 3 de l'article sous revue prévoit que le directeur général règle les affaires autres que celles qui relèvent de l'attribution de l'organisme gestionnaire. Ensuite, cet article dispose que c'est le règlement général qui fixe „les conditions de répartition des responsabilités gestionnaires entre le directeur et l'organisme gestionnaire de l'établissement“, alors que le contenu du règlement général, fixé à l'article 24, ne prévoit pas une telle disposition.

⁹ Mém. A n° 231 du 18 novembre 2016. p

L'alinéa 4 de cet article prévoit des attributions spécifiques pour le directeur général, fixées par ce texte et donc exclues du pouvoir décisionnel de l'organisme gestionnaire. La gestion journalière mentionnée au point a) de l'alinéa 4 fait partie de l'exécution des décisions de l'organisme gestionnaire et ne doit pas être mentionnée spécifiquement. Le Conseil d'État se demande en quoi des décisions entrant dans le domaine de la stratégie d'établissement font partie de la gestion journalière.

Quant au pouvoir de nomination des médecins, le Conseil d'État constate qu'il s'agit de décisions essentielles pour un établissement qui devraient tomber dans les attributions de l'organisme gestionnaire. Il s'interroge sur la différence entre une „nomination des médecins liés à l'établissement hospitalier conformément à l'article 35“, et une „proposition de nomination et d'admission par contrat des médecins hospitaliers“. Quels sont les médecins que le directeur général nomme, quels sont les médecins pour lesquels il fait uniquement une proposition de nomination ? Comme ces „nominations ou propositions sont validées par l'organisme gestionnaire“, quelle est la différence entre une nomination et une proposition, et à quel moment l'organisme gestionnaire n'a-t-il plus qu'une compétence liée?

Globalement, les différentes dispositions de cet article manquent de cohérence entre elles et l'article est surcroît contraire aux dispositions de l'article 23. Le Conseil d'État s'y oppose, par conséquent, formellement pour raison d'insécurité juridique et propose de maintenir la disposition figurant actuellement à l'article 28 de la loi de 1998.

Article 33 (31 selon le Conseil d'État)

Alors que la loi de 1998 n'obligeait que les établissements de plus de 175 lits de disposer, à côté d'un directeur général, d'un directeur médical, d'un directeur des soins, ainsi que d'un directeur administratif et financier, cette obligation est maintenant élargie à tous les établissements hospitaliers. Les auteurs restent muets sur le bien-fondé de cet élargissement de l'appareil administratif dans les établissements de moindre envergure, de sorte qu'il est impossible au Conseil d'État d'évaluer la plus-value en termes de rapport qualité/coût d'une telle mesure. Le Conseil d'État note ensuite que, suite à l'abrogation de la disposition figurant à l'alinéa 4 de l'article 26 de la loi de 1998 qui disposait que „Chaque hôpital et établissement hospitalier spécialisé de plus de 175 lits est structuré en trois départements: un département médical, un département des soins et un département administratif et technique“, il ne ressort plus du texte de la loi quelles unités organisationnelles sont soumises à l'autorité de ces trois directeurs. Il appartiendrait donc au règlement général de chaque hôpital de définir le périmètre d'action pour ces directeurs et, par ailleurs, également pour le médecin-coordonateur, ce qui ne va pas faciliter une harmonisation de ces fonctions dans les différents hôpitaux. Aussi le Conseil d'État recommande-t-il aux auteurs de donner la définition et de déterminer le périmètre de ces départements dans le projet de loi sous avis.

S'il n'y a pas d'unité organisationnelle qui lui est explicitement dédiée, le directeur médical bénéficie par contre dans l'article sous revue d'une définition extensive de sa tâche alors que la tâche des deux autres directeurs n'est pas autrement définie. Le Conseil d'État en déduit que le directeur médical est un „*primus inter pares*“.

Ainsi, des qualifications sont requises pour le seul directeur médical („Le directeur médical doit être médecin“).

Afin de mieux pouvoir prendre en compte le rôle du Conseil médical, la disposition prévue à l'alinéa 5 devrait préciser que les actions décidées en conseil de direction pour le département médical sont prises sur avis du Conseil médical.

Selon l'alinéa 6, le directeur médical mettra en place un système d'évaluation de la qualité et de la sécurité des prestations médicales. Pour les prestations soignantes, ce besoin ne semble pas être identifié. Le Conseil d'État doit cependant rappeler que, selon l'article 25, il appartient à l'organisme gestionnaire de mettre en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, quel que soit le prestataire en cause à l'hôpital, et relègue à un règlement grand-ducal de préciser les missions et la composition minimale de ces structures. Il y a donc une incohérence entre la disposition sous revue et l'article 25; et le Conseil d'État doit partant s'y opposer formellement pour cause d'insécurité juridique.

Selon l'alinéa 7, le directeur médical encadre les médecins-coordonateurs et „définit avec eux“ les objectifs institutionnels à atteindre. Cette disposition est incohérente en soi, puisque la notion d'„encadrer“ évoque un niveau hiérarchique supérieur, alors que la notion de „définir avec eux“ suggère que le directeur médical intervient de pair avec les médecins-coordonateurs dans des processus décisionnels. Cette

disposition risque ainsi de modifier la base légale du règlement grand-ducal prévu au dernier alinéa de cet article qui doit notamment préciser le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, et va au-delà de ce qui est prévu à cet égard dans l'alinéa 11 de l'article sous revue.

Or, ce règlement grand-ducal, à savoir le règlement grand-ducal du 27 février 2015 relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur, précise que „le médecin qui est nommé médecin-coordonateur souscrit avec l'hôpital ou l'établissement hospitalier spécialisé un contrat de travail“, se caractérisant par un lien de subordination qui ne ressort cependant pas de l'alinéa 6 sous revue. Le Conseil d'État demande donc aux auteurs de préciser les relations entre le directeur médical et le médecin-coordonateur dans cet alinéa 6 s'ils entendent modifier la gouvernance hospitalière actuelle sur ce point.

Si les auteurs veulent par contre rester, à cet égard, en ligne avec la loi de 1998, le Conseil d'État propose pour l'alinéa 11 la teneur suivante:

„Il est assisté par les médecins-coordonateurs pour définir les objectifs à atteindre en relation avec le projet médical d'établissement et les efforts de standardisation des procédures thérapeutiques et de matériel médical.“

Selon l'alinéa 8, il appartient au directeur médical de définir l'organisation médicale de l'établissement. Or, selon l'article 24 du projet de loi sous avis, l'organisation médicale est définie dans le règlement général. Le Conseil d'État doit donc s'opposer formellement à cette disposition, contraire à l'article 24, pour insécurité juridique. Les auteurs auraient-ils le cas échéant souhaité donner une initiative de proposition au directeur médical ? Selon ce même alinéa, le directeur médical propose au directeur général les agrégations de médecins. Le Conseil d'État propose de remplacer cette expression qui renvoie plutôt à un contrat de coopération commerciale entre un producteur et un distributeur, par celle de „engagement ou agrément“, tenant aussi bien compte de l'engagement de médecins salariés que de l'agrément de médecins libéraux. Si le Conseil d'État est suivi dans sa proposition faite à l'endroit de l'article 32 de maintenir la disposition figurant actuellement à l'article 28 de la loi de 1998, il conviendra de préciser dans cet alinéa que la proposition d'engagement ou d'agrément d'un médecin ne pourra se faire qu'après avoir entendu le Conseil médical en son avis.

Selon l'alinéa 9, le directeur médical s'assure de la bonne application du règlement général „en concertation“ avec le médecin-coordonateur concerné. Le Conseil d'État revient à ses observations faites à l'endroit de l'alinéa 7. La concertation vise la recherche en commun par les personnes dont les intérêts sont convergents, complémentaires ou même opposés, d'un accord tendant à l'harmonisation de leurs conduites respectives. Dans la mesure où l'obligation de concertation renvoie à une procédure de décision en commun, se pose un problème du lien hiérarchique entre directeur médical et médecin-coordonateur et donc un problème de gouvernance hospitalière.

Si les auteurs veulent rester en ligne avec la loi de 1998, le Conseil d'État propose pour l'alinéa 9 la teneur suivante:

„Le directeur médical s'assure, assisté par le médecin-coordonateur concerné et dans le respect des compétences légales et réglementaires attribuées au Conseil médical, de la bonne application du règlement général ainsi que des prescriptions de l'article 35.“

Exception faite des nouvelles dispositions figurant aux alinéas 7 et 9 de cet article, la disposition concernant le médecin-coordonateur reste inchangée par rapport à celle figurant dans la loi de 1998. Comme la notion de département des soins n'existe plus dans le texte sous revue, mais celle de directeur des soins, le Conseil d'État demande aux auteurs de préciser qui sera „responsable des soins“ si ce n'est pas le directeur des soins.

Article 34 (32 selon le Conseil d'État)

Cet article reste inchangé par rapport à la loi de 1998. Il y a lieu de conférer dans cet article une base légale à la Conférence nationale des conseils médicaux mentionnés à l'article 30.

En ce qui concerne les attributions du Conseil médical, le Conseil d'État renvoie à sa proposition formulée à l'endroit de l'article 23 de prévoir la présence d'un représentant du Conseil médical avec voix délibérative dans les organismes gestionnaires des établissements hospitaliers.

Article 35 (33 selon le Conseil d'État)

Le fait de réserver un article spécifique au médecin hospitalier souligne bien le rôle particulier de ce professionnel de santé dans l'organisation et le fonctionnement de tout hôpital.

Le médecin peut y délivrer ses prestations de soins sous deux statuts bien différents: celui d'un médecin salarié sous contrat de travail ou celui d'un médecin libéral sur base d'un contrat de collaboration avec l'hôpital. Chaque organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier est libre de choisir le ou les statuts qui correspondent au mieux à ses missions et à sa stratégie, pour autant que ce choix ne soit pas dicté dans la loi spéciale d'un établissement hospitalier institué en établissement public.

L'exercice de la médecine, la complexité de la profession et le niveau de responsabilité, la relation particulière entre le patient et le médecin, l'indépendance thérapeutique du médecin, le libre choix par le patient du médecin sous réserve des impératifs d'organisation de la prestation des soins, la participation à la continuité des soins et des gardes, la nécessité d'une flexibilité dans le temps de travail font que le médecin hospitalier salarié n'est pas un salarié comme les autres.

En ce qui concerne le statut du médecin libéral à l'hôpital, la liberté de l'exercice de la profession médicale est garantie à l'article 11(6) de la Constitution. La Constitution prévoit toutefois expressément que des restrictions peuvent être établies par la loi. L'objectif de santé publique, visé à l'article 11(5) de la Constitution, peut justifier des restrictions légales à la liberté de l'exercice de la profession médicale, sous réserve des conditions de nécessité, de rationalité et de proportionnalité mentionnées ci-dessus. Le Conseil d'État relève qu'en France, le juge ordinaire et le juge constitutionnel ont circonscrit les principes fondamentaux de la médecine libérale en retenant le libre choix du médecin par le malade, la liberté d'installation et de prescription, le secret professionnel et le paiement direct des honoraires¹⁰. La Cour de cassation a consacré le principe du paiement direct des honoraires par le patient¹¹. La position du Conseil constitutionnel français est plus nuancée. Il a reconnu le „libre choix par l'assuré de son médecin traitant“ et la „liberté de prescription du médecin“¹². Il a toutefois également admis, il est vrai en relation avec un régime de commerce des produits de tabac, que le législateur peut apporter des limitations à la liberté d'entreprendre „liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'intérêt général, à la condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi“, en l'occurrence l'objectif de protection de la santé¹³. Cette approche rejoint d'ailleurs celle de la Cour constitutionnelle du Luxembourg qui a jugé que „la liberté de commerce et de l'industrie énoncée par l'article 11(6) de la Constitution, tout comme la liberté de l'exercice de la profession libérale (...) n'est pas absolue, mais est soumise à un régime d'équilibre“ (avec d'autres impératifs)¹⁴. Dans le domaine de l'exercice des professions de santé, le Conseil constitutionnel français a jugé, en 2016, que „des modalités d'organisation du système de santé ainsi que les conditions selon lesquelles est assuré le paiement de la part de la rémunération des professionnels de santé exerçant en ville qui est prise en charge par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie, ne portent aucune atteinte à la liberté d'entreprendre de ces professionnels de santé“. D'une façon plus générale, il a reconnu un large pouvoir au législateur de modifier les textes en matière de santé publique et de sécurité sociale¹⁵. Même si on adopte une position plus réservée par rapport aux interventions possibles du législateur, il faut reconnaître que les principes de base régissant l'exercice de la médecine libérale, tels que relevés par le juge administratif et le juge judiciaire français ne sont pas atteints par l'article sous avis.

Le Conseil d'État relève des redondances dans les alinéas 3, 4 et 6 en ce qui concerne le respect par le médecin des modalités d'organisation de l'hôpital, y compris le respect des procédures et de leur standardisation, ce qui rend le texte, en tant qu'instrument normatif, difficilement lisible, en particulier s'il s'agit de délimiter les obligations du médecin exerçant sous statut libéral. Il y va de respecter sans distinction tantôt soit l'organisation des services de l'établissement hospitalier, soit les critères d'organisation de l'établissement, tantôt ou bien une standardisation de procédures, ou bien des procédures internes, ou bien de recommandations thérapeutiques, auxquels se rajoutent des décisions de réunions de concertation pluridisciplinaires auxquelles le médecin doit assister, sans préciser de quelles réunions et à quelle fréquence, hebdomadaire ou autre, il s'agit.

10 Conseil d'État, Assemblée, 18 février 1998, n° 171851: JurisData n° 1998-050217.

11 Cass. 2e civ., 25 juin 2009, n° 08-18.259: JurisData n° 2009-048762.

12 Conseil constitutionnel, 22 janvier 1990, n° 89-269 DC et 12 août 2004, n° 2004-504 DC.

13 Conseil constitutionnel, 21 janvier 2016, n° 2015-727 DC.

14 Cour constitutionnelle, 26 mars 2010, arrêt n° 55/2010.

15 Idem: „qu'il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine de sa compétence, de modifier des textes antérieurs ou d'abroger ceux-ci en leur substituant, le cas échéant, d'autres dispositions; qu'en adoptant les dispositions contestées, le législateur a introduit une dérogation partielle aux dispositions de l'article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale relatives au paiement direct des honoraires par le malade, lesquelles ne sont imposées par aucune exigence constitutionnelle“.

Il y a dans ce texte confusion entre des réunions de concertation pluridisciplinaires, censées donner des recommandations pour des prises en charge de patients personnalisées, et des comités intrahospitaliers destinés à émettre des recommandations et, le cas échéant, des décisions en matière de standardisation des pratiques médicales, qu'il s'agisse du respect de procédures harmonisées, ou encore de la standardisation dans le traitement médicamenteux ou dans le choix de dispositifs médicaux.

Le Conseil d'État avait abordé la question de la portée de recommandations thérapeutiques au niveau national dans son avis du 23 novembre 2010¹⁶, sur le 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.

Il y avait relevé que l'objectif était „d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins. (...) ces recommandations devront influencer la pratique médicale: le médecin devra être dans l'obligation de les connaître et l'acquisition de ces connaissances contrôlée dans le cadre de la formation médicale continue. Le médecin doit pouvoir s'en écarter, motivé par des circonstances particulières, et être en mesure de justifier et légitimer leur inapplication“.

Le Conseil d'État estime que les standards thérapeutiques „définis“, tels que prévus par les auteurs, ne répondent pas uniquement au critère de conformité aux données acquises de la science, mais surtout à des critères de standardisation basés sur une logique d'efficacité en termes de coût. Le respect d'une telle approche basée sur des critères économiques peut se justifier tant qu'elle n'est pas contraire aux données acquises de la science. Encore faut-il que la définition de tels standards, qu'ils concernent des procédures, des thérapies ou des dispositifs médicaux, sont le fruit d'une concertation avec la communauté médicale concernée.

Le Conseil d'État constate que l'article sous revue ne comporte pas d'obligation particulière explicite du médecin en rapport avec l'élaboration d'une documentation hospitalière efficace. L'article 40 du projet de loi ne prévoit pour les médecins qu'une simple transmission du dossier individuel du patient hospitalier sans prévoir d'implication directe du médecin dans le processus d'encodage. Le Conseil d'État estime qu'il convient d'ajouter une disposition donnant une base légale à l'amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la CNS qui prévoit une telle implication directe et qui aux yeux du Conseil d'État, est indispensable pour garantir un encodage correct¹⁷.

En ce qui concerne l'alinéa 5 qui dispose qu'un règlement général d'un établissement peut prévoir une participation financière du médecin hospitalier aux charges de l'établissement, le Conseil d'État estime qu'étant facultative, cette disposition n'a pas de portée normative, qu'elle ne concerne que les médecins libéraux et qu'il convient de laisser aux deux parties contractantes l'autonomie de négocier une telle stipulation individuellement dans le contrat de collaboration.

En ce qui concerne le dernier alinéa de l'article sous revue, le Conseil d'État pose la question du bien-fondé d'une disposition ayant trait à un contrat type pour prestataires de soins non-salariés, d'autant plus qu'il figure dans un article qui vise uniquement les médecins. Cette disposition a été introduite en 2010. Le Conseil d'État n'a pas connaissance d'une publication officielle d'un tel contrat type qui serait opposable aux administrés conformément aux exigences de l'article 112 de la Constitution. Par conséquent, le besoin ressenti pour un tel contrat type ne semble pas être pressant. Par ailleurs, le Conseil d'État se demande de la manière dont un contrat type pourrait tenir compte des différents cas de figure de collaboration entre un médecin libéral et un hôpital qui peuvent se présenter. Un tel contrat type, établi entre une association représentative de médecins et une association représentative des hôpitaux qui imposerait aux contractants des restrictions en ce qui concerne l'exercice de la profession libérale de médecin, violerait l'article 11(6) de la Constitution qui érige l'exercice de la profession libérale et les restrictions à celle-ci en matière réservée à la loi.

Pour ces raisons, le Conseil d'État recommande de supprimer ce dernier alinéa, étant donné que les auteurs ont pris soin d'inscrire les dispositions normatives essentielles comportant une restriction à l'exercice médical libéral dans l'article sous revue.

16 Doc. parl. n° 6196³.

17 Mém. A n° 152 du 3 août 2016.

Suite à toutes ces observations, le Conseil d'État suggère de formuler l'article 35 sous examen (article 33 selon le Conseil d'État) comme suit:

„**Art. 33.** Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers. Il respecte les dispositions du règlement général visé à l'article 24 et du règlement interne du ou des services auxquels il est attaché selon l'organigramme de l'établissement hospitalier, ainsi que toute procédure interne et directive du directeur médical qui le concerne dans son exercice. Les procédures de l'établissement impliquant une standardisation des pratiques médicales ou des thérapies et dispositifs médicaux sont motivées et prises après avoir demandé le Conseil médical en son avis.

Il tient compte des recommandations et respecte les décisions du comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières visé à l'article 25 et participe activement au système de signalement et de surveillance mis en place conformément à l'article 26.

Il participe à la continuité des soins et des gardes, y compris, le cas échéant, des réseaux de compétences au sein desquels il exerce son activité hospitalière. Il planifie ses activités et ses congés en fonction de l'organisation efficiente et des contraintes du service et en coordination étroite avec l'organisation générale de l'hôpital. Il respecte le plan de service établi notamment en vue d'assurer la permanence médicale dans l'établissement pendant le temps où celui-ci est de garde.

Il utilise de manière efficiente les ressources disponibles.

Il tient à jour le dossier du patient conformément aux prescriptions légales et réglementaires. Il tient à jour un relevé par patient comportant les interventions et examens et établit le diagnostic principal et les diagnostics auxiliaires suivant les classifications mentionnées à l'article 40. Il inscrit les codes dans le dossier du patient.

Sans préjudice des prescriptions établies par les alinéas qui précèdent, le médecin exerce sa profession sans lien de subordination sur le plan médical, sous sa propre responsabilité. Les décisions individuelles prises par le médecin dans l'intérêt du patient relèvent de la liberté thérapeutique. L'établissement hospitalier n'intervient pas dans la relation individuelle du médecin avec son patient.

Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration.“

Article 36

Cet article reprend la disposition de l'article 32 de la loi de 1998, en se référant aux articles L.421-1 et suivants du Code du travail relatifs aux comités mixtes. Or, la loi du 23 juillet 2015 portant réforme du dialogue social à l'intérieur des entreprises et modifiant le Code du travail et la loi modifiée du 19 décembre 2002 concernant le registre de commerce et des sociétés ainsi que la comptabilité et les comptes annuels des entreprises abroge les comités mixtes. Ainsi, les articles L. 421-1 à L. 425-4 du Titre II du Livre IV continuent seulement à s'appliquer aux délégations et comités mixtes en place au moment de l'entrée en vigueur de la loi précitée du 23 juillet 2015 jusqu'aux prochaines élections sociales de 2018. La loi précitée du 23 juillet 2015 abroge donc implicitement cet article pour chaque nouvelle élection sociale et au plus tard lors des élections de 2018. Comme les comités mixtes mis en place sous la régie de la loi de 1998 seront ainsi maintenus jusqu'aux élections de 2018, l'article 36 est superflu et est donc à omettre.

Article 37 (34 selon le Conseil d'État)

Cet article correspond à l'article 33 de la loi de 1998 et ne donne pas lieu à observation.

Article 38 (35 selon le Conseil d'État)

Cet article oblige les hôpitaux à disposer d'un laboratoire d'analyses biologiques et lui donne la mission d'assurer toutes les analyses biologiques effectuées au bénéfice d'un patient qui s'est rendu ou a été adressé à l'hôpital pour y être pris en charge, par un médecin qui y est agréé ou engagé, indépendamment du statut stationnaire, semi-stationnaire ou ambulatoire du patient au moment de la prescription et du prélèvement. Cette mission peut être assurée par un service de l'hôpital ou par une structure commune à plusieurs hôpitaux. Par contre, le laboratoire hospitalier ne peut plus offrir des prestations relevant du secteur extrahospitalier. Le Conseil d'État estime que la disposition stipulant

que l'analyse mentionnée à l'alinéa 2 „doit être réalisée à ce titre dans le laboratoire hospitalier“ implique qu'elle est couverte par le budget hospitalier et non pas que la liberté de choix du patient est limitée dans le sens qu'il devrait s'adresser dans tous les cas de figure obligatoirement au laboratoire hospitalier en question. Afin de clarifier quelles analyses sont visées, le Conseil d'État propose le libellé suivant pour l'alinéa 2:

„L'exploitation du laboratoire d'analyse de biologie médicale hospitalier visé à l'alinéa 1^{er} est assurée soit par un service faisant partie de l'hôpital soit par une structure commune à plusieurs hôpitaux. Toute analyse médicale prescrite par un médecin hospitalier au sens de l'article 33 et prélevée dans l'enceinte de l'hôpital est considérée comme prestation du secteur hospitalier quand elle est réalisée à ce titre dans le laboratoire hospitalier. Si le patient choisit de faire effectuer cette analyse médicale en dehors de l'enceinte d'un hôpital ou d'un établissement hospitalier spécialisé au sens de l'article 1^{er} par un laboratoire extrahospitalier, le laboratoire extrahospitalier est autorisé à effectuer l'analyse médicale suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier.“

L'alinéa 3 permet la sous-traitance pour des cas particuliers d'absence de ressources ne permettant pas à l'hôpital de remplir cette mission. Il vise donc surtout des analyses rares et complexes. Dans cet ordre d'idées, le Conseil d'État propose de formuler l'alinéa 3 comme suit:

„Le service faisant partie de l'hôpital ou la structure commune visés à l'alinéa 2 peuvent déléguer la phase analytique ou post-analytique d'analyses de biologie médicale relevant du secteur hospitalier, conformément aux dispositions de la loi modifiée du 16 juillet 1984 précitée, à un autre laboratoire d'analyse de biologie médicale hospitalier. Lorsque, pour des raisons techniques, d'équipement ou de qualification, ces phases ne peuvent pas être assurées en milieu hospitalier, elles peuvent être réalisées par un laboratoire d'analyses biologiques relevant du secteur extrahospitalier.“

Article 39 (36 selon le Conseil d'État)

Sans observation.

Article 40 (37 selon le Conseil d'État)

Le Conseil d'État comprend la nécessité d'une documentation hospitalière adéquate. Ce besoin avait déjà été détaillé dans l'exposé des motifs du projet de règlement grand-ducal à la base du règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 instituant une commission consultative de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place, règlement grand-ducal dont la base légale est fournie par l'article 60*bis* du Code de la sécurité sociale auquel il est également renvoyé dans l'article sous avis. Le commentaire de l'article sous revue reste muet sur la démarche des auteurs du projet de loi, qui se substitue donc moins de quatre ans plus tard à celle déclenchée en 2012, avec la particularité que les auteurs optent maintenant, sans le motiver, pour une autre classification en ce qui concerne les procédures („ICD-10-PCS“ versus Classification Commune des Actes Médicaux). Le Conseil d'État s'interroge sur la consistance en tant qu'outils des classifications de diagnostics, d'interventions et examens médicaux auxquels se réfère le texte légal. La classification ICD-10CM fait partie du domaine public. La classification ICD-10-PCS est un produit d'une société commerciale, à savoir „3M Health Information Systems“, développé par cette société d'abord pour le compte de l'*US Health Care Financing Administration* depuis 1995, et par la suite notamment en Belgique. Dans l'exposé des motifs du projet de règlement grand-ducal précité, les auteurs estimaient que, suivant les conclusions d'experts des trois pays voisins réunis en séminaire, la seule solution permettant de mettre en place à court terme un système de documentation performant consistait à choisir la Classification Commune des Actes Médicaux comme nouvelle classification luxembourgeoise des procédures, complétée, en cas de besoin, de modifications spécifiques pour tenir compte des particularités de notre système de santé. Ils considéraient l'„*ICD-10 Procedure Coding System (ICD 10-PCS)*“ comme „une classification complexe qui devrait être opérationnelle fin 2013, mais qui n'existe qu'en anglais“. La situation semble donc avoir considérablement évolué au niveau international, justifiant l'abandon de la démarche nationale mise en route en 2012, et le nouveau système semble avoir atteint une maturité opérationnelle telle, qu'il pourra être mis en place à très court terme, justifiant le retour à la case départ.

Le Conseil d'État note que ce revirement aura pour mérite de rendre les dispositions légales conformes au cadre conventionnel sur lequel l'établissement public „Caisse nationale de santé“ s'est

accordé récemment avec les prestataires de soins que sont les médecins, d'une part, les hôpitaux, d'autre part, en ce qui concerne la documentation hospitalière. Afin de rester cohérent avec les accords conclus, il conviendra néanmoins de ne pas limiter l'implication des médecins à la transmission de dossiers des patients au service de documentation médicale qui serait alors seul responsable d'un encodage valable, mais de préciser que les médecins encoderont leurs actes et examens prestés et les diagnostics qu'ils auront établis selon la méthodologie retenue, afin d'établir une cohérence avec l'article 52 de la convention conclue entre l'organisation représentative des médecins et la Caisse nationale de santé¹⁸, telle que modifiée le 7 juin 2016¹⁹. Le Conseil d'État renvoie à cet égard à son observation faite à l'endroit de l'article 35 (33 selon le Conseil d'État).

En tout état de cause, le Conseil d'État estime qu'il ne convient pas d'obliger, par une disposition légale, les établissements hospitaliers à acheter un produit commercial précis. Si le ministre de la Santé a une préférence particulière pour un produit donné afin d'établir la documentation dont il a besoin pour établir la carte sanitaire, le choix et la mise à disposition pourra se faire sous sa responsabilité. Le Conseil d'État propose donc de libeller l'alinéa 6 comme suit:

„Les diagnostics et les interventions et examens médicaux sont codés suivant une classification choisie et mise à disposition par le ministre, dans le respect des consignes de bonnes pratiques de codage établies par la Commission consultative de la documentation hospitalière.“

L'alinéa 3 de l'article 60*bis* du Code de la sécurité sociale précise que les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées peuvent être fixées par règlement grand-ducal. Afin d'éviter une insécurité juridique provoquée par la coexistence de deux dispositions déterminant la documentation hospitalière, d'une part, dans l'article 60*bis* du Code de la sécurité sociale, d'autre part, dans l'article sous revue, le Conseil d'État exige, sous peine d'opposition formelle, ou bien d'intégrer les dispositions de l'article sous revue dans l'article 60*bis* du Code de la sécurité sociale, ou bien de procéder à l'endroit des dispositions modificatives dans le projet de loi sous avis à une modification de l'alinéa 3 de l'article 60*bis* du Code de la sécurité sociale, limitant son champ d'application au secteur extrahospitalier et de supprimer en conséquence à l'endroit de l'alinéa 5 de l'article 40 (37 selon le Conseil d'État) sous revue le renvoi à l'article 60*bis* du Code de la sécurité sociale.

Comme le service de documentation hospitalière n'est pas un service hospitalier au sens de l'article 10, il n'y a pas lieu de se référer à cet article en ce qui concerne la détermination par règlement grand-ducal de normes auxquelles ce service devra répondre. Le Conseil d'État propose de formuler l'alinéa 9 comme suit:

„Un règlement grand-ducal fixe les normes ayant trait à l'organisation générale, la dotation en personnel et les procédures de documentation que le service de documentation médicale doit respecter.“

Quant aux dispositions relatives à la création d'une nouvelle commission consultative de la documentation hospitalière, il y a lieu d'écrire à tous les endroits de l'article „Commission consultative de la documentation hospitalière“ au lieu de „commission“.

Le Conseil d'État constate que les médecins sont représentés dans cette nouvelle commission par un représentant de l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes, alors que leur représentation était assurée, dans la commission mise en place en 2012, par un représentant des conseils médicaux. Ce changement, tout comme la pondération paritaire entre médecins et hôpitaux dans cette commission, pourrait se justifier par une implication forte des deux parties dans le processus d'encodage, comme préconisé ci-avant par le Conseil d'État.

Le directeur de la Santé ou son représentant est destiné à être président de la Commission consultative de la documentation hospitalière. Or, le directeur de la Santé n'est pas mentionné dans la composition de ladite commission. Le Conseil d'État exige donc, pour raison d'incohérence rédactionnelle du texte, que la première phrase de l'alinéa 14 soit modifiée comme suit:

„La présidence de la commission est assurée par le représentant de la Direction de la santé, la vice-présidence par le représentant du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.“

18 Convention entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la sécurité sociale (Mém. A n° 30 du 25 février 2013).

19 Amendement de la convention du 21 décembre 2012, conclue en application de l'article 75 du Code de la sécurité sociale entre la Fédération des hôpitaux luxembourgeois et la Caisse nationale de santé (Mém. A n° 152 du 3 août 2016).

Articles 41 à 46 (38 à 43 selon le Conseil d'État)

Ces articles correspondent aux articles 37 à 42 de la loi de 1998 et ne donnent pas lieu à observation.

Article 47 (44 selon le Conseil d'État)

Les dispositions suivantes de l'article 13 de la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente, relatives au service d'urgences d'un hôpital, sont à reprendre dans cet article:

„Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement:

- 1) toute personne qui, responsable d'organiser le service d'urgences d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation, refuse ou omet de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services;
- 2) toute personne qui, tenue ou chargée de participer au service d'urgences d'un hôpital ou d'un service de garde, refuse ou omet d'assurer ce service ou de remplir sans retard tout ou partie des devoirs que l'exécution normale exige.

En cas de récidive dans le délai de deux ans après une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement du chef d'une infraction au présent article, les peines prévues peuvent être portées au double du maximum.“

Article 48 (45 selon le Conseil d'État)

Sans observation.

Article 46 (nouveau selon le Conseil d'État)

Suite aux observations faites par le Conseil d'État à l'endroit de l'article 40 (37 selon le Conseil d'État), l'article 60bis, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale est à reformuler. L'article 46 (nouveau selon le Conseil d'État) prend la teneur suivante:

„**Art. 46.** L'article 60bis, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit:

„Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées relevant du secteur extrahospitalier peuvent être fixées par règlement grand-ducal.“ “

Article 47 (nouveau selon le Conseil d'État)

Suite aux observations faites par le Conseil d'État à l'endroit de l'article 4 du projet de loi sous examen, prévoyant que l'orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et réseaux de compétences hospitaliers sont à déterminer dans un règlement d'exécution du texte sous avis, il y a lieu d'insérer un nouvel article 47, qui prend la teneur suivante:

„**Art. 47.** À l'article 65 du Code de la sécurité sociale, la dernière phrase de l'alinéa 3 est supprimée.“

Article 49 (48 selon le Conseil d'État)

Sans observation.

Article 50 (49 selon le Conseil d'État)

En ce qui concerne l'article 2, paragraphe 1^{er}, de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, l'alinéa 2 qui prévoit un certain nombre de restrictions visant à exclure la détention du capital d'un laboratoire par des médecins ou autres professionnels de santé autorisés à prescrire des analyses, devrait dans cet ordre d'idées être élargi selon le Conseil d'État à une autre forme d'intérêts communs qui réside dans la mise à disposition ou dans le partage de locaux entre laboratoires extrahospitaliers, d'une part, et entre médecins, autres professionnels de santé autorisés à prescrire des analyses et établissements hospitaliers, d'autre part. Il propose de donner à la première phrase de cet alinéa la teneur suivante:

„Ne peuvent, directement ou indirectement, s'associer au sein d'une personne morale exploitant un laboratoire de biologie médicale ou en détenir de façon directe ou indirecte une fraction du capital social, mettre à disposition ou partager avec un laboratoire de biologie médicale des locaux: (...)“

Suite aux observations faites par le Conseil d'État à l'endroit de l'article 6, l'article 50 (49 selon le Conseil d'État) est à compléter par une disposition modifiant le paragraphe 3 de l'article 1^{er} de la loi précitée du 16 juillet 1984. L'article sous examen prend ainsi la teneur suivante:

„**Art. 49.** La loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales est modifiée comme suit:

„1. À l'article 1^{er}, le paragraphe 3 est complété *in fine* par la phrase suivante:

„Les examens relevant de l'anatomopathologie sont effectués exclusivement dans le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public „Laboratoire national de santé.“

2. À l'article 2, le paragraphe 1^{er} est modifié comme suit: „(...).“

Article 51 (50 selon le Conseil d'État)

L'expression „hôpital“ est à remplacer par „centre hospitalier“.

Si les auteurs donnaient suite à la proposition du Conseil d'État de regrouper les petits établissements spécialisés dans un établissement public spécifique, la dénomination de l'établissement public „Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation“ pourrait être modifiée (intitulé et article 1^{er}), et les missions figurant à l'article 2 élargies à la gestion des services nationaux de chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle ainsi que de radiothérapie.

Article 52 (51 selon le Conseil d'État)

Suite aux observations faites par le Conseil d'État à l'endroit de l'article 6, l'article 52 (51 selon le Conseil d'État) prendrait la teneur suivante:

„**Art. 51.** L'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public „Laboratoire national de santé“ est complété par des paragraphe 4 et 5 qui prennent la teneur suivante:

„(4) L'établissement gère un centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine, constitutionnelle et somatique,—y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique.

(5) L'établissement gère un centre de diagnostic dans le domaine de l'anatomie pathologique assurant au niveau national les examens cytologiques et histologiques.

Articles 53 à 58 (52 à 57 selon le Conseil d'État)

Le Conseil d'État renvoie à ses observations d'ordre légistique en ce qui concerne l'absence de l'article 57 dans le projet de loi. Pour le surplus, les articles 53 à 58 (52 à 58 selon le Conseil d'État) n'appellent pas d'observation de la part du Conseil d'État.

Dans la mesure où le Conseil d'État était suivi dans son approche développée dans ses considérations générales et reprise dans ses propositions de texte à l'endroit des articles 4 et 47 (44 selon le Conseil d'État) en projet, à savoir d'intégrer les dispositions résultant des articles 5 à 13 de la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente au projet de loi sous examen, il y aurait lieu de prévoir l'abrogation formelle de ladite loi de 1986 à l'endroit de l'article 56 (55 selon le Conseil d'État) en projet.

Annexe 1

Sans observation.

Annexe 2

Cette annexe donne les définitions des différents services sous forme de tableaux. Au lieu de présenter les services en fonction de la catégorie d'hôpital qui les exploite – hôpitaux (centres hospitaliers selon le Conseil d'État) d'une part, établissements hospitaliers spécialisés d'autre part –, avec un service de rééducation figurant dans la catégorie „hôpitaux“, alors qu'il peut également être exploité par un établissement hospitalier spécialisé, le Conseil d'État suggère de répartir ces services en une catégorie de services aigus et une catégorie de services de moyen et long séjour. Le Conseil d'État note qu'il n'y a pas de service prévu pour accueillir les lits d'hospitalisation de longue durée.

Cardiologie

La dernière phrase est à formuler comme suit:

„Il dispose également d'un lien fonctionnel direct avec le service de cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque et un service de chirurgie vasculaire, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement sur base d'une convention écrite.“

Chirurgie pédiatrique

Le Conseil d'État constate que, pour les services prenant en charge des cas pédiatriques, la limite d'âge a été fixée à 18 ans. Il considère qu'il n'est pas souhaitable que les patients entre 16 et 18 ans soient d'office adressés à des services de pédiatrie, alors qu'ils peuvent en règle générale être correctement pris en charge dans des services pour adultes. Il propose de donner à la première phrase le libellé suivant:

„Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans, et le cas échéant jusqu'à 18 ans, relevant d'une discipline chirurgicale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie.“

Chirurgie esthétique

Conformément à l'observation faite par le Conseil d'État à l'endroit de l'article 4 du projet de loi, le nombre maximal de ces services devrait être porté à trois.

Dialyse

Conformément aux observations faites par le Conseil d'État à l'endroit de l'article 3, il y aura trois services autorisables, à côté du service national de néphrologie. Il y a lieu de remplacer, dans un souci de cohérence rédactionnelle, l'expression „service d'hémodialyse“ par „service de dialyse“. Comme un service ne dispose pas de la personnalité juridique, les conventions sont à conclure entre hôpitaux.

Les deux dernières phrases de l'alinéa 1^{er} sont à formuler comme suit:

„Le service se situe au sein d'un centre hospitalier et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de médecine interne, un service d'imagerie médicale et un service de soins intensifs situés sur le même site. Le centre hospitalier disposant d'un service de dialyse établit une convention avec le service de néphrologie précisant les critères et les modalités de transfert des patients.“

Il en est de même en ce qui concerne la convention figurant au dernier alinéa.

Néphrologie

Conformément aux observations faites à l'endroit des articles 2 et 6, le Conseil d'État préconise de donner à l'alinéa 1^{er} le libellé suivant:

„Un service répondant à la définition du service de dialyse, assurant en outre le diagnostic, le traitement, les soins et le suivi de patients atteints d'affections rénales et la prise en charge de patients soumis à un traitement de suppléance rénale à tout stade de leur affection et de leur traitement. Le service de néphrologie dispose d'un accès au plateau médico-technique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles néphrologiques sur le même site et d'une convention avec le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public „Laboratoire national de santé“ précisant les critères et les modalités d'analyse des biopsies rénales. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.“

Neuro-vasculaire

Il y a lieu de préciser que, parmi les trois services prévus, il y a un service de niveau 2 et deux services de niveau 1.

La dernière phrase de l'alinéa 1^{er} devra se lire comme suit:

„Il existe deux niveaux de service neuro-vasculaire; les centres hospitaliers disposant d'un service stroke de 1^{er} niveau établissent obligatoirement une convention avec celui disposant d'un service stroke de 2^{ème} niveau, précisant les critères et les modalités de transfert des patients d'un service à l'autre.“

Obstétrique

Dans la définition de ce type de service, les auteurs utilisent la notion de „maternité“ qui n’est pas définie dans le projet de loi. De même, y est mentionné un „secteur de néonatalogie non-intensive“. Le projet de loi ne connaît pas la notion de secteur. Le Conseil d’État exige que la notion d’unité d’un service existant soit utilisée. L’hôpital concerné doit disposer d’une convention avec celui exploitant le service national de néonatalogie intensive.

Le Conseil d’État propose de donner à l’alinéa 3 la teneur suivante:

„Un service d’obstétrique fait partie intégrante de la maternité, unité organisationnelle d’un centre hospitalier, dont on distingue deux niveaux:

- une maternité de niveau 1 comporte un service d’obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales et l’examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité. Si une maternité de niveau 1 réalise 1.500 accouchements par an ou plus, elle peut assurer le suivi des grossesses pathologiques et le service de pédiatrie générale y disposer d’une unité de néonatalogie non intensive pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d’adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non intensifs spécialisés. Une convention avec l’hôpital exploitant le service national de néonatalogie précise les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés.
- une maternité de niveau 2 comporte un service d’obstétrique et un service de néonatalogie intensive pour la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d’adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves.“

Oncologie

Le Conseil d’État se doit de rappeler que la hiérarchie des normes interdit dans des textes normatifs de valeur hiérarchique supérieure des renvois à des normes hiérarchiquement inférieures. De la sorte, il doit s’opposer formellement au renvoi au règlement grand-ducal du 18 août 2011 figurant à l’alinéa 1^{er}, et demande dès lors la suppression de la référence audit règlement grand-ducal.²⁰

Conformément aux observations faites à l’endroit des articles 2 et 6, le Conseil d’État préconise de donner à la première phrase de l’alinéa 3 le libellé suivant:

„L’établissement hospitalier dispose d’une convention avec le centre de diagnostic visé à l’article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l’établissement public „Laboratoire national de santé“ précisant les critères et les modalités d’analyse des prélèvements, ainsi qu’avec le service de radiothérapie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients.“

Ophthalmologie

Le Conseil d’État constate qu’il s’agit d’un service national qui devra donc assurer la continuité de service, conformément à l’article 2 dans la teneur préconisée par le Conseil d’État, et notamment sa participation au service d’urgences national. Par conséquent, le Conseil d’État demande d’ajouter la phrase suivante:

„Il garantit la continuité des soins sur le plan national et participe au service d’urgences.“

Orthopédie

Comme un service ne dispose pas de la personnalité juridique, les conventions sont à conclure entre hôpitaux. La dernière phrase est à formuler comme suit:

„En l’absence d’un accès direct à une telle unité, une convention avec un établissement hospitalier disposant d’une telle unité précise les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.“

Pédiatrie

Le Conseil d’État renvoie à ses observations faites à l’endroit de l’article 4, préconisant la possibilité d’autoriser, à côté du service de pédiatrie national, qui prendra la dénomination de service de pédiatrie

²⁰ Avis du Conseil d’État du 15 novembre 2016 relatif au projet de loi portant introduction d’une certification de la durabilité des logements et modifiant la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l’aide au logement (doc. parl. n° 7053³).

spécialisé, trois services de pédiatrie générale au maximum. Le nombre de lits maximal par service et le nombre de lits maximal au niveau national sont à déterminer par les auteurs en fonction des besoins sanitaires nationaux. Ce service sera réservé à la prise en charge de cas moins complexes et mettra l'accent sur les soins ambulatoires nécessitant un milieu hospitalier. Y autorisant uniquement des séjours de moins de 72 heures est difficilement réalisable, alors que la durée n'est pas toujours prévisible avec exactitude à l'entrée. Le Conseil d'État préconise de prévoir une durée moyenne de séjour inférieure à 48 heures. En ce qui concerne l'âge, il renvoie à son observation formulée pour le service de chirurgie pédiatrique. Il propose pour le service de pédiatrie générale le texte suivant:

„Un service axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi d'affections d'enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans, et le cas échéant jusqu'à 18 ans, dont la prise en charge est assurée lors de séjours hospitaliers ne dépassant pas en moyenne 48 heures.

Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service peut disposer d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire.

Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de pédiatrie spécialisée précise les critères et les modalités de transfert des enfants à pathologies complexes.“

En ce qui concerne le service national de pédiatrie spécialisée, le Conseil d'État propose de formuler l'alinéa 1^{er} comme suit:

„Un service spécialisé axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans, et le cas échéant jusqu'à 18 ans. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Il est en lien fonctionnel direct avec le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique, le service d'urgences pédiatriques, le service de soins intensifs pédiatriques, le service de néonatalogie intensive et le service de chirurgie pédiatrique, sur le même site. Il dispose d'une structure et de compétences permettant d'offrir l'enseignement aux enfants relevant de traitements hospitaliers dès le 7^{ème} jour, en lien avec l'établissement scolaire habituellement fréquenté par l'enfant.“

Soins intensifs pédiatriques

Le Conseil d'État renvoie en ce qui concerne l'âge à son observation formulée pour le service de chirurgie pédiatrique.

Soins palliatifs

Le Conseil d'État constate que le tableau prévoit l'autorisation de cinq services, avec au maximum 60 lits au niveau national. Or, l'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie avec ses 20 lits de moyen séjour ne peut pas être assimilé aux quatre services de soins palliatifs, obligatoires pour les centres hospitaliers, qui sont comptabilisés à l'annexe 1 avec les lits aigus, et leurs missions respectives sont complémentaires. Enfin, selon l'article 1^{er}, l'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie n'est pas un établissement hospitalier spécialisé comme indiqué dans le tableau.

Urgence pédiatrique

Le Conseil d'État renvoie en ce qui concerne l'âge à son observation formulée pour le service de chirurgie pédiatrique.

Urologie

Le Conseil d'État se doit de rappeler que la hiérarchie des normes interdit dans des textes normatifs de valeur hiérarchique supérieure des renvois à des normes hiérarchiquement inférieures. De la sorte, il doit s'opposer formellement au renvoi dans le texte du projet de loi sous revue au règlement grand-ducal du 19 septembre 1991, et demande dès lors la suppression de la référence audit règlement grand-ducal.²¹

²¹ Avis du Conseil d'État du 15 novembre 2016 relatif au projet de loi portant introduction d'une certification de la durabilité des logements et modifiant la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement (doc. parl. n° 7053³).

Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque

Le Conseil d'État renvoie à ses observations formulées à l'endroit de l'article 4 et propose pour ce service le texte suivant:

„Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, disponible 24h/24 et 7jours/7, prenant en charge des patients adultes présentant des problèmes cardiaques qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique invasive poussée ou un traitement à caractère invasif prononcé, y compris la thérapie interventionnelle, l'électrophysiologie, l'implantation d'un stimulateur cardiaque et un traitement chirurgical invasif. Le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque dispose de liens fonctionnels étroits avec les services de secours, les services d'urgence, ainsi qu'avec un service de soins intensifs et un service de cardiologie établis sur le même site. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.

Le service participe au service d'urgences.“

Radiothérapie

Le Conseil d'État constate que ce service est le seul à qui est imposé un seuil d'activité minimal, à savoir „400 traitements par an et par appareil“. Comme il s'agit d'une disposition contraignante pour l'obtention d'une autorisation d'exploitation, le Conseil d'État exige de préciser la notion d'„appareil“.

Le Conseil d'État se doit de rappeler que la hiérarchie des normes interdit dans des textes normatifs de valeur hiérarchique supérieure des renvois à des normes hiérarchiquement inférieures. De la sorte, il doit s'opposer formellement au renvoi au règlement grand-ducal du 18 août 2011 figurant à l'alinéa 1^{er}, et demande dès lors la suppression de la référence audit règlement grand-ducal.²²

Rééducation fonctionnelle

Il s'agit d'un service national géré par un établissement public. Cet établissement public n'a pas comme mission de gérer des services „de neurologie ou neurochirurgie, de cardiologie ou de cardiologie interventionnelle, d'orthopédie, de rhumatologie et de traumatologie“, comme le laisse penser le texte sous avis. La deuxième phrase de l'alinéa 1^{er} est à reformuler comme suit:

„Si le service de rééducation fonctionnelle travaille en lien fonctionnel avec un service de neurologie, de neurochirurgie, de cardiologie, d'orthopédie, de rhumatologie ou de traumatologie, l'établissement hospitalier spécialisé dispose d'une convention avec les centres hospitaliers exploitant ces services.“

Réhabilitation psychiatrique

Il s'agit d'un service national géré par un établissement public. Cet établissement public n'a pas comme mission de gérer un service de psychiatrie aiguë comme le laisse penser le texte sous avis.

Le projet de loi portant réforme de l'administration pénitentiaire (dossier parl. n° 7042) prévoit que le centre hospitalier neuropsychiatrique gère une unité de psychiatrie socio-judiciaire qui est implantée sur le site du Centre pénitentiaire de Luxembourg. L'unité est gérée de façon indépendante par rapport au Centre pénitentiaire de Luxembourg. Cette unité avec ses lits fait actuellement partie du service de réhabilitation psychiatrique. Il convient donc de préciser dans le texte sous avis que cette unité continue à en faire partie, ne serait-ce que pour assurer qu'elle entre toujours dans la planification hospitalière et est gérée selon les dispositions de la loi hospitalière. Le Conseil d'État propose de reformuler le texte comme suit:

„Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, la meilleure autonomie et qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substances, dans une approche pluridisciplinaire. Le service de réhabilitation psychiatrique travaille en lien fonctionnel avec les services de psychiatrie du pays. L'établissement public établit une convention avec les centres hospitaliers, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. L'offre de soins disponibles doit couvrir les besoins psychiques, sociaux, éducatifs et thérapeutiques de la population ciblée. En outre, le service dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire

²² *Idem.*

d'admission, un programme individualisé de rééducation et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.

Le service comporte une unité de psychiatrie socio-judiciaire qui est implantée sur le site du Centre pénitentiaire de Luxembourg.“

*

OBSERVATIONS D'ORDRE LÉGISLATIF

Intitulé

Le projet de loi sous examen porte modification de diverses dispositions législatives. Il y a dès lors lieu de mentionner les actes à modifier à l'intitulé dudit projet de loi, qui prendra la teneur suivante:

„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 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales; 3. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public „Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation“; 4. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public „Laboratoire national de santé“; 5. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient; 6. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État“.

Afin d'éviter que la citation de l'intitulé d'un acte autonome qui modifie un ou plusieurs autres actes soit trop longue, il est recommandé d'introduire un intitulé abrégé. Le Conseil d'État propose de compléter le projet de loi sous examen par un article 56 nouveau, relatif à l'intitulé de citation, et qui pourra prendre la teneur suivante:

„**Art. 56.** La référence à la présente loi se fait sous la forme suivante: „Loi du XXX relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière“.“

Suite au réagencement du projet de loi par la suppression, ainsi que l'ajout d'articles, et en tenant compte de la lacune dans la numérotation initiale des articles du projet de loi (article 57 initial manquant), le présent projet de loi comporte, selon le Conseil d'État, 57 articles.

Observation générale

Compte tenu du nombre important d'articles du projet de loi sous examen, le Conseil d'État propose de regrouper les articles sous des chapitres, et ce à l'instar de la présentation de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

De même, compte tenu de la longueur de certains articles, et pour des raisons de lisibilité du texte, le Conseil d'État suggère aux auteurs du projet de loi de subdiviser les articles en paragraphes (caractérisés par un numéro arabe figurant entre parenthèses), eux-mêmes, le cas échéant subdivisés en alinéas.

Quant aux subdivisions complémentaires en points, il y a lieu de recourir d'abord aux numéros suivis d'un point (1., 2., 3., ...), eux-mêmes éventuellement subdivisés en lettres minuscules suivies d'une parenthèse fermante (a), b), c), ...), pour caractériser des énumérations.

L'emploi de tirets ou de signes typographiques analogues est à écarter. En effet, la référence à des dispositions introduites de cette manière est malaisée, tout spécialement à la suite d'insertions ou de suppressions de tirets ou de signes opérées à l'occasion de modifications ultérieures. Cette observation vaut pour les articles 1^{er}, 3, 4, 7 à 12, 17, 22, 24, 27, 30, 32, 33, 35, 37 et 40.

Article 14

Il y a lieu de redresser une erreur matérielle à l'endroit de l'article 14 en projet, en écrivant correctement „Les“ en début de phrase.

Article 18

À l'alinéa 2, il est fait référence au point 3 de l'article 15. Or, l'article 15 ne comporte pas de point 3. À l'alinéa 3, le mot „fonds“ est à écrire avec une minuscule.

Article 22

Au point 5, la référence aux points 4 et 5 doit être remplacée par une référence aux points 3 et 4.

Article 40 (37 selon le Conseil d'État)

Il y a lieu d'écrire „à l'article 1^{er}, aux points 1. à 3.“.

Articles 48 et 49 (45 et 48 selon le Conseil d'État)

Les articles 60 et 74 du Code de la sécurité sociale sont subdivisés en alinéas, et non en paragraphes. Il y a dès lors lieu de remplacer le terme „paragraphe“ par celui d'„alinéa“.

Article 51 (50 selon le Conseil d'État)

Il y a lieu d'ajouter le terme „loi“ à la phrase introductive de l'article 51 (50 selon le Conseil d'État) en projet.

Article 54 (53 selon le Conseil d'État)

Les deux modifications à apporter à la loi modifiée du 25 mars 2015 sont à indiquer par un chiffre arabe suivi d'un point: 1., 2.

Annexe 1

Les auteurs fixent le nombre maximal de lits de moyen séjour à 750. Or, le total des cinq sous-catégories de lits de moyen séjour est de 670.

Par conséquent, le nombre total des lits hospitaliers à autoriser ne s'élève pas à 3.187, mais uniquement à 3.107. Le Conseil d'État propose aux auteurs du projet de loi sous avis de redresser cette erreur de calcul.

Quant à la subdivision de l'annexe 1, il est proposé de remplacer l'énumération a) à d) par celle de 1. à 4., de même que celle de i.) à v.) par celle de a) à e).

Ainsi délibéré en séance plénière, le 23 décembre 2016.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Georges WIVENES

