

A V I S

de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics

sur

le projet de loi portant sur

- a) les droits et devoirs des bénéficiaires de soins hospitaliers
- b) l'organisation des hôpitaux
- c) la modification de la loi du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalières

Par dépêche du 24 mai 1994, Monsieur le Ministre de la Santé a demandé l'avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics sur le projet de loi spécifié à l'intitulé.

Sans vouloir s'attarder longuement sur l'historique et les antécédents de ce projet, la Chambre se permet tout d'abord quelques réflexions d'ordre général.

Une première question qu'il échet de soulever est celle de savoir s'il est indispensable ou simplement utile de légiférer en cette matière. Il n'est en effet pas établi par les auteurs du projet sous avis en quoi les droits et devoirs des bénéficiaires de soins ne sont pas déjà suffisamment respectés à l'heure actuelle et pour quelles raisons il faut impérativement des normes généralement applicables pour l'organisation des hôpitaux.

Le préambule de l'exposé des motifs indique quatre réflexions qui ont servi de *"lignes conductrices"* à l'élaboration du projet. L'une d'entre elles serait *"le principe de la non-ingérence de l'Etat dans le fonctionnement proprement dit de l'hôpital"*. Toutefois, l'intervention par laquelle le législateur tend à fixer des règles constitue l'ingérence par excellence de l'Etat. Dans la conclusion de l'exposé des motifs, les auteurs du projet ont formellement démenti leur propre principe de la non-ingérence de l'Etat en affirmant sans ambiguïté que *"le projet s'inscrit donc dans la droite lignée d'un certain nombre d'options prises récemment par le gouvernement en matière de financement et de planifications hospitalières"*.

Cette conclusion est d'autant plus près de la réalité que, depuis une dizaine d'années, le secteur hospitalier est devenu un secteur qui doit accepter le dirigisme étatique alors que tous les investissements nouveaux, en matière d'immeuble et d'équipement, la création de services nouveaux ou l'extension de ceux qui sont offerts, le budget annuel, pour ne citer que les éléments essentiels, doivent être soumis pour autorisation ou approbation aux pouvoirs publics.

Cette emprise étatique est renforcée par le projet sous avis, qui dicte aux hôpitaux un schéma unique d'organisation interne, à savoir celui que l'Etat a déjà imposé au Centre Hospitalier de Luxembourg, comme le relève également l'exposé des motifs.

Dans une remarque préliminaire au commentaire des articles, les auteurs du projet, tout en indiquant que ce dernier ne prévoit pas de sanctions pénales, n'ont pourtant pas hésité à proférer la menace qu'en cas d'abstention d'organiser les services conformément à la loi, *"la sanction adéquate consiste à fermer l'établissement"*. Les hôpitaux sont donc mis au pas alors que le système unique proposé relève du dirigisme et du collectivisme étatiques.

Enfin, avant d'affirmer péremptoirement que *"les dispositions applicables aux hôpitaux en vertu du présent projet n'entraîneront pas des surcoûts significatifs"*, il se recommanderait d'analyser les structures et les coûts de tous les hôpitaux et de tirer ensuite des conclusions concernant la création d'un cadre d'organisation homogène pour chacun d'entre eux.

En effet, au lieu d'affirmations douteuses, il faudrait présenter des données fiables et comparables. Ces données sont certainement disponibles auprès de l'Union des Caisses de Maladie, qui, depuis 1994, approuve et contrôle les budgets de tous les hôpitaux. En attendant, il vaudrait mieux s'abstenir de légiférer.

Compte tenu de ces considérations d'ordre général, la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics n'examinera les différents articles du projet qu'à titre subsidiaire.

Examen du texte

Article 1er

En ce qui concerne l'article 1er, qui définit le champ d'application de la loi, la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics recommande de le compléter par la référence à l'article 1er de la loi du 29 août 1976, figurant actuellement au seul commentaire des articles, et de le libeller comme suit:

"Par hôpitaux au sens de la présente loi, il y a lieu d'entendre les seuls hôpitaux tels qu'ils sont définis à l'article 1er de la loi modifiée du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalières".

Par ailleurs, il y a lieu de se demander si la rédaction proposée par les auteurs, à savoir *"la présente loi est applicable aux hôpitaux"*, est compatible avec la portée générale de toute norme légale, étant donné que la loi ne sera pas seulement applicable *"aux hôpitaux"*, mais à toutes les personnes qui y sont visées. Elle s'appliquera également aux pouvoirs publics qui devront veiller à son observation et prendre les mesures nécessaires pour qu'elle soit exécutée par tous les acteurs du secteur hospitalier. Ces obligations, dans le chef de l'Etat, ne manqueront pas, comme il sera démontré par la suite, d'avoir des conséquences pour l'Etat lui-même.

Article 2

Cet article prévoit en faveur de chaque bénéficiaire de soins un droit à des soins conformes aux données acquises de la science et appropriés à son état de santé, ou plutôt à son état de maladie. Par ailleurs, le texte garantit la continuité des soins en toutes circonstances.

Ces dispositions soulèvent de nombreuses questions.

D'abord, en ce qui concerne les *"données acquises de la science"*, la question se pose de savoir quelles sont ces données? Qui peut les définir en cas de contestations?

Si chaque hôpital doit garantir les meilleurs soins possibles, ne faut-il dès lors pas doter chaque établissement des équipements les plus modernes, correspondant aux dernières acquisitions de la technologie la plus performante? L'Etat qui détermine quel équipement peut être acquis par quel hôpital ne devient-il pas co-responsable si, à défaut d'un équipement adéquat, les soins dispensés ne sont pas conformes aux "*données acquises de la science*"?

Ensuite, pour définir les soins appropriés, il faut évidemment connaître l'état de santé du bénéficiaire de soins. Cet état est diagnostiqué par les médecins. Quelle est alors leur responsabilité?

Les soins doivent être assurés d'une façon continue en toutes circonstances. Faut-il déduire de cette obligation la nécessité pour chaque hôpital d'organiser la présence permanente d'une équipe polyvalente, c'est-à-dire comportant des médecins spécialistes pour tous les services offerts?

Il est certain que les obligations à l'égard du bénéficiaire de soins ne s'analysent qu'en des obligations de moyens et non pas des obligations de résultat, alors que les prestations à fournir ne consistent pas à garantir au malade sa guérison dans tous les cas, mais à le faire bénéficier des soins les plus appropriés.

La Chambre des Fonctionnaires et Employés publics est d'avis que chaque hôpital ne peut garantir que les soins en relation avec son orientation spécifique et son équipement médical. Elle propose donc de modifier l'alinéa 1er de l'article 2 en le rédigeant comme suit:

"Tout bénéficiaire de soins hospitaliers a droit à des soins appropriés à son état de santé, compte tenu de la spécialité et de l'équipement particulier de chaque hôpital".

Article 3

Selon l'article 3, "*tout bénéficiaire de soins hospitaliers a droit à la protection de sa vie privée et au respect et à la reconnaissance de ses convictions religieuses et philosophiques*".

Le droit à la protection de la vie privée ne peut certainement pas revêtir un caractère absolu dans le cadre d'un traitement hospitalier. La vie privée ne peut en effet rester protégée que dans la mesure où elle n'est pas affectée par le traitement hospitalier.

En ce qui concerne la reconnaissance des convictions religieuses ou philosophiques, comment un hôpital peut-il prendre de tels engagements, alors qu'il y a des patients qui refusent certains traitements médicaux pour des raisons philosophiques ou religieuses? Comment cette disposition est-elle compatible avec les dispositions absolues de l'article 1er?

En raison de ces problèmes, la Chambre propose de donner la teneur suivante à l'article 3:

"Tout bénéficiaire de soins a le droit d'être admis à un hôpital sans égard à ses convictions philosophiques ou religieuses.

Il a droit à la protection de la vie privée dans la mesure où celle-ci n'est pas affectée par les soins auxquels il peut prétendre en vertu de l'article 1er".

Article 4

L'article 4 garantit le libre choix de l'hôpital et le libre choix du médecin parmi ceux admis à exercer à l'hôpital. Deux questions se posent à ce sujet.

D'abord, il convient de savoir si, dans le contexte européen, le bénéficiaire de soins ne devrait pas également pouvoir se faire traiter dans un hôpital de son choix à l'étranger, notamment s'il est d'avis que les soins "*conformes aux données acquises de la science*" ne sont pas garantis au Luxembourg.

En second lieu, il échet de constater qu'en ce qui concerne le libre choix du médecin, celui-ci est souvent fort limité, voire même inexistant pour l'une ou l'autre spécialité médicale, alors que certains hôpitaux ne peuvent admettre qu'un ou deux médecins par spécialité.

D'ailleurs, le "*libre choix*" du médecin et celui de l'hôpital sont très souvent interdépendants dans la mesure où de plus en plus de médecins prennent l'habitude de se lier à un hôpital déterminé et de ne plus traiter leurs patients ailleurs.

Article 5

La Chambre des Fonctionnaires et Employés publics est à se demander si le droit de refuser ou d'accepter toute intervention diagnostique ou thérapeutique n'est pas de nature à entraîner un certain formalisme en ce que l'hôpital ou le médecin traitant seront enclins à faire constater ce refus ou cette acceptation par un écrit formel, afin de pouvoir éventuellement se dégager de leur propre responsabilité.

Article 6

Cet article n'appelle pas d'observations.

Articles 7 et 8

La Chambre approuve les dispositions relatives au dossier individuel du bénéficiaire de soins et aux modalités de visite, dont l'application ne devrait pas constituer de difficultés.

Article 9

L'article 9 détermine les formalités en relation avec des suppléments de prix.

Afin d'éviter des contestations à ce sujet, il est nécessaire que les suppléments soient établis par un écrit qui les détermine et qui contient leur acceptation par le bénéficiaire de soins.

Article 10

D'après le deuxième alinéa de cet article, le directeur de la santé peut déléguer à un fonctionnaire de sa direction sa mission d'instruction en cas de plainte d'un bénéficiaire de soins. La Chambre des Fonctionnaires et Employés publics est d'avis que ce pouvoir ne saurait être délégué qu'à un médecin étant donné que, d'après le même alinéa 2, ce

délégué aura accès au dossier prévu à l'article 7, dossier qui comprend, entre autres, le volet médical.

Aussi la Chambre propose-t-elle de préciser à l'alinéa 2 que le directeur ne peut déléguer ses pouvoirs d'instruction qu'à un autre médecin de la direction de la santé.

Article 11

La rédaction proposée pour l'article 11 donne l'impression que les auteurs semblent exclure qu'un hôpital puisse être géré par une personne physique.

En ce qui concerne les missions de l'organisme gestionnaire retenues par le texte, elles constituent de toute façon des évidences, de sorte que cet article peut être supprimé.

Article 12

D'après l'article 12, les hôpitaux sont libres de conclure des conventions de collaboration. Le fait de devoir porter ces conventions à la connaissance du ministre de la santé n'y change rien, alors que ce dernier n'a ni à approuver ni à modifier de telles conventions. La disposition afférente pourrait donc également être biffée.

Article 13

L'article 13 concerne, entre autres, le règlement général qui doit être tenu et mis à jour régulièrement par "*l'organisme gestionnaire*" de chaque hôpital.

La Chambre des Fonctionnaires et Employés publics estime utile que la plupart des matières dont question à l'article 13 soient insérées dans ce règlement général, notamment les dispositions de sécurité et les plans d'intervention en cas de catastrophe.

Par contre, la Chambre est d'avis que d'autres dispositions, que les auteurs voudraient faire fixer par règlement grand-ducal, à savoir les principes de l'organisation médicale et des soins, ne sauraient être

déterminées que par la loi, l'article 11 de la Constitution disposant que c'est la loi qui organise la protection de la santé.

L'alinéa 3 de l'article 13 devrait donc être rayé du texte.

Articles 14 à 30

La Chambre des Fonctionnaires et Employés publics n'entend pas rentrer dans le détail des dispositions prévues aux articles 14 à 30, qui concernent l'organisation structurale des hôpitaux.

La Chambre se doit cependant d'exprimer son étonnement devant la construction proposée, dont l'efficacité, à son avis, risquera d'être inversement proportionnelle à l'envergure de l'appareil, qui comprend les fonctions et organes suivants (dans l'ordre de leur apparition):

- directeur;
- conseil de direction;
- chef de département;
- médecin chef;
- chef de service;
- chef de service adjoint;
- conseil médical;
- infirmier général;
- surveillant;
- responsable d'unité;
- commission des professions de soins.

Au vu de cette énumération, qui ne comprend même pas encore les différentes carrières du personnel exerçant à l'hôpital, il doit être permis de se poser des questions au sujet de la hiérarchisation, des responsabilités et des relations interprofessionnelles au sein des hôpitaux.

Articles 31 à 33

Sans commentaire.

Article 34

L'article 34 concerne les "*mécanismes d'évaluation*" à mettre en place dans le but d'augmenter la qualité des soins.

Si la poursuite de ce but est louable en soi et doit être encouragée, il n'en reste pas moins que le texte proposé à cet effet est des plus flous. En effet, il ne précise en aucune mesure en quoi peuvent bien consister ces "*mécanismes d'évaluation*", qui les définit et de quelle manière les résultats sont obtenus, interprétés et suivis de conséquences.

Aussi l'article 34 doit-il plutôt être considéré comme une déclaration d'intention ou une recommandation qui mériterait - tout au plus - d'être incorporée dans le commentaire des articles. Il ne s'agit en tout cas pas d'une disposition législative à portée concrète, puisqu'elle laisse à chaque hôpital, ou à son organisme gestionnaire, la possibilité de faire exactement ce qu'il veut.

Article 35

Cet article consiste en une énumération des objectifs à réaliser par les hôpitaux.

Abstraction faite de ce que la poursuite des buts énumérés devrait de toute façon être la règle, l'article 35 s'apparente à celui qui le précède en ce sens qu'il ne contient rien de concret et n'énonce dès lors aucune règle législative. A cela s'ajoute qu'il risque, vu les termes généraux qu'il utilise, de créer des problèmes d'interprétation et d'application à ceux qui seront chargés de l'exécuter.

Article 36

Sans commentaire.

Article 37

Aux termes de la loi du 6 mai 1974 instituant des comités mixtes d'entreprises du secteur privé, ces comités sont constitués dans les entreprises occupant habituellement 150 travailleurs salariés au moins.

En employant les termes "*dans chaque hôpital*", les auteurs du projet ont apparemment l'intention d'instituer des comités mixtes même dans les hôpitaux occupant moins de 150 personnes.

Le texte de l'article 37 est en tout cas ambigu et il importe donc de le préciser.

Article 38

La Chambre des Fonctionnaires et Employés publics est d'avis que la sanction de la fermeture risque d'être disproportionnée par rapport aux griefs que le ministre veut, le cas échéant, formuler à l'égard d'un hôpital qui n'a pas observé ou a peut-être mal observé l'une des dispositions de la loi. Si certaines de ces dispositions ont un caractère impératif et doivent être observées, il y en a par contre d'autres auxquelles il convient de ne pas conférer ce même caractère contraignant. Il paraît donc indispensable d'indiquer avec précision et limitativement les articles dont l'inobservation entraîne la sanction radicale de la fermeture.

Articles 39 à 42

Sans observation, sauf que la Chambre se demande s'il ne faut pas lire à l'article 42, relatif à l'entrée en vigueur de la future loi, "*le premier jour du mois qui suit sa publication*" plutôt que "*le premier jour de sa publication*".

* * *

Ainsi délibéré en séance plénière le 15 février 1996.

Le Secrétaire,

Le Président,

G. MULLER

J. DALEIDEN