



CHAMBRE DES SALARIES
LUXEMBOURG

25 octobre 2012

AVIS I/54/2012

relatif au projet de loi relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant :

- la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ;
- la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel

..... AVIS

Par lettre en date du 14 septembre 2012, [vos réf. MS/SD 2188/10], Monsieur Mars Di Bartolomeo, ministre de la santé, a soumis le projet de loi sous rubrique à l'avis de la Chambre des salariés.

1. La finalité du présent projet de loi

1. L'instauration, par voie législative, d'un corps de droits et d'obligations du patient dans sa relation avec les prestataires de soins de santé constitue une priorité du programme gouvernemental. Il s'agit d'un pas important afin de garantir une meilleure visibilité et un meilleur respect des droits et obligations du patient, ainsi que des droits et obligations correspondants du prestataire.

2. Le présent projet vise plus particulièrement les droits individuels du patient dans sa relation avec le prestataire de soins de santé, ainsi que les obligations du patient envers le prestataire de soins de santé et les autres patients.

3. Le présent projet de loi s'inspire dans une large mesure des dispositions en vigueur en Belgique - dont le modèle est plus proche étant donné que notre pays n'a pas consolidé le droit de la santé au sein d'un code-loi - et, dans une moindre mesure, des dispositions en vigueur en France. Il a été élaboré avec la collaboration en tant qu'experts de Monsieur le Prof Dr Herman NYS et de Madame le Prof Dr Geneviève SCHAMPS.

4. Sur le plan international, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a organisé dès 1994 une consultation qui a mené à une déclaration sur les principes et stratégies pour promouvoir le développement des droits des patients. Sur le plan conventionnel, il faut tout d'abord relever la Convention du Conseil de l'Europe dite d'«Oviedo», qui reconnaît un nombre important de principes relevant du domaine des droits du patient : consentement préalable à toute intervention, accès équitable aux soins de santé, droit à l'information, droit de ne pas savoir, confidentialité etc. Le présent projet dote ainsi, au moins en partie, le Luxembourg de dispositions spécifiques donnant effet utile à la Convention, ce qui est expressément souhaité par celle-ci.

5. La directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ayant pour objet de traiter dans une large mesure des questions concernant le remboursement de soins de santé transfrontaliers, notamment en ce qui concerne les modalités des systèmes d'autorisation préalable, l'échange d'informations sur les coûts d'une prise en charge dans un système de santé autre que l'Etat d'affiliation du patient, charge en sus les Etats membres de la détermination d'un certain nombre d'exigences de fond à charge de l'Etat membre de traitement. Ces articles concernent le droit au respect de la vie privée, le principe de non-discrimination, l'obligation d'information à charge des prestataires de santé concernant les aspects spécifiques des services de santé qu'ils proposent le dossier et l'accès au dossier médical ou la mise en place des procédures transparentes permettant aux patients de déposer plainte et des mécanismes pour qu'ils puissent demander réparation¹.

6. Le présent projet prend en compte ces dispositions communautaires, à la transposition desquelles il participe. Par ailleurs, au niveau terminologique, un certain nombre de définitions et de notions ont été reprises de la directive 2011/24/UE aux fins d'assurer une cohérence au niveau de la terminologie.

¹ Art. 4 par. 2. point c) de la directive 2011/24/UE.

7. Sur le plan national, l'ordonnancement juridique n'ignore pas les droits du patient, qui sont déjà reconnus dans différents instruments juridiques, mais restent à l'heure actuelle insuffisamment connus tant par les patients que par les prestataires de soins de santé.

8. Au niveau des sources en droit interne, il y a tout d'abord lieu de souligner que la protection de la santé est un objectif fondamental que le constituant a formellement consacré à l'article 11 (5) de la Constitution luxembourgeoise et dont la réalisation concrète se manifeste à travers de nombreux instruments juridiques. Ainsi, le chapitre 10 de la loi hospitalière, le Code de déontologie médicale et de nombreux instruments régissant des matières particulières règlementent déjà partiellement des questions relevant des droits et obligations du patient.

9. Le régime aujourd'hui applicable aux droits et obligations du patient est cependant fort éparé et de valeur juridique variable. Les dispositions inscrites à la loi hospitalière ne s'appliquent, par exemple, que dans le cadre d'une prise en charge en milieu hospitalier. Si le champ d'application du Code de déontologie médicale est plus large, ce code constitue avant tout une injonction au corps médical, peu connue du patient. Cette réalité explique aussi une accessibilité limitée du patient et du professionnel de la santé au droit en vigueur.

10. Le présent projet confirme et affirme ces droits et obligations, qu'il consolide au sein d'un cadre légal homogène de référence énoncé sous l'angle de vue du patient. Il procède ainsi à une codification de droits et d'obligations se situant actuellement encore dans des sources diverses. Il vise en outre à amener une meilleure connaissance et transparence de ces dispositions en offrant au patient et professionnel de la santé un texte législatif de référence cohérent et en créant une structure d'information sur ces droits et obligations.

11. Notons également que le projet de loi accorde un rôle important aux associations de patients dans le cadre de l'information et de la défense des intérêts du patient.

12. Un certain nombre de patients s'adressent ainsi à une telle association, notamment à la « *Patientevertriebung* », lorsqu'ils rencontrent des difficultés. Les associations de patients s'efforcent en pareil cas de favoriser un règlement à l'amiable des différends. Leur intervention permet dans certains cas de désamorcer un conflit potentiel.

13. Le texte est subdivisé en quatre chapitres, le premier consacré au champ d'application et les définitions, le deuxième sur les droits et obligations du patient, le troisième sur le Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé lequel a pour mission d'informer et, en cas de différend, d'établir un lien de confiance entre le patient et le prestataire de soins et de rétablir le dialogue entre les parties, et finalement le quatrième concernant les dispositions modificatives, abrogatives et finales.

14. Si la CSL approuve le projet de loi dans ses grandes lignes, elle se doit toutefois de formuler un certain nombre de remarques spécifiques concernant les articles du projet de loi (II) ainsi que les sanctions, voies de recours et l'exécution de la loi (III).

2. Remarques concernant les articles

Chapitre 1 : Champ d'application et définitions

Ad article 1 : Champ d'application

15. L'article 1 paragraphe 2 prévoit que *« dans les limites de ses capacités et attributions légales, tout établissement hospitalier ou toute autre personne morale ou entité au sein duquel des soins de santé sont prestés, facilite activement l'exercice des droits du patient et veille au respect des obligations en découlant pour ses salariés, les prestataires de soins de santé non salariés exerçant en son sein, ainsi que les tiers y admis »*.

La CSL propose de remplacer l'expression abstruse *« facilite activement... »* par l'expression juridiquement et sémantiquement plus claire *« garantit l'exercice des droits du patient »*.

Le texte prendra donc la tournure suivante : *« Dans les limites de ses capacités et attributions légales, tout établissement hospitalier ou toute autre personne morale ou entité au sein duquel des soins de santé sont prestés garantit l'exercice des droits du patient et veille au respect des obligations en découlant, pour ses salariés, les prestataires de soins de santé non salariés exerçant en son sein, ainsi que les tiers y admis »*.

Ad article 2 : Définitions

16. L'article 2, point c) définit les soins de santé comme étant des *« services de santé fournis par un prestataire de soins de santé à un patient pour évaluer, maintenir ou rétablir son état de santé, y compris la prévention, et la prescription, la délivrance et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux, à l'exclusion des services fournis dans le domaine des soins de longue durée dont le but principal est d'aider les personnes qui ont besoin d'aide pour accomplir des tâches quotidiennes courantes, notamment dans le cadre de l'assurance dépendance »*.

Au niveau de la définition des soins de santé, la CSL revendique d'inclure également la prévention telle qu'elle est définie par l'OMS qui fait la distinction entre :

- la prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en oeuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme. *information de la population, de groupes cibles ou d'individus (éducation sanitaire ou éducation pour la santé), vaccinations...;*
- la prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées ;
- la prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes.

Les soins préventifs figurent d'ailleurs également à l'article 37 actuel de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Chapitre 2 : Droits et obligations du patient

Section 1 : Droits et obligations généraux du patient

Ad article 3 : Respect mutuel, dignité et loyauté

17. L'article 3, paragraphe 1 dispose que *« la relation entre le patient et le prestataire de soins de santé repose sur les principes du respect mutuel, de la dignité, de la loyauté et du respect des droits et devoirs mutuels »*.

La CSL demande de modifier et de compléter le texte de la façon suivante :

« La relation entre le patient et le prestataire de soins de santé repose sur les principes du respect mutuel, de la dignité et de la loyauté, sur la confiance réciproque ainsi que sur la protection de la confidentialité et de la non-discrimination des appartenances et des convictions personnelles notamment philosophiques et religieuses. »

Ad article 5 : Libre choix du prestataire de soins de santé

18. L'article 5 dispose que *« dans la limite permise par la loi et en tenant compte des impératifs d'organisation de la dispensation des soins, chaque patient a le droit de choisir librement le prestataire de soins de santé par lequel il désire être pris en charge en vue de la dispensation de soins de santé. Ce choix peut être modifié à tout moment »*.

Le paragraphe 1 arrête le principe du libre choix du prestataire de soins dans la limite permise par la loi et en tenant compte des impératifs d'organisation de la dispensation des soins.

La CSL demande de supprimer le bout de phrase *« en tenant compte des impératifs d'organisation de la dispensation des soins »* et de le remplacer par la tournure *« Hormis le cas d'urgence vitale et dans les limites permises par la loi, chaque patient a droit (...) »* alors qu'il risque de mettre en question le principe du libre choix du moment qu'un médecin invoque cette dérogation pour quelle que raison que ce soit.

18bis. De même, notre chambre propose d'insérer l'article 45 du Chapitre 10 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers sous le présent paragraphe 1 et dont la teneur est la suivante :

« L'identité et la qualification des prestataires de soins et de services hospitaliers doivent être portées à la connaissance à tout moment par le service national d'information et de médiation santé tel que défini à l'article 22 aux patients « et ses proches » avec lesquels ceux-ci sont en contact. »

Ad article 9 : Prise de décision et contenu de l'information préalable

19. L'article 9, paragraphe 2, prévoit que *« les soins de santé ne peuvent être prestés à un patient disposant de la capacité nécessaire que moyennant son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information complète et adéquate »*.

Notre Chambre demande de compléter le texte comme suit :

« Hormis l'urgence vitale et les exceptions prévus par la loi, les soins de santé ne peuvent être prestés à un patient disposant de la capacité nécessaire que moyennant son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information complète et adéquate, et d'un temps de réflexion raisonnable (...) ».

Ad article 11 : Exception thérapeutique

20. L'article 11 est de la teneur suivante :

« [1] A titre exceptionnel, le médecin traitant peut décider qu'il y a lieu de s'abstenir de communiquer les informations dont la communication risque manifestement de causer un préjudice grave à la santé du patient. Le médecin traitant consulte préalablement un autre confrère à ce sujet et entend, dans la mesure du possible, l'accompagnateur du patient. Il ajoute une motivation explicite dans le dossier patient. Cette décision s'impose aux professionnels de la santé non médecin.

Dès que la communication des informations ne risque plus de causer un tel préjudice, le médecin traitant lève l'exception thérapeutique.

(2) Les informations qui ont été exclues de la communication directe au patient peuvent toujours être obtenues ou consultées par un autre médecin traitant du patient, le cas échéant désigné par le patient.

Si ce médecin estime que le secret n'est pas ou plus justifié eu égard à l'état de santé du patient, il lève l'exception thérapeutique. Il ajoute une motivation dans le dossier patient.

(3) Le médecin qui lève l'exception thérapeutique fournit au patient les informations conformément aux dispositions de la présente loi ou s'assure de ce que le patient reçoive dans les meilleurs délais ces informations par un confrère. »

A titre principal, la CSL revendique la suppression de cet article alors qu'il est inconcevable voire inacceptable que le médecin dispose sur la volonté du patient pour décider de communiquer ou de ne pas communiquer des informations qui seraient préjudiciables au patient.

20bis. A titre subsidiaire, elle aimerait que la procédure de la levée de l'exception thérapeutique prévue au paragraphe 1, alinéa 2, soit soumise aux mêmes règles que pour l'exception thérapeutique prévue au paragraphe 1, alinéa 1, à savoir que le médecin traitant ne peut lever l'exception thérapeutique qu'après avoir préalablement consulté un autre confrère à ce sujet, entendu, dans la mesure du possible, l'accompagnateur du patient et ajouté la motivation explicite dans le dossier du patient. La décision de la levée de l'exception thérapeutique devra, par conséquent, s'imposer aux autres professionnels de la santé non médecins. La CSL propose de reformuler l'article 11 comme suit :

« (1) A titre exceptionnel, le médecin traitant peut décider qu'il y a lieu de s'abstenir de communiquer les informations dont la communication risque manifestement de causer un préjudice grave à la santé du patient. Le médecin traitant consulte préalablement un autre confrère à ce sujet et entend, dans la mesure du possible, l'accompagnateur du patient. Il ajoute une motivation explicite dans le dossier du patient. Cette décision s'impose aux professionnels de la santé non médecins.

(2) Dès que la communication des informations ne risque plus de causer un tel préjudice, le médecin traitant peut lever l'exception thérapeutique selon la même procédure qu'à l'alinéa précédent.

(3) Le médecin qui lève l'exception thérapeutique conformément au paragraphe [1] fournit au patient les informations conformément aux dispositions de la présente loi ou s'assure de ce que le patient reçoive dans les meilleurs délais ces informations par un autre médecin. »

Ad article 12 : Modalités d'information et d'expression du consentement

21. L'article 12, paragraphe 2, alinéa 1^{er}, est de la teneur suivante : *« Le consentement ou le refus de consentir du patient est en principe donné de façon expresse. Le consentement peut être tacite lorsque le professionnel de la santé, après avoir adéquatement informé le patient, peut raisonnablement déduire du comportement de celui-ci qu'il consent aux soins de santé conseillés ».*

En vue d'éviter des litiges concernant la manifestation de volonté du patient, la CSL demande de supprimer ce texte.

Ad article 13 : De la volonté du patient hors état de manifester sa volonté

22. L'article 13 est de la teneur suivante :

« [1] Si le patient est, de façon temporaire ou permanente, hors état de manifester sa volonté, le prestataire de soins de santé cherche à établir sa volonté présumée.

Dans le cadre de l'établissement de cette volonté, le professionnel de la santé fait appel à la personne de confiance éventuellement désignée conformément à l'article 14 ci-après. Il peut faire appel à toute autre personne susceptible de connaître la volonté du patient.

[2] Lorsqu'en situation d'urgence médicale, le patient n'est pas en mesure de prendre les décisions concernant sa santé et que sa volonté n'est pas établie, le prestataire de soins de santé peut immédiatement prendre dans l'intérêt du patient toutes les mesures urgentes d'ordre médical que la situation requiert. »

Au paragraphe 1, alinéa 1, la CSL propose de compléter le bout de phrase « *le professionnel de santé cherche à établir sa volonté* par tous les moyens ».

22bis. En cas d'impossibilité du patient d'exprimer son consentement, la CSL tient à rajouter après le deuxième alinéa du paragraphe 1 un alinéa 3 dont la teneur est la suivante :

« Dans le cas où le patient est dans l'impossibilité d'exprimer son consentement et n'a pas désigné de personne de confiance conformément à l'article 14, le prestataire de soins de santé est obligé de vérifier si le patient n'a pas exprimé son consentement dans un testament de vie, d'une directive anticipée ou dans un écrit rédigé par une personne de son choix en cas d'euthanasie ou dans les dispositions de fin de vie tels que prévus par la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie ou dans un passeport de vie en cas de don d'organe[s] ».

Section 2 : Représentation du patient

Ad article 14 : Désignation d'une personne de confiance

23. L'article 14, paragraphe 1 est rédigé comme suit :

« Tout patient majeur disposant de la capacité de consentir peut, pour le cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à la prise d'une décision relative à sa santé, désigner une personne de confiance. Cette personne peut être toute personne physique, professionnel de la santé ou non, désigné par lui ».

La CSL tient à considérer que la dernière phrase du paragraphe 1, alinéa 1^{er}, prévoyant que la personne de confiance peut être tout proche ou un professionnel de la santé désigné par lui exclut par exemple tout organisme ou association défendant plus particulièrement les intérêts des patients.

Voilà pourquoi la CSL propose de reformuler cette phrase comme suit : « *La personne de confiance peut être toute personne physique ou morale mandatée par le patient majeur.* ».

23bis. La CSL se doit de souligner, qu'il y a des cas limites, mais fréquents, de patients non sous tutelle et n'ayant pas désigné de personne de confiance, mais présentant des symptômes de démence. Qu'en est-il de ces patients ?

23ter. Le paragraphe 2, alinéa 1, de cet article prévoit que « *la désignation s'effectue par un écrit, daté et signé par le patient* ».

La CSL préfère remplacer ce texte par le texte suivant:

« [2] La désignation de la personne de confiance s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par le patient et la personne de confiance, qui est inséré au dossier médical du patient. »

23quater. En relation avec la personne de confiance les questions suivantes restent à clarifier : Combien de personnes de confiance peuvent ou doivent être nommées ? Existe-il une hiérarchie entre celles-ci ? En cas de conflits par exemple entre la personne de confiance désignée et autres proches ou membres de la famille, la volonté de qui doit être exécutée ?

Le prestataire de soins de santé a-t-il le droit, dans l'intérêt du patient, de déroger à la décision de la personne de confiance lorsque celle-ci menace la vie du patient ?

Une possibilité pourrait être l'établissement d'une seule liste renouvelable, avec en ordre chronologique les personnes désignées.

Section 3 : Dossier patient et données relatives à la santé du patient

Ad article 18 : Droit d'accès au dossier patient et aux données relatives à sa santé

24. Le paragraphe 1 dispose que *« le patient a un droit d'accès au dossier patient et à l'ensemble des informations relatives à sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par un prestataire de soins de santé ou toute autre instance médicale ».*

La CSL demande d'élargir le droit d'accès du patient en ce qui concerne les détenteurs de telles informations et de reformuler le paragraphe 1, première phrase comme suit :

« Le patient a un droit d'accès au dossier patient et à l'ensemble des informations relatives à sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par toute personne physique ou morale ayant mandat pour agir en son nom et pour son compte. »

24bis. La CSL tient à signaler encore une fois que le droit d'accès du patient n'est pas le même selon qu'il s'agit du dossier médical ou du dossier de soins partagé.

Tandis que le paragraphe 3 prévoit que le patient a le droit d'obtenir une copie de l'intégralité ou d'éléments du dossier le concernant, l'article 60 quater, paragraphe 4, du CSS ne prévoit pas une telle faculté. Voilà pourquoi la CSL exige également que le droit d'obtenir une copie du dossier de soins partagé en cas de demande du patient soit également consacré à l'article 60quater.

24ter. Le paragraphe 3, alinéa 3, prévoit que *« la contribution aux frais de copie éventuellement mis à charge du patient ne peut excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi ».*

En ce qui concerne la contribution par le patient aux frais de copie du dossier patient ou du dossier de soins partagé, la CSL demande la prise en charge par l'assurance maladie à l'instar de ce qui se fait déjà pour les frais de copie en milieu hospitalier.

24quater. En ce qui concerne le paragraphe 4 selon lequel *« Sauf lorsque l'état de santé du patient requiert un accès plus urgent, il est donné suite à ces demandes dans un délai maximal de 15 jours ouvrables à compter de la réception de la demande par le détenteur du dossier patient »*, la CSL se demande qui va décider de l'urgence en cas de litige et quels critères définissent une telle urgence.

24quinquies. Afin de garantir le droit d'accès aux dossiers du patient et aux données relatives à sa santé, la CSL propose d'intégrer un paragraphe 5 après le paragraphe 4 de la teneur suivante :

« En cas de refus du droit d'accès aux dossiers par un médecin, un établissement hospitalier ou toute autre personne physique ou morale détenant des données relatives à la santé du patient ou en cas de non-respect du délai de 15 jours endéans lequel le médecin, l'établissement hospitalier ou toute autre personne physique ou morale détenant des données relatives à la

santé du patient, une astreinte de 50€/jour de retard s'applique ».

24sexies. Les paragraphes 5 et 6 deviennent les paragraphes 6 et 7.

Ad article 21 : Accès aux dossiers et aux données du patient décédé

25. A l'instar du paragraphe 2 qui prévoit que les ayants droit d'un patient mineur peuvent se faire délivrer copie du dossier médical sans indication des motifs, la CSL demande d'intégrer cette expression également au paragraphe 1 de sorte qu'il prendra la teneur suivante :

« Sauf volonté contraire exprimée par écrit de son vivant par le patient majeur, la personne de confiance éventuellement désignée, le conjoint non séparé de corps, les enfants, les autres ayants droits du patient, son partenaire légal, ainsi que toute personne qui au moment du décès a vécu avec lui en communauté de vie, ont après son décès accès aux dossiers du patient décédé et aux données relatives à la santé du défunt et peuvent s'en faire délivrer copie sans indication de motifs pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre sa mémoire, ou de faire valoir leurs droits légitimes. »

La CSL tient par ailleurs à souligner que le texte est muet dans l'hypothèse où un médecin arrête son activité ou décède en ce qui concerne la procédure à suivre pour les ayants droit ayant l'intention d'avoir accès au dossier patient du défunt. Qu'advient-il des dossiers patients dans ce cas et qui assure la garde de ceux-ci (et des informations y contenues fortement sensibles) jusqu'à première demande des ayants droit ?

Voilà pourquoi la CSL revendique de compléter le texte en prévoyant la procédure à suivre dans une telle hypothèse.

Chapitre 3 : Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

Ad article 22 : Missions du service national d'information et de médiation santé

26. Etant donné que le service national a plusieurs missions telles qu'énumérées dans le texte, la CSL propose de mettre le substantif « *mission* » dans l'intitulé au pluriel.

26bis. La CSL note avec satisfaction – à l'instar de sa proposition de texte formulée à l'article 5 du présent projet de loi – que « l'information sur les prestataires de soins de santé au Luxembourg ainsi que sur les normes de qualité et de sécurité applicables » a été intégrée dans les missions du service national d'information et de médiation santé.

Ad article 24 : Procédure de médiation devant le service national d'information et de médiation santé

27. Au paragraphe subséquent au paragraphe (3), une erreur matérielle s'est glissée : « Il faudra lire « paragraphe (4) et non pas comme indiqué « paragraphe (5).

Chapitre 4 : Dispositions modificatives, abrogatives et finales

Ad article 26, 8° et 9°

28. Le point 8° modifiant l'article 38 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit que « *dans chaque établissement hospitalier, l'organisme gestionnaire met en place un mécanisme de traitement et de ventilation des suggestions, doléances et plaintes lui adressées...* » .

Si notre chambre salue que la médiation est exclusivement attribuée au service national de médiation, donc, à un niveau qui se situe en dehors et au-delà des établissements hospitaliers, elle s'oppose toutefois à ce que la gestion des plaintes soit assurée au sein des établissements hospitaliers alors que le gestionnaire des plaintes risque d'être à la fois juge et partie tant à l'égard des patients qu'à l'égard des prestataires de soins. Le risque est inéluctable que la gestion des plaintes se fasse uniquement dans un but de protéger la bonne réputation de l'établissement hospitalier au détriment des droits des patients.

28bis. Par ailleurs, la CSL est d'avis que le point 8° est en contradiction avec le point 9° modifiant l'article 39 de la loi du 28 août 1998 précitée et qui dispose que « *le directeur de la Santé instruit toute plainte faisant état d'un manquement général ou du fonctionnement défectueux d'un service hospitalier...* ».

Pourquoi cette dichotomie de compétences dans la gestion et l'instruction des plaintes, la première incombant à l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier, la seconde au directeur de la Santé ? Où s'arrête la gestion et où commence l'instruction ?

28ter. En vertu du principe qu'une personne, physique ou morale, ne peut être juge et partie à la fois, la CSL est d'avis que le traitement des plaintes doit être assuré seul par le directeur de la Santé, à l'exclusion des établissements hospitaliers.

28quater. Si, force est de constater que le dernier alinéa de l'article 39 dispose que « *le directeur de la Santé informe le plaignant, le directeur de l'établissement et le ministre de la Santé du résultat de son instruction* », il ne souffle cependant mot de la suite à réserver au résultat de son instruction. Le patient pourra-t-il néanmoins saisir le service national de médiation même lorsque le directeur de la Santé ne juge pas opportun de poursuivre ?

28quinquies. Inversement un patient qui a porté un litige auprès du service national de médiation qui n'a abouti à aucun accord entre parties, pourra-t-il encore saisir *a posteriori* le directeur de la Santé ?

28sexies. D'un point de vue légistique, il importe encore de savoir s'il est justifié de prévoir certains éléments de procédure d'instruction et de médiation dans la loi de 1998 sur les établissements hospitaliers et d'autres dans le présent projet de loi.

La CSL est plutôt d'avis que tant la gestion que l'instruction des plaintes à l'instar des missions du service national d'information et de médiation santé doivent être intégrées dans le présent projet de loi alors qu'il s'agit de litiges entre patients et prestataires de soins.

28septies. La CSL déplore que, contrairement à l'association des patients qui est consacrée dans le présent projet de loi, texte soit également muet sur les rôles des corps constitués dont le collège médical et le médiateur du Grand-Duché.

28octies. La CSL est également d'avis que, bien que référence soit faite aux dispositions générales du Code de procédure civile en ce qui concerne le déroulement de la procédure de la médiation, il serait judicieux d'adapter les dispositions du CPC au domaine de la médiation dans le domaine de la santé en les incorporant à l'article 22 du présent projet de loi.

III. Remarques concernant les sanctions, les voies de recours et l'exécution de la loi

29. La CSL exige que le non-respect des dispositions de la présente loi soit assorti de sanctions pénales afin que la loi ne reste pas lettre morte.

30. Aussi la CSL revendique-t-elle de préciser la compétence des tribunaux en cas d'échec ou de refus de la médiation en renvoyant les litiges devant le tribunal d'arrondissement en tant que juridiction de droit commun, tant au fond qu'en matière de référé.

31. Finalement la CSL demande de compléter l'article 29 de la façon suivante : *« Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution de la présente loi qui entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial, à l'exception des dispositions du chapitre 3 qui entreront en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit la publication de la présente loi au Mémorial ».*

32. Sous réserve des observations formulées ci-dessus, la Chambre des salariés a l'honneur de vous communiquer qu'elle approuve le présent projet de loi.

Luxembourg, le 25 octobre 2012

Pour la Chambre des salariés,

La direction

Le président



René PIZZAFERRI



Norbert TREMUTH



Jean-Claude REDING

L'avis a été adopté à l'unanimité.