



RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

advies 73.011/3
van 3 april 2023

avis 73.011/3
du 3 avril 2023

over

sur

een ontwerp van besluit van
het Verenigd College van de
Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie 'tot
vaststelling van de aanvullende
normen die de ziekenhuizen
moeten naleven en [van de
procedures]'

un projet d'arrêté du Collège
réuni de la Commission
communautaire commune
'fixant les normes
complémentaires que les
hôpitaux doivent respecter et
[les procédures]'

Op 2 februari 2023 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Ministers, Leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bevoegd voor het beleid inzake Gezondheid, verzocht binnen een termijn van zestig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ‘tot vaststelling van de aanvullende normen die de ziekenhuizen moeten naleven en [van de procedures]’.

Het ontwerp is door de derde kamer onderzocht op 21 maart 2023. De kamer was samengesteld uit Jeroen VAN NIEUWENHOVE, kamervoorzitter, Koen MUYLLE en Inge VOS, staatsraden, Jan VELAERS en Bruno PEETERS, assessoren, en Annemie GOOSSENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Tim CORTHAUT, eerste auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen VAN NIEUWENHOVE, kamervoorzitter.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 3 april 2023.

*

Le 2 février 2023, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par les Ministres, Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune, compétents pour la politique de la Santé, à communiquer un avis, dans un délai de soixante jours, sur un projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune ‘fixant les normes complémentaires que les hôpitaux doivent respecter et [les procédures]’.

Le projet a été examiné par la troisième chambre le 21 mars 2023. La chambre était composée de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, président de chambre, Koen MUYLLE et Inge VOS, conseillers d'État, Jan VELAERS et Bruno PEETERS, assesseurs, et Annemie GOOSSENS, greffier.

Le rapport a été présenté par Tim CORTHAUT, premier auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, président de chambre.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 3 avril 2023.

*

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

*

STREKKING VAN HET ONTWERP

2. Het voor advies voorgelegde ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie strekt tot de vaststelling van een aantal erkenningsnormen voor de ziekenhuizen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die tot de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie behoren.

2.1. Hoofdstuk 1 van het ontwerp bevat de definities (artikel 1) en regelt het toepassingsgebied (artikel 2).

2.2. Hoofdstuk 2 bevat een aantal erkenningsnormen met betrekking tot de toegankelijkheid van ziekenhuizen.

Afdeling 1 verplicht ziekenhuizen om in beginsel te beschikken over een functie “eerste opvang van spoedgevallen” (artikel 3).

Afdeling 2 heeft betrekking op de kraamkliniek. Onderafdeling 1 bevat bepalingen betreffende de continuïteit van de perinatale zorg (artikel 4). Onderafdeling 2 heeft betrekking op de postnatale opvolging thuis. Daartoe moeten ziekenhuizen met een kraamafdeling voldoende overeenkomsten met vroedkundigen hebben om die zorg te verstrekken (artikel 5) en beschikken over een geboortehuis zoals gedefinieerd in artikel 1, 8°, en bijlage I van het ontwerp, of indien dat niet mogelijk is, “binnen de beschikbare middelen” een bevallings- en postnatale zaal ter beschikking stellen van de huisartsen en vroedkundigen van de eerste lijn (onderafdeling 3 – artikel 6).

Afdeling 3 bevat voorschriften met betrekking tot psychogeriatrische en cardiopulmonale revalidatie (artikel 7).

Afdeling 4 heeft betrekking op de psychiatrische zorg. Onderafdeling 1 legt aan ziekenhuizen met psychiatrische bedden een partnerschap op met de zogenaamde antennes 107, teneinde de continuïteit van de ambulante behandeling na het einde van de hospitalisatie te verzekeren (artikel 8). Onderafdeling 2 heeft betrekking op de hospitalisatie-eenheid voor acute psychiatrie. Ziekenhuizen die niet op elk van hun vestigingsplaatsen beschikken over een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van volwassen patiënten moeten daarover met een of meer andere ziekenhuizen van hetzelfde netwerk een overeenkomst sluiten (artikel 9). Ook ziekenhuizen die geen K-bedden hebben voor de behandeling van kinderen of adolescenten met psychiatrische behoeften moeten een overeenkomst sluiten met een ziekenhuis dat wel K-bedden heeft (artikel 10).

Afdeling 5 heeft betrekking op de gynaecologie en de verloskunde en vereist dat de ziekenhuizen de toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking in overeenstemming met de relevante wetgeving garanderen in het ziekenhuis zelf, of in uitzonderlijke gevallen in een andere instelling van hetzelfde netwerk op basis van een overeenkomst (artikel 11).

Afdeling 6 heeft betrekking op het levenseinde. Ziekenhuizen moeten ervoor zorgen dat verzoeken om euthanasie in overeenstemming met de relevante wetgeving kunnen worden behandeld in het ziekenhuis zelf, of in uitzonderlijke gevallen in een andere instelling van hetzelfde netwerk op basis van een overeenkomst (artikel 12). Bovendien moeten de ziekenhuizen zorg dragen voor de continuïteit van de palliatieve zorg (artikel 13).

2.3. Hoofdstuk 3 bevat een aantal normen met betrekking tot de werking van de ziekenhuizen. Artikel 14 regelt de continuïteit van de zorg van opname tot ontslag, in het bijzonder wat betreft de opnameverklaringen, de ontslagverslagen en de organisatie van de opvolging van de patiënten.

2.4. Hoofdstuk 4 legt normen vast met betrekking tot de zorgkwaliteit.

Afdeling 1 heeft betrekking op de permanente vorming van de gezondheidszorgbeoefenaars (artikel 15).

Afdeling 2 heeft betrekking op de toegankelijkheid van de ombudsdienst (artikel 16).

Afdeling 3 legt minimeisen op met betrekking tot de kwaliteit van de voeding, zoals gegarandeerd door een voedingsteam dat aan de voorwaarden van bijlage II moet voldoen (artikel 17). Ziekenhuizen moeten bij hun maaltijdaanbod bovendien ook rekening houden met duurzaamheidsdoelstellingen (artikel 18).

Afdeling 4 heeft betrekking op de toegankelijkheid van de zorg en verplicht de ziekenhuizen de anti-discriminatiewetgeving na te leven en zoveel mogelijk rekening te houden met de taal van de patiënt (artikel 19).

Afdeling 5 legt eisen op aan de kwaliteits- en veiligheidsstrategie. Artikel 20 vereist een voortdurende aandacht voor verbetering van de 'kwaliteit aan het bed van de patiënt' en de 'kwaliteit van de organisatie', via een kwaliteits- en veiligheidsstrategie die minstens om de vijf jaar wordt herzien, via een vijfjaarlijks kwaliteitsrapport en via een intern protocol voor de beoordeling van het risico van agressief gedrag van patiënten. Artikel 21 regelt de nadere inhoud van het kwaliteitsrapport en van de kwaliteits- en veiligheidsstrategie. Artikel 22, § 1, vereist dat de kwaliteitsbewaking betrekking heeft op twee groepen indicatoren betreffende de kwaliteit van de organisatie (artikel 22, § 2) en de kwaliteit aan het bed van de patiënt (artikel 22, § 3). Artikel 23 heeft betrekking op de bekendmaking van het kwaliteitsrapport, de raadpleegbaarheid van het monitoringverslag met de voormelde indicatoren, alsook op de mogelijkheid van een beveiligd elektronisch platform dat in de plaats komt van het opstellen en de bekendmaking van het kwaliteitsrapport. Artikel 24 voorziet in de mogelijkheid voor het Verenigd College om toe te staan dat een deel van het kwaliteitsrapport wordt vervangen door een accrediteringssysteem. Artikel 25 verplicht tot de oprichting van een Multidisciplinaire Kwaliteitsraad in elk ziekenhuis.

2.5. Hoofdstuk 5 legt normen op over de betrokkenheid van personeel bij de organisatie en de evaluatie van de kwaliteitszorg (artikel 26).

2.6. Hoofdstuk 6 legt normen op in verband met goed bestuur, met name op het vlak van de bekendmaking van het organigram en de namen van de sleutelfuncties (artikel 27).

2.7. Hoofdstuk 7 betreft normen in verband met de duurzaamheid en de bestendigheid. Ziekenhuizen moeten op dat vlak een langetermijnperspectief ontwikkelen (artikel 28), elke vijf jaar een duurzaamheidsplan opstellen (artikel 29) en aantonen dat ze zich inzetten voor milieubeheer door een begeleidingsprogramma te volgen of door een EMAS-label (of equivalent daarvan) te verkrijgen (artikel 30).

2.8. Hoofdstuk 8 bevat een wijzigingsbepaling. Artikel 2, § 1, van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 9 juli 2019 ‘tot bepaling van de procedure van erkenning, intrekking van erkenning en sluiting van de ziekenhuizen, samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en ziekenhuisactiviteiten’ wordt aangevuld met een punt 11° zodat bij de erkenningsaanvraag voortaan ook een beschrijvende nota over de toegankelijkheid moet worden gevoegd (artikel 31).

2.9. Hoofdstuk 9 bevat de slotbepalingen. Artikel 32 regelt de inwerkingtreding van het te nemen besluit, in beginsel op 1 januari 2024, maar met uitstel tot 15 september 2024 of 15 maart 2025 voor enkele bepalingen. Artikel 33 is de uitvoeringsbepaling.

BEVOEGDHEID

3. Sinds de zesde staatshervorming is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd voor de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen, voor zover die geen betrekking hebben op de organieke wetgeving.¹ De Raad van State heeft al in eerdere adviezen uiteengezet dat onder meer het beginsel zelf van de medische permanentie in een bepaalde ziekenhuisfunctie als een “basissenmerk” moet worden beschouwd, dat tot de federale bevoegdheid inzake organieke wetgeving moet worden gerekend.²

3.1. Artikel 3, eerste lid, van het ontwerp schrijft voor dat elk ziekenhuis op ten minste een van zijn vestigingsplaatsen moet beschikken over een functie “eerste opvang van spoedgevallen”, tenzij indien het beschikt over een functie “gespecialiseerde spoedgevallenzorg”. In het tweede lid wordt bepaald dat aan die verplichting eveneens is voldaan voor een ziekenhuis

¹ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ‘tot hervorming der instellingen’, gelezen in samenhang met artikel 63 van de bijzondere wet van 12 januari 1989 ‘met betrekking tot de Brusselse Instellingen’.

² Adv.RvS 59.468/VR van 11 juli 2016 over een ontwerp van koninklijk besluit ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie ‘gespecialiseerde spoedgevallenzorg’ moet voldoen om erkend te worden’ en adv.RvS 59.469/VR van 11 juli 2016 over een ontwerp van koninklijk besluit ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie ‘mobiele urgentiegroep’ (MUG) moet voldoen om te worden erkend’. Zie ook adv.RvS 61.859/1/V van 24 augustus 2017 over een ontwerp dat geleid heeft tot het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 26 oktober 2017 ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie ‘gespecialiseerde spoedgevallenzorg’ moet voldoen om erkend te worden, voor wat betreft de medische permanentie’.

dat een functionele verbinding organiseert om de continuïteit van de zorg (lees: van de opvang en van de zorg) te waarborgen met een ziekenhuis dat een dergelijke functie of een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg heeft op een locatie binnen een straal van 2,5 kilometer.

Het opleggen aan een ziekenhuis om over een bepaalde functie te beschikken, moet worden beschouwd als een “basiskenmerk”, dat tot de federale bevoegdheid inzake organieke wetgeving moet worden gerekend. Overigens overlapt artikel 3, eerste lid, van het ontwerp met de verplichting die reeds voorkomt in artikel 1 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 ‘houdende vaststelling van de normen waaraan een functie 'eerste opvang van spoedgevallen' moet voldoen om te worden erkend’, terwijl artikel 3, tweede lid, van het ontwerp ervan afwijkt door te voorzien in een uitzondering op die verplichting.

De gemachtigde verklaarde daarover het volgende:

“Notre projet d’arrêté ne modifie pas l’obligation fédérale d’avoir une permanence médicale dans un hôpital pour les patients hospitalisés.

Par ailleurs la législation fédérale organique oblige effectivement les hôpitaux à disposer d’un service de première prise en charge des urgences (PPCU), même quand l’hôpital ne dispose pas d’un service d’urgences spécialisés (SUS).

Notre projet d’arrêté complète et organise la disposition fédérale en exposant comment il faut répondre à l’obligation issue des normes organiques lorsqu’un hôpital dispose de plusieurs sites, et les éventuelles liaisons fonctionnelles possibles avec d’autres sites hospitaliers. Il s’agit donc bien de remplir la notion de permanence. Il n’y a pas d’obligation absolue de disposer d’une première prise en charge des urgences au-delà de ce qui est prévu par la réglementation existante.”

Nog afgezien van het gegeven dat volgens artikel 1 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 ziekenhuizen die beschikken over een functie “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” wel degelijk zijn vrijgesteld van de verplichting om te beschikken over een functie “eerste opvang van spoedgevallen”, staat het niet aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie om de voormelde verplichting te verstrengen of te versoepelen. Wel kan worden aanvaard dat aan ziekenhuizen de mogelijkheid wordt geboden (of zelfs de verplichting wordt opgelegd) om onderlinge afspraken te maken over de continuïteit van de zorgverlening, maar zonder dat dat een weerslag kan hebben op het al dan niet voldoen aan de voormelde verplichting.

Artikel 3 van het ontwerp moet dan ook worden herzien in het licht van het voorgaande.

3.2. Artikel 6 van het ontwerp legt aan ziekenhuizen de verplichting op om te beschikken over een geboortehuis zoals gedefinieerd in artikel 1, 8°, en bijlage I van het ontwerp, namelijk een “architecturale eenheid die zich bevindt in een ziekenhuis met een kraamafdeling en waarin de organisatie van de bevalling en de directe postpartumzorg zo strikt mogelijk de fysiologie respecteert”, of indien dat niet mogelijk is, om “binnen de beschikbare middelen” een bevallings- en postnatale zaal ter beschikking te stellen van de huisartsen en vroedkundigen van de eerste lijn.

De gemachtigde verklaarde daarover het volgende:

“L’obligation de gîte de naissance (art 6 §1) n’est pas une obligation fondamentale dès lors que l’hôpital a le choix (cf art 6 §2) de ne pas avoir de gîte de naissance dès lors qu’il ouvre un accès, dans la mesure du possible, à une salle d’accouchement pour les médecins et sages-femmes de la première ligne (avec qui il passe une convention).”

De principiële verplichting om te voorzien in een geboortehuis of in een bevallings- en postnatale zaal houdt in dat de zorgen die worden verstrekt in een kraaminrichting, op een alternatieve wijze, met een beroep op gezondheidszorgbeoefenaars van de eerste lijn, worden aangeboden in hetzelfde ziekenhuis. In zoverre de ontworpen regeling erop neerkomt dat dezelfde soort zorgen, namelijk zorg bij de bevalling en na de geboorte, aan dezelfde doelgroep wordt aangeboden, maar enkel op een andere wijze wordt omkaderd en ingevuld, gaat het niet om de “basissenmerken” en kan ze door de gemeenschappen worden uitgevaardigd.

Dat neemt niet weg dat de draagwijdte van de ontworpen verplichting moet worden verduidelijkt (zie daarover opmerking 14).

RECHTSGROND

4. Het ontwerp vindt rechtsgrond in artikel 3 van de ordonnantie van 4 april 2019 ‘betreffende de oprichting, de erkenning, de programmatie en de erkenningsprocedures van de ziekenhuizen, vormen van samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen of ziekenhuisactiviteiten’, dat het Verenigd College de opdracht geeft om de erkenningsnormen vast te stellen.

VORMVEREISTEN

5. Het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit is gevraagd, maar werd nog niet gegeven.

Indien de aan de Raad van State voorgelegde tekst ten gevolge van het inwinnen van dat advies nog wijzigingen zou ondergaan,³ moeten de gewijzigde of toegevoegde bepalingen, ter inachtneming van het voorschrift van artikel 3, § 1, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, aan de afdeling Wetgeving worden voorgelegd.

³ Namelijk andere wijzigingen dan diegene waarvan in dit advies melding wordt gemaakt of wijzigingen die ertoe strekken tegemoet te komen aan hetgeen in dit advies wordt opgemerkt.

ALGEMENE OPMERKINGEN

6.1. In bijlage I bij het ontwerp wordt voor de notie “respecteren van de fysiologie” (in een geboortehuis) verwezen naar twee wetenschappelijke aanbevelingen “die in de toekomst bijgewerkt kunnen worden op basis van de evolutie van de medische kennis”. In bijlage II bij het ontwerp wordt dan weer gewag gemaakt van “de Good Food-strategie zoals aangenomen door de regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op 01/06/2022”. In geen van beide gevallen is het voor de niet-ingewijde duidelijk waar die teksten kunnen worden gevonden. Bovendien gaat het telkens om teksten die niet bedoeld zijn als rechtsregels, maar die door die verwijzingen wel een normatief karakter kunnen krijgen.

Ter zake moet worden opgemerkt dat artikel 190 van de Grondwet bepaalt dat geen wet, geen besluit of geen verordening van algemeen, provinciaal of gemeentelijk bestuur verbindend is dan na te zijn bekendgemaakt in de vorm bij de wet bepaald. Dat grondwetsartikel verwoordt een algemeen rechtsbeginsel dat geldt voor alle algemene rechtsnormen. De mogelijkheid voor elke persoon om te allen tijde ervan kennis te nemen, is een recht dat inherent is aan de rechtsstaat, omdat het die kennisneming is die iedereen in staat zal stellen zich naar die teksten te gedragen. Zolang er geen bekendmaking in het Belgisch Staatsblad is tot stand gekomen, is de technische handleiding waaraan wordt gerefereerd, geen overeenkomstig artikel 190 van de Grondwet bekendgemaakte norm, zodat hij niet tegenwerpbaar is aan iedereen en dus ook het opleggen van een sanctie op grond van de overtreding ervan niet mogelijk is.

De betrokken normen vallen ook niet onder het toepassingsgebied van artikel VIII.2 van het Wetboek van economisch recht, zoals gewijzigd door wet van 25 september 2022 ‘houdende diverse bepalingen inzake Economie’. Het gaat immers noch om “door het Bureau voor Normalisatie gepubliceerde norm[en]”, noch om “specifiek Belgische normen”.

6.2. De gemachtigde verklaarde evenwel het volgende over de bedoeling van de betrokken verwijzingen:

“Effectivement, nous avons voulu donner 2 exemples de recommandations scientifiques qui décrivent la notion de ‘accouchement physiologique’, mais nous savons que la science évolue rapidement, c’est pour cette raison que nous avons pris la précaution d’indiquer ‘(susceptibles de mises à jour ultérieures sur base de l’évolution des connaissances médicales)’.

Si vous pensez qu’il est préférable de retirer ces exemples de recommandations scientifiques ce n’est pas un problème pour nous, nous savons que tous les médecins et sage-femmes sont très bien informés des dernières recommandations scientifiques à suivre.

(...)

La stratégie Good Food est une stratégie politique alimentaire menée à Bruxelles initiée en 2016 et reprise dans la Déclaration de Politique Régionale 2019-2024, qui appelait au renforcement de cette stratégie. Ceci a été fait en 2022. Elle donne des directions à suivre par tous les fournisseurs de repas dans la Région. Plus d’infos ici : <https://goodfood.brussels/fr/content/la-strategie-good-food-2-2022-2030>. Dans cette annexe du projet d’arrêté, nous demandons que l’équipe nutritionnelle de l’hôpital donne à la direction des conseils à propos de comment apprendre au patient à avoir une meilleure alimentation pour la santé et l’environnement quand il rentrera à domicile, et pour cet objectif on recommande les principes expliqués dans la stratégie good food.”

Indien, zoals de gemachtigde verklaarde, de wetenschappelijke aanbevelingen waarnaar wordt verwezen in bijlage I, louter informatief bedoeld zijn en men erop kan voortgaan dat de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars voldoende op de hoogte zijn van de laatste medische inzichten inzake het “respecteren van de fysiologie”, kan beter worden afgezien van die verwijzingen en bijvoorbeeld worden bepaald dat voor het respecteren van de fysiologie rekening moet worden gehouden met de recente wetenschappelijke inzichten.

De verwijzing naar de Good Food-strategie kan beter worden weggelaten indien die enkel wordt bedoeld als een vrijblijvende aanbeveling, omdat die niet op haar plaats is in een rechtsregel. Indien het daarentegen de bedoeling is dat die Good Food-strategie daadwerkelijk wordt nageleefd bij de advisering door het multidisciplinaire voedselteam, moeten de relevante kernpunten van die strategie worden opgenomen in bijlage II zelf.

7.1. Een aantal bepalingen herneemt via de erkenningsnormen verplichtingen die al voortvloeien uit bestaande federale wetgeving, zoals inzake zwangerschapsafbreking (artikel 11 van het ontwerp), euthanasie (artikel 12), patiëntenrechten (artikelen 14 en 16) en anti-discriminatie (artikel 19). Op de vraag wat de meerwaarde van die bepalingen is, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“La législation fédérale octroie effectivement des droits fondamentaux aux patients, pour l’IVG, l’euthanasie etc... Ces obligations sont dirigées vers les praticiens/médecins individuels.

Notre projet d’arrêté a l’intérêt de décrire aux hôpitaux comment ils doivent rendre ces droits effectivement accessibles à tous les patients (= organiser chaque service et anticiper les circonstances exceptionnelles avec une convention vers un autre hôpital pour qu’il n’y ait pas de rupture de service/de rupture dans le droit des patients à bénéficier de ces services fondamentaux).”

7.2. Met die zienswijze kan worden ingestemd in zoverre daarmee federale verplichtingen die gericht zijn tot gezondheidszorgbeoefenaars, ook worden gericht tot ziekenhuizen. Gelet op de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie inzake erkenningsnormen voor ziekenhuizen, kan het gevolg van een overtreding van die verplichtingen, zoals ze worden hernomen in de aangehaalde bepalingen van het ontwerp, enkel neerkomen op een intrekking van de erkenning als ziekenhuis.

Wat betreft evenwel de verwijzing naar de wet van 10 mei 2007 ‘ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie’ moet worden opgemerkt dat volledigheidshalve ook zou moeten worden verwezen naar de wet van 30 juli 1981 ‘tot bestraffing van bepaalde door racisme of xenofobie ingegeven daden’ en naar de wet van 10 mei 2007 ‘ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen’. Er valt ook moeilijk in te zien waarom niet wordt verwezen naar de ordonnantie van 30 juni 2022 ‘ter bevordering van de diversiteit en ter bestrijding van de discriminatie in de instellingen, centra en diensten die tot de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie behoren alsook in de Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie’.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Opschrift

8. Blijkens het opschrift bevat het ontwerp “aanvullende” normen die de ziekenhuizen moeten naleven. De gemachtigde verklaarde dat de bestaande basisnormen ongemoeid worden gelaten en dat die normen worden aangevuld bij de ontworpen regeling. Toch is het verkieslijk het woord “aanvullende” weg te laten, enerzijds omdat verscheidene erkenningsnormen meer dan louter bijkomende erkenningsnormen zijn en anderzijds omdat het woord refereert aan de bevoegdheid van de gemeenschappen inzake erkenningsnormen die dateert van voor de zesde staatshervorming, terwijl er thans geen hiërarchisch verband meer bestaat tussen de federale erkenningsnormen en die van de gemeenschappen.

9. De gemachtigde bevestigde dat in het opschrift de zinsnede “en [van de procedures]” moet worden weggelaten.

Aanhef

10. De ordonnantie van 4 april 2019 moet met het juiste (gewijzigde) opschrift worden vermeld in het eerste lid van de aanhef.

11. In de aanhef moet niet alleen gewag worden gemaakt van het verslag van het Rekenhof van 6 oktober 2022, maar ook van het erop volgende overleg met de federale overheid en de overige gemeenschappen, dat heeft plaatsgevonden op 23 november 2022.

Artikel 1

12. In de Nederlandse tekst van artikel 1, 5°, van het ontwerp moet het koninklijk besluit van 8 juli 2003 met het correcte opschrift worden vermeld, met name het koninklijk besluit van 8 juli 2003 ‘houdende vaststelling van de programmatiecriteria die van toepassing zijn op de samenwerkingsverbanden, als overlegplatform, van psychiatrische instellingen en diensten’.

Artikel 2

13. In artikel 2, derde lid, tweede streepje, van het ontwerp moet worden verwezen naar het *koninklijk* besluit van 30 januari 1989.

Artikel 6

14. Indien ziekenhuizen niet kunnen voldoen aan de verplichting vervat in artikel 6, § 1, van het ontwerp om te beschikken over een geboortehuis, moeten ze overeenkomstig artikel 6, § 2, van het ontwerp “binnen de beschikbare middelen” een bevallings- en postnatale zaal ter beschikking stellen van de huisartsen en vroedkundigen van de eerste lijn. Door de vermelding “binnen de beschikbare middelen” ontstaat de indruk dat het volstaat dat het betrokken ziekenhuis aangeeft daarvoor geen middelen beschikbaar te hebben, om te ontkomen aan de voormelde verplichting. Indien dat niet de bedoeling is van de stellers van het ontwerp, zal artikel 6, § 2, van het ontwerp stringenter moeten worden geformuleerd.

Artikel 20

15. In de Nederlandse tekst van artikel 20, § 2, eerste lid, moet worden verwezen naar “paragraaf 1” in plaats van naar “het eerste lid”.

Artikel 25

16. De gemachtigde beaamt dat in artikel 25, tweede lid, van het ontwerp de huidige punten 11° en 12° moeten worden vernummerd tot de punten 5° en 6°.

Artikel 29

17. In artikel 29 van het ontwerp moet de kruisverwijzing naar artikel 34, zoals de gemachtigde bevestigde, vervangen worden door een verwijzing naar artikel 28.

Artikel 31

18. Aangezien artikel 31 van het ontwerp het enige artikel is in hoofdstuk 8 heeft het geen zin om het onder te brengen in een afdeling 1, zodat het opschrift van die afdeling 1 moet worden weggelaten. Tevens moet het opschrift van hoofdstuk 8 (“Wijzigingsbepalingen”) in het enkelvoud worden gesteld.

Artikel 32

19. In de Nederlandse tekst van artikel 32, eerste lid, van het ontwerp schrijve men “op 1 januari 2024” in plaats van “de eerste januari 2024”.

*

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique et l'accomplissement des formalités prescrites.

*

PORTÉE DU PROJET

2. Le projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune soumis pour avis a pour objet de fixer un certain nombre de normes d'agrément des hôpitaux dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, qui relèvent de la compétence de la Commission communautaire commune.

2.1. Le chapitre 1^{er} du projet contient les définitions (article 1^{er}) et règle le champ d'application (article 2).

2.2. Le chapitre 2 contient un certain nombre de normes d'agrément concernant l'accessibilité des hôpitaux.

La section 1^{ère} impose aux hôpitaux de disposer en principe d'une fonction « première prise en charge des urgences » (article 3).

La section 2 concerne la maternité. La sous-section 1^{ère} contient des dispositions relatives à la continuité des soins périnataux (article 4). La sous-section 2 porte sur le suivi postnatal à domicile. À cette fin, les hôpitaux disposant d'un service de maternité doivent conclure un nombre suffisant de conventions avec des sages-femmes pour dispenser ces soins (article 5) et disposer d'un gîte de naissance hospitalier, tel qu'il est défini à l'article 1^{er}, 8^o, et dans l'annexe I du projet, ou si ce n'est pas possible, mettre à disposition des médecins généralistes et des sages-femmes de la première ligne une salle d'accouchement et de postnatal « dans la mesure des moyens disponibles » (sous-section 3 – article 6).

La section 3 contient des prescriptions relatives à la revalidation psycho-gériatrique et cardio-pulmonaire (article 7).

La section 4 concerne les soins psychiatriques. La sous-section 1^{ère} impose aux hôpitaux disposant de lits psychiatriques un partenariat avec les « antennes 107 » afin d'assurer la continuité de la prise en charge ambulatoire des patients après la fin de l'hospitalisation (article 8). La sous-section 2 concerne l'unité d'hospitalisation de psychiatrie aiguë. Les hôpitaux qui ne disposent pas, sur chacun de leurs sites, d'un service neuropsychiatrique d'observation et de traitement de patients adultes doivent conclure une convention à ce sujet avec un ou plusieurs autres hôpitaux du même réseau (article 9). Les hôpitaux qui ne disposent pas de lits K pour la prise en charge des patients présentant des spécificités de pédopsychiatrie ou de psychiatrie de l'adolescent doivent également conclure une convention avec un hôpital qui lui dispose de lits K (article 10).

La section 5 se rapporte à la gynécologie et à l'obstétrique et requiert que les hôpitaux garantissent l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, conformément à la législation pertinente, au sein de l'hôpital même ou, exceptionnellement, dans un autre établissement du même réseau sur la base d'une convention (article 11).

La section 6 concerne la fin de vie. Les hôpitaux doivent s'assurer que les demandes d'euthanasie puissent être prises en charge dans le respect de la législation pertinente au sein de l'hôpital même ou, exceptionnellement, dans un autre établissement du même réseau sur la base d'une convention (article 12). En outre, les hôpitaux doivent assurer la continuité des soins palliatifs (article 13).

2.3. Le chapitre 3 contient un certain nombre de normes relatives au fonctionnement des hôpitaux. L'article 14 règle la continuité des soins, de l'admission à la sortie, notamment en ce qui concerne les déclarations d'admission, les rapports de sortie et l'organisation du suivi des patients.

2.4. Le chapitre 4 fixe des normes relatives à la qualité des soins.

La section 1^{ère} porte sur la formation permanente des professionnels des soins de santé (article 15).

La section 2 concerne l'accessibilité du service de médiation (article 16).

La section 3 impose des exigences minimales concernant la qualité de l'alimentation, telle qu'elle est garantie par une équipe nutritionnelle qui doit répondre aux conditions mentionnées dans l'annexe II (article 17). Les hôpitaux doivent en outre tenir compte d'objectifs de durabilité dans leur offre de repas (article 18).

La section 4 concerne l'accessibilité des soins et oblige les hôpitaux à respecter la législation anti-discrimination et à tenir compte autant que possible de la langue parlée par le patient (article 19).

La section 5 soumet la stratégie qualité-sécurité à des exigences. L'article 20 requiert une attention continue pour l'amélioration de la « qualité au chevet du patient » et de la « qualité de l'organisation », par l'adoption d'une stratégie qualité-sécurité qui est revue au minimum tous les cinq ans, par l'établissement d'un rapport qualité tous les cinq ans et par l'établissement d'un protocole interne d'évaluation du risque de comportement agressif des patients. L'article 21 règle le contenu du rapport qualité et de la stratégie qualité-sécurité. L'article 22, § 1^{er}, requiert que le monitoring de la qualité porte sur deux groupes d'indicateurs concernant la qualité de l'organisation (article 22, § 2) et la qualité au chevet du patient (article 22, § 3). L'article 23 concerne la publication du rapport qualité, la consultabilité du rapport de monitoring contenant les indicateurs précités, ainsi que la possibilité de créer une plate-forme électronique sécurisée remplaçant la rédaction et la publication du rapport qualité. L'article 24 prévoit la possibilité pour le Collège réuni d'autoriser qu'une partie du rapport qualité soit remplacée par un système d'accréditation. L'article 25 requiert la création d'un Conseil multidisciplinaire de pilotage de la qualité dans chaque hôpital.

2.5. Le chapitre 5 impose des normes relatives à la participation du personnel à l'organisation et à l'évaluation de soins de qualité (article 26).

2.6. Le chapitre 6 impose des normes relatives à la bonne gouvernance, plus précisément concernant la publication de l'organigramme et la dénomination des fonctions clés (article 27).

2.7. Le chapitre 7 concerne les normes relatives à la durabilité et à la résilience. Les hôpitaux doivent développer une perspective à long terme en la matière (article 28), rédiger un plan de durabilité tous les cinq ans (article 29) et démontrer qu'ils s'inscrivent dans une démarche d'éco-gestion via le suivi d'un accompagnement ou via l'obtention d'un label EMAS (ou équivalent) (article 30).

2.8. Le chapitre 8 contient une disposition modificative. L'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 9 juillet 2019 'déterminant la procédure d'agrément, de retrait d'agrément et de fermeture des hôpitaux, des collaborations hospitalières et des activités hospitalières' est complété par un point 11°, de sorte qu'une note descriptive concernant l'accessibilité doit désormais également être jointe à la demande d'agrément (article 31).

2.9. Le chapitre 9 contient les dispositions finales. L'article 32 règle l'entrée en vigueur de l'arrêté envisagé, en principe le 1^{er} janvier 2024, mais avec report au 15 septembre 2024 ou au 15 mars 2025 pour quelques dispositions. L'article 33 est l'exécutoire.

COMPETENCE

3. Depuis la sixième réforme de l'État, la Commission communautaire commune est compétente pour les normes d'agrément des hôpitaux, pour autant qu'elles ne concernent pas la législation organique¹. Dans des avis précédents, le Conseil d'État a déjà indiqué que le principe même de la permanence médicale dans une fonction hospitalière déterminée, notamment, doit être considéré comme une « caractéristique de base » qui doit s'inscrire dans le cadre de la compétence fédérale en matière de législation organique².

3.1. L'article 3, alinéa 1^{er}, du projet prescrit que tout hôpital doit disposer d'une fonction « première prise en charge des urgences » sur au moins un de ses sites, à moins qu'il ne dispose d'une fonction « soins urgents spécialisés ». L'alinéa 2 dispose que l'hôpital qui organise une liaison fonctionnelle visant à garantir la continuité de la prise en charge et des soins avec un hôpital disposant d'une telle fonction ou d'une fonction soins urgents spécialisés sur un site implanté dans un rayon de 2,5 kilomètres répond également à cette obligation.

¹ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles', combiné avec l'article 63 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 'relative aux Institutions bruxelloises'.

² Avis C.E. 59.468/VR du 11 juillet 2016 sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction 'soins urgents spécialisés' doit répondre pour être agréée' et avis C.E. 59.469/VR du 11 juillet 2016 sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction 'service mobile d'urgence' (SMUR) pour être agréée'. Voir également l'avis C.E. 61.859/1/V du 24 août 2017 sur un projet devenu l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 26 octobre 2017 'modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction soins urgents spécialisés doit répondre pour être agréée, pour ce qui concerne la permanence médicale'.

Imposer à un hôpital de disposer d'une fonction déterminée doit être considéré comme une « caractéristique de base » qui doit s'inscrire dans le cadre de la compétence fédérale en matière de législation organique. Au demeurant, l'article 3, alinéa 1^{er}, du projet fait double emploi avec l'obligation qui est déjà inscrite à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 27 avril 1998 'fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction 'première prise en charge des urgences' pour être agréée', tandis que l'article 3, alinéa 2, du projet s'en écarte en prévoyant une exception à cette obligation.

À ce sujet, le délégué a déclaré ce qui suit :

« Notre projet d'arrêté ne modifie pas l'obligation fédérale d'avoir une permanence médicale dans un hôpital pour les patients hospitalisés.

Par ailleurs la législation fédérale organique oblige effectivement les hôpitaux à disposer d'un service de première prise en charge des urgences (PPCU), même quand l'hôpital ne dispose pas d'un service d'urgences spécialisés (SUS).

Notre projet d'arrêté complète et organise la disposition fédérale en exposant comment il faut répondre à l'obligation issue des normes organiques lorsqu'un hôpital dispose de plusieurs sites, et les éventuelles liaisons fonctionnelles possibles avec d'autres sites hospitaliers. Il s'agit donc bien de remplir la notion de permanence. Il n'y a pas d'obligation absolue de disposer d'une première prise en charge des urgences au-delà de ce qui est prévu par la réglementation existante ».

Indépendamment du fait que selon l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 27 avril 1998, les hôpitaux qui disposent d'une fonction « soins urgents spécialisés » sont bel et bien dispensés de l'obligation de disposer d'une fonction « première prise en charge des urgences », il n'appartient pas à la Commission communautaire commune de renforcer ou d'assouplir cette obligation. On peut en revanche admettre que les hôpitaux se voient offrir la possibilité (ou même se voient imposer l'obligation) de s'accorder entre eux sur la continuité des soins, mais sans que cela ne puisse avoir de répercussion sur le respect ou non de l'obligation précitée.

L'article 3 du projet doit dès lors être revu à la lumière des observations qui précèdent.

3.2. L'article 6 du projet impose aux hôpitaux de disposer d'un gîte de naissance hospitalier au sens de l'article 1^{er}, 8^o, et de l'annexe I du projet, à savoir une « entité architecturale qui se trouve dans un hôpital qui dispose d'une maternité et dans lequel l'organisation des accouchements et des soins de *postpartum* directs respect(e) le plus strictement possible la physiologie », ou si ce n'est pas possible, de mettre à disposition des médecins généralistes et des sages-femmes de la première ligne une salle d'accouchement et de postnatal « dans la mesure des moyens disponibles ».

À ce sujet, le délégué a déclaré ce qui suit :

« L'obligation de gîte de naissance (art 6 §1) n'est pas une obligation fondamentale dès lors que l'hôpital a le choix (cf. art 6 §2) de ne pas avoir de gîte de naissance dès lors qu'il ouvre un accès, dans la mesure du possible, à une salle d'accouchement pour les médecins et sages-femmes de la première ligne (avec qui il passe une convention) ».

L'obligation de principe de prévoir un gîte de naissance hospitalier ou une salle d'accouchement et de postnatal implique que les soins prodigués dans une maternité sont proposés d'une manière alternative dans le même hôpital, en faisant appel à des professionnels des soins de santé de la première ligne. Dans la mesure où le dispositif en projet revient à proposer le même type de soins, à savoir les soins prodigués lors de l'accouchement et après la naissance, au même groupe cible, mais qu'ils sont seulement encadrés et concrétisés d'une autre manière, il ne s'agit pas de « caractéristiques de base » et le dispositif en projet peut être adopté par les communautés.

Il n'en demeure pas moins qu'il s'impose de préciser la portée de l'obligation en projet (voir à ce propos l'observation 14).

FONDEMENT JURIDIQUE

4. Le projet trouve son fondement juridique dans l'article 3 de l'ordonnance du 4 avril 2019 'relative à la constitution, à l'agrément, à la programmation et aux procédures d'agrément des hôpitaux, des formes de collaboration hospitalière ou des activités hospitalières', qui charge le Collège réuni de fixer les normes d'agrément.

FORMALITÉS

5. L'avis de l'Autorité de protection des données a été demandé, mais n'a pas encore été donné.

Si cet avis à recueillir devait encore donner lieu à des modifications du texte soumis au Conseil d'État³, les dispositions modifiées ou ajoutées devraient être soumises à la section de législation, conformément à la prescription de l'article 3, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

6.1. Pour la notion de « respect de la physiologie » (dans un gîte de naissance hospitalier), l'annexe I du projet fait référence à deux recommandations scientifiques « susceptibles de mises à jour ultérieures sur base de l'évolution des connaissances médicales ». L'annexe II du projet mentionne quant à elle « la stratégie Good Food telle qu'adoptée par le gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale le 01/06/2022 ». Dans aucun des deux cas, le lecteur non initié n'aperçoit clairement où il peut trouver ces textes. En outre, il s'agit chaque fois de textes qui n'ont pas vocation à être des règles de droit, mais auxquels ces références peuvent bel et bien conférer un caractère normatif.

³ À savoir d'autres modifications que celles dont fait état le présent avis ou que celles visant à répondre aux observations formulées dans le présent avis.

Force est de constater à cet égard que l'article 190 de la Constitution dispose qu'aucune loi, aucun arrêté ou règlement d'administration générale, provinciale ou communale, n'est obligatoire qu'après avoir été publié dans la forme déterminée par la loi. Cette disposition constitutionnelle est l'expression d'un principe général du droit qui s'applique à toutes les normes juridiques générales. La faculté pour chaque personne d'en prendre connaissance en tout temps est un droit inhérent à l'État de droit puisque c'est cette connaissance qui permettra à chacun de s'y conformer. Tant qu'il n'a pas été publié au Moniteur belge, le manuel technique visé ne constitue pas une norme publiée conformément à l'article 190 de la Constitution et n'est dès lors pas opposable à tous, de sorte qu'il n'est pas possible d'infliger une sanction pour une infraction à celui-ci.

Les normes en question n'entrent pas non plus dans le champ d'application de l'article VIII.2 du Code de droit économique, modifié par la loi du 25 septembre 2022 'portant dispositions diverses en matière d'économie'. Il ne s'agit en effet ni de « norme(s) publiée(s) par le Bureau de Normalisation », ni de « normes spécifiquement belges ».

6.2. Le délégué a toutefois déclaré ce qui suit concernant l'objectif des références concernées :

« Effectivement, nous avons voulu donner 2 exemples de recommandations scientifiques qui décrivent la notion de 'accouchement physiologique', mais nous savons que la science évolue rapidement, c'est pour cette raison que nous avons pris la précaution d'indiquer '(susceptibles de mises à jour ultérieures sur base de l'évolution des connaissances médicales)'.

Si vous pensez qu'il est préférable de retirer ces exemples de recommandations scientifiques ce n'est pas un problème pour nous, nous savons que tous les médecins et sage-femmes sont très bien informés des dernières recommandations scientifiques à suivre.

(...)

La stratégie Good Food est une stratégie politique alimentaire menée à Bruxelles initiée en 2016 et reprise dans la Déclaration de Politique Régionale 2019-2024, qui appelait au renforcement de cette stratégie. Ceci a été fait en 2022. Elle donne des directions à suivre par tous les fournisseurs de repas dans la Région. Plus d'infos ici : <https://goodfood.brussels/fr/content/la-strategie-good-food-2-2022-2030>. Dans cette annexe du projet d'arrêté, nous demandons que l'équipe nutritionnelle de l'hôpital donne à la direction des conseils à propos de comment apprendre au patient à avoir une meilleure alimentation pour la santé et l'environnement quand il rentrera à domicile, et pour cet objectif on recommande les principes expliqués dans la stratégie good food ».

Si, comme l'a déclaré le délégué, les recommandations scientifiques visées dans l'annexe I le sont à titre purement informatif et si l'on peut considérer que les professionnels des soins de santé concernés sont suffisamment informés des dernières connaissances médicales concernant le « respect de la physiologie », il serait préférable de renoncer à ces références et de disposer, par exemple, que le respect de la physiologie requiert de tenir compte des connaissances scientifiques récentes.

Mieux vaudrait omettre la référence à la stratégie Good Food si elle s'entend uniquement comme une recommandation non contraignante, parce qu'elle n'a pas sa place dans une règle de droit. S'il s'agit par contre de faire en sorte que cette stratégie Good Food soit effectivement respectée dans les conseils dispensés par l'équipe nutritionnelle multidisciplinaire, les éléments essentiels pertinents de cette stratégie doivent être intégrés dans l'annexe II proprement dite.

7.1. Un certain nombre de dispositions reproduisent, par le biais des normes d'agrément, des obligations qui découlent déjà de la législation fédérale existante, telle que celle concernant l'interruption de grossesse (article 11 du projet), l'euthanasie (article 12), les droits des patients (articles 14 et 16) et la non-discrimination (article 19). À la question de savoir quelle plus-value apportent ces dispositions, le délégué a répondu en ces termes :

« La législation fédérale octroie effectivement des droits fondamentaux aux patients, pour l'IVG, l'euthanasie etc... Ces obligations sont dirigées vers les praticiens/médecins individuels.

Notre projet d'arrêté a l'intérêt de décrire aux hôpitaux comment ils doivent rendre ces droits effectivement accessibles à tous les patients (= organiser chaque service et anticiper les circonstances exceptionnelles avec une convention vers un autre hôpital pour qu'il n'y ait pas de rupture de service/de rupture dans le droit des patients à bénéficier de ces services fondamentaux) ».

7.2. On peut se rallier à ce point de vue dans la mesure où les obligations fédérales dirigées vers les professionnels des soins de santé s'adressent ainsi également aux hôpitaux. Eu égard à la compétence de la Commission communautaire commune en matière de normes d'agrément des hôpitaux, une violation de ces obligations, telles qu'elles sont reproduites dans les dispositions citées du projet, ne peut qu'entraîner le retrait de l'agrément comme hôpital.

En ce qui concerne toutefois la référence à la loi du 10 mai 2007 'tendant à lutter contre certaines formes de discrimination', il est à noter qu'il y aurait lieu, dans un souci d'exhaustivité, de viser également la loi du 30 juillet 1981 'tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme ou la xénophobie' et la loi du 10 mai 2007 'tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes'. On aperçoit aussi difficilement pourquoi il n'est pas fait référence à l'ordonnance du 30 juin 2022 'visant à promouvoir la diversité et à lutter contre la discrimination dans les institutions, centres et services relevant de la compétence de la Commission communautaire commune ainsi que dans les Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune'.

EXAMEN DU TEXTE

Intitulé

8. Selon son intitulé, le projet contient des normes « complémentaires » que les hôpitaux doivent respecter. Le délégué a déclaré que les normes de base existantes restent inchangées et qu'elles sont complétées par le dispositif en projet. Il est néanmoins préférable d'omettre le mot « complémentaires », d'une part parce que plusieurs normes d'agrément sont davantage que de simples normes d'agrément complémentaires et, d'autre part, parce que le terme fait référence à la compétence des communautés en matière de normes d'agrément qui est antérieure à la sixième réforme de l'État, alors qu'il n'y a plus actuellement de rapport hiérarchique entre les normes d'agrément fédérales et celles des communautés.

9. Le délégué a confirmé qu'il faut supprimer le segment de phrase « et [les procédures] » dans l'intitulé.

Préambule

10. L'ordonnance du 4 avril 2019 doit être désignée par son intitulé exact (modifié) au premier alinéa du préambule.

11. Le préambule doit non seulement mentionner le rapport de la Cour des comptes du 6 octobre 2022, mais également la concertation subséquente avec l'autorité fédérale et les autres communautés, qui a eu lieu le 23 novembre 2022.

Article 1^{er}

12. Dans le texte néerlandais de l'article 1^{er}, 5°, du projet, l'arrêté royal du 8 juillet 2003 doit être désigné par son intitulé exact, à savoir l'arrêté royal du 8 juillet 2003 'houdende vaststelling van de programmatiecriteria die van toepassing zijn op de samenwerkingsverbanden, als overlegplatform, van psychiatrische instellingen en diensten'.

Article 2

13. À l'article 2, alinéa 3, deuxième tiret, du projet, on visera l'arrêté *royal* du 30 janvier 1989.

Article 6

14. Si les hôpitaux ne peuvent pas respecter l'obligation contenue à l'article 6, § 1^{er}, du projet leur imposant de disposer d'un gîte de naissance hospitalier, ils doivent, conformément à l'article 6, § 2, du projet, mettre à disposition des médecins généralistes et des sages-femmes de la première ligne une salle d'accouchement et de postnatal « dans la mesure des moyens

disponibles ». La mention « dans la mesure des moyens disponibles » donne à penser qu'il suffit que l'hôpital concerné déclare ne pas disposer de moyens à cet effet pour se soustraire à l'obligation précitée. Si telle n'est pas l'intention des auteurs du projet, il faudra formuler l'article 6, § 2, du projet d'une manière plus stricte.

Article 20

15. Dans le texte néerlandais de l'article 20, § 2, alinéa 1^{er}, on visera « paragraaf 1 » au lieu de « het eerste lid ».

Article 25

16. Le délégué a confirmé qu'à l'article 25, alinéa 2, du projet, les points 11° et 12° actuels doivent être renumérotés en points 5° et 6°.

Article 29

17. À l'article 29 du projet, la référence croisée à l'article 34 doit, comme l'a confirmé le délégué, être remplacée par une référence à l'article 28.

Article 31

18. L'article 31 du projet constituant l'unique article du chapitre 8, il est inutile de l'intégrer dans une section 1^{ère}, si bien que l'intitulé de cette section 1^{ère} sera omis. En outre, l'intitulé du chapitre 8 (« Dispositions modificatives ») doit être rédigé au singulier.

Article 32

19. Dans le texte néerlandais de l'article 32, alinéa 1^{er}, du projet, on écrira « op 1 januari 2024 » au lieu de « de eerste januari 2024 ».

DE GRIFFIER - LE GREFFIER

DE VOORZITTER - LE PRÉSIDENT

Annemie GOOSSENS

Jeroen VAN NIEUWENHOVE