



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Dossier consolidé

Projet de loi 8009

Projet de loi portant modification :

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
3° du Code de la sécurité sociale

Date de dépôt : 23-05-2022

Date de l'avis du Conseil d'État : 13-07-2023

Auteur(s) : Madame Paulette Lenert, Ministre de la Santé

Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
23-05-2022	Déposé	8009/00	<u>4</u>
04-07-2022	Avis de la Chambre des Salariés (28.6.2022)	8009/01	<u>41</u>
04-07-2022	Avis du Collège médical 1) Dépêche du Président du Collège médical à la Ministre de la Santé (29.6.2022) 2) Document de travail du Collège médical	8009/02	<u>62</u>
26-09-2022	Avis de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (16.9.2022)	8009/03	<u>71</u>
20-10-2022	Avis Conseil supérieur de certaines professions de santé - Dépêche de la Présidente du Conseil supérieur de certaines professions de santé à la Ministre de la Santé (14.10.2022)	8009/04	<u>80</u>
28-02-2023	Avis de l'Autorité de la concurrence du Grand-Duché de Luxembourg (21.2.2023)	8009/05	<u>85</u>
07-03-2023	Avis commun de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers (3.3.2023)	8009/06	<u>94</u>
07-03-2023	Commission de la Santé et des Sports Procès verbal (10) de la reunion du 7 mars 2023	10	<u>103</u>
28-03-2023	Avis complémentaire du Conseil supérieur de certaines professions de santé (22.3.2023)	8009/07	<u>126</u>
25-04-2023	Avis du Conseil d'Etat (25.4.2023)	8009/08	<u>135</u>
02-05-2023	Commission de la Santé et des Sports Procès verbal (18) de la reunion du 2 mai 2023	18	<u>148</u>
02-05-2023	Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale Procès verbal (23) de la reunion du 2 mai 2023	23	<u>170</u>
20-06-2023	Amendements gouvernementaux - Dépêche du Ministre aux Relations avec le Parlement au Président de la Chambre des Députés (20.6.2023)	8009/09	<u>192</u>
07-07-2023	Avis complémentaire de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois	8009/10	<u>217</u>
13-07-2023	Avis complémentaire du Collège médical (12.7.2023)	8009/12	<u>220</u>
13-07-2023	Avis complémentaire du Conseil d'État (13.7.2023)	8009/11	<u>223</u>
14-07-2023	Avis complémentaire de l'Association des médecins et médecins-dentistes (11.7.2023)	8009/14	<u>232</u>
14-07-2023	Avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes (21.7.2022)	8009/13	<u>241</u>
14-07-2023	Commission de la Santé et des Sports Procès verbal (29) de la reunion du 14 juillet 2023	29	<u>266</u>
17-07-2023	Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et des Sports Rapporteur(s) : Monsieur Mars Di Bartolomeo	8009/15	<u>271</u>
17-07-2023	Commission de la Santé et des Sports Procès verbal (30) de la reunion du 17 juillet 2023	30	<u>304</u>

Date	Description	Nom du document	Page
20-07-2023	Premier vote constitutionnel (Vote Positif) En séance publique n°69 Une demande de dispense du second vote a été introduite	Texte voté - projet de loi N°8009	<u>307</u>
20-07-2023	Premier vote constitutionnel (Vote Positif) En séance publique n°69 Une demande de dispense du second vote a été introduite	Bulletin de vote 3 - projet de loi N°8009	<u>312</u>
20-07-2023	Promotion du secteur extrahospitalier	Document écrit de dépôt	<u>315</u>
21-07-2023	Dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (21-07-2023) Evacué par dispense du second vote (21-07-2023)	8009/16	<u>318</u>
02-08-2023	Publié au Mémorial A n°478 en page 1	Mémorial A N° 478 de 2023	<u>321</u>
19-10-2023	Deuxième avis complémentaire du Conseil supérieur de certaines professions de santé (17.7.2023)	8009/17	<u>326</u>
	Résumé du dossier	Résumé	<u>329</u>

8009/00

N° 8009

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2021-2022

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

(Dépôt: le 23.5.2022)

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (18.5.2022).....	1
2) Exposé des motifs	2
3) Commentaire des articles	9
4) Texte du projet de loi.....	14
5) Fiche d'évaluation d'impact.....	26
6) Fiche financière	29
7) Textes coordonnés.....	30

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

Nous HENRI, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons:

Article unique.– Notre Ministre de la Santé est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi portant modification

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

Paris, le 18 mai 2022

La Ministre de la Santé,

Paulette LENERT

HENRI

*

EXPOSE DES MOTIFS

I. Introduction

Le système de santé au Grand-Duché de Luxembourg est articulé autour des valeurs fondamentales que sont l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité. Le système de santé se doit d'être à la pointe du progrès médical, moderne, capable de s'adapter aux besoins et aux défis de la société. Les besoins du patient sont au centre du système de santé et le patient est un acteur à part entière du système.

L'accord de coalition 2018-2023 prévoit dans sa section Santé, sous-section secteur hospitalier, volet virage ambulatoire que « *Des mesures favorisant et accompagnant le « virage ambulatoire » seront mises en place. Il s'agira d'assurer la promotion des alternatives à l'hospitalisation classique lorsque cela est possible sans perte de qualité, en accord et dans l'intérêt du patient. Des incitants financiers seront introduits en faveur des prestataires et des patients tant dans la nomenclature des actes et des services médicaux, que dans les financements des hôpitaux et au niveau des modalités de remboursement. La création de structures de soins d'aval sera soutenue, permettant de réduire les délais de séjour en milieu hospitalier. Les offres d'hospitalisation à domicile ou dans d'autres structures de soins intermédiaires et moins coûteuses seront soutenues en développant un plan d'action « out of hospital »* ».

Aussi et « *Afin de réduire les délais d'attente pour les examens de résonance magnétique, il sera procédé à la mise en place des quatre IRM supplémentaires prévues répondant aux derniers standards de la technologie. Tout en respectant une couverture géographique adéquate et en respectant les recommandations en matière de prescription des examens, une réflexion sera menée sur l'opportunité de l'installation en milieu extrahospitalier de plateaux techniques, diagnostiques et de traitement ambulatoire.* »

De même « *La mise en place d'une documentation hospitalière dans les divers établissements est une pierre angulaire de la planification hospitalière ainsi que du financement futur des hôpitaux. Toutes les ressources nécessaires doivent être mises à disposition pour qu'elle puisse s'appliquer le plus rapidement possible. Le financement à l'activité des hôpitaux sera mis en place lorsque les conditions préalables seront atteintes.* »

En effet, depuis la mise en place des IRM supplémentaires, les délais avant qu'un patient puisse bénéficier d'une IRM ont chuté en moyenne de 20% et les patients ayant besoin d'un rendez-vous en pour une IRM en urgence, c'est-à-dire une IRM non programmée, reçoivent un rendez-vous sans délai d'attente considérable. Toutefois, les délais d'attente pour une IRM non-urgente restent élevés.

Actuellement, l'implantation de services IRM en milieu extrahospitalier est limitée par l'article 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui prévoit que chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de trois sites hospitaliers. Au vu de la législation actuellement en vigueur, uniquement deux centres hospitaliers peuvent bénéficier de trois sites. Toutefois, l'évaluation des besoins a bien montré qu'il faut des sites additionnels en dehors des sites hospitaliers afin de répondre aux besoins de la population. Par conséquent, des réflexions organisationnelles ont été menées et il est ainsi proposé de créer des modalités de collaboration et de financement plus flexibles. Ceci permettra de contribuer au virage ambulatoire et sera une réponse aux longues délais que nécessitent les projets de construction.

De surcroît, notons que la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée, et notamment son article 14 maintient les principes des lois hospitalières abrogées (celle du 29 août 1976 et du 28 août 1998) et prévoit que l'acquisition ou l'utilisation par les établissements hospitaliers d'appareils médicaux nécessitant une planification nationale est soumise à l'autorisation du ministre de la Santé qui sollicite l'avis de la commission permanente pour le secteur hospitalier. Il en va de même pour les équipements ou appareils médicaux dont le coût dépasse 250.000 euros.

Ensuite, l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire constitue le corollaire de l'article 14 (1) de la loi modifiée du 8 mars 2018 prémentionnée et que dans son arrêt n°148/19, la Cour constitutionnelle a considéré que l'établissement de la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, prévue à l'article 19 précitée, constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin, qui en tant que telle doit être réglée au niveau de la loi. Dès lors, il est nécessaire de créer une base légale pour les équi-

pements réservés au milieu hospitalier dans le cadre de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée. À cet effet, il échet de constater que la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical sera intégrée de manière révisée au sein de l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 prévoyant les équipements et appareils médicaux réservés au milieu hospitalier. Cette liste sera opposable aux médecins qui ne peuvent donc pas s'installer et exploiter à leur compte les appareils réservés au milieu hospitalier.

Le présent projet de loi apporte des réponses aux défis énoncés ci-avant, en favorisant davantage la prise en charge ambulatoire des soins de santé en instaurant des incitatifs pour encourager cette transformation par l'introduction de sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires, tout en assurant notamment une couverture des besoins en infrastructures d'imagerie médicale, et en proposant des dispositions légales, aussi par le recours à des modalités de collaboration et de financement plus flexibles à l'activité ciblée sur les soins ambulatoires, et tout en maintenant les fondements du système de santé.

II. Le cadre général

II.1. *Le système de santé*

Le développement du système de santé est un processus permanent d'adaptation aux besoins changeants de la population, d'intégration des nouvelles possibilités de traitement et d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prestations fournies. Ce processus doit garder le patient au centre de ses préoccupations, qui s'attend à une offre de service de qualité, mais veut aussi être associé à la prise en charge en tant que personne informée, responsable et autonome.

Le système de santé publique se caractérise par le libre accès à des soins de qualité, l'égalité de traitement, le financement solidaire et aussi la solidarité avec les bénéficiaires de soins. La pérennisation de ces valeurs exige un esprit de modernisation, une approche critique, une nécessité de transparence et une recherche de la qualité et de l'efficacité.

II.2. *Les visées du projet de loi*

Depuis la réforme structurelle de 1992, les fondements du système de santé sont globalement restés inchangés notamment en ce qui concerne le conventionnement obligatoire des prestataires de soins garantissant un accès égal et équitable à l'offre de soins, une médecine libérale jouissant d'une liberté thérapeutique et d'une liberté de prescription large, ainsi qu'un secteur hospitalier planifié, fonctionnant suivant des principes comparables à un service public.

Grâce à une très bonne situation économique au cours des dernières années, des investissements substantiels par le biais du Fonds des investissements hospitaliers et de l'assurance maladie-maternité ont été réalisés en faveur des infrastructures hospitalières. Le pays dispose à ce jour d'un système de santé très développé offrant aux assurés des services de qualité et assurant aux prestataires des conditions généreuses^{1 2 3}.

Or au vu de la croissance démographique et notamment du vieillissement de la population il y a un risque

- de pénurie de ressources humaines⁴,
- d'engorgement des ressources infrastructurelles hospitalières⁵ et
- de besoins de ressources financières supplémentaires⁶.

1 Le système de santé au Luxembourg - Une comparaison internationale, IGSS, 2020

2 Le système des comptes de la santé – La dépense de santé courante au Luxembourg: Une comparaison internationale, IGSS, 2020

3 Soins transfrontaliers – Analyse des dépenses et de la population concernée, IGSS, 2020

4 État des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg, Ministère de la Santé, 2019

5 Modélisation des coûts prospectifs liés aux soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2021

6 Rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2021

Afin de remédier à ces risques plusieurs opportunités sont à soulever, notamment

- une réorganisation du parcours du patient (soins primaires, soins ambulatoires, hospitalisation à domicile...) ayant notamment pour objet une réduction de la durée moyenne de séjour,
- une stratégie de la prévention contribuant à une réduction aux recours aux soins,
- une augmentation de l'attractivité du secteur de santé et
- une digitalisation du secteur menant à une optimisation des contributions des ressources.

Bien entendu il y a lieu de respecter les contraintes économiques et financières imposées.

L'objectif partagé est de pousser davantage la prise en charge ambulatoire en instaurant des incitatifs pour encourager cette transformation dont l'objectif devrait être de proposer des services de qualité et durablement finançables. Une future planification doit ainsi impérativement valoriser le virage ambulatoire.

Considérant que selon l'article 1^{er} de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, les missions d'un hôpital englobent des activités de soins de santé stationnaires tout comme des activités de soins ambulatoires, que le progrès médical a fait évoluer le spectre et le volume des activités ambulatoires, qu'il convient donc de tenir compte de ces besoins sanitaires et de les adapter en augmentant les capacités hospitalières ambulatoires, que l'évolution démographique et l'augmentation des pathologies chroniques fera également croître, en moindre mesure, les besoins en capacités stationnaires et qu'il convient dès lors d'assurer l'augmentation des capacités ambulatoires non seulement sur les sites hospitaliers actuels, mais également sur des sites supplémentaires dédiés exclusivement à l'ambulatoire afin d'assurer un développement harmonieux et du secteur stationnaire et du secteur ambulatoire :

- il faut prévoir la création de sites hospitaliers supplémentaires exclusivement dédiés aux activités ambulatoires ;
- ces sites entreront dans le cadre légal global de planification nationale tenant compte des besoins sanitaires et par conséquent les dispositions y relatives s'inscriront dans la loi ;
- ne pourront donc être exploités sur ces sites supplémentaires que des activités de services n'ayant pas recours à des lits d'hospitalisation, conformément à l'annexe 2, point D de la loi, à savoir notamment les services de dialyse, d'imagerie médicale, d'hospitalisation de jour non chirurgicale ou encore de traitement oncologiques ambulatoires.

Une considération géographique est importante afin de faciliter l'accès aux soins tout en assurant la qualité des services et des soins médicaux, et tout en reconnaissant qu'il ne s'agit pas d'une délocalisation d'une offre actuellement hospitalière mais plutôt d'évaluer les potentiels lieux dédiés pour offrir des nouveaux services en relation avec les attentes des patients, qui sont notamment une proximité des soins primaires avec une coordination étroite entre tous les professionnels de santé, tout en reconnaissant la nécessité de la centralisation de la spécialisation au niveau des sites hospitaliers afin de proposer des services de pointe et de qualité.

Pour des interventions de routine, des centres délocalisés à proximité du lieu de résidence ou du lieu de travail sont envisagés. Pourtant des actes complexes se prêtent certainement mieux pour des centres spécialisés et où le patient n'hésite pas de faire des déplacements spécifiques pour être traité par des spécialistes dans un environnement spécialisé. A ce sujet une interconnexion et une forte digitalisation sont clé.

Aussi une attractivité du système de santé pour les professionnels de santé et une qualité des soins médicaux sont clé pour que le système de santé reste soutenable et il faut dès lors assurer que le professionnel de santé ait notamment accès aux infrastructures dans les meilleurs délais. En outre, il est important d'assurer une certaine flexibilité aux médecins et d'assurer la possibilité de travailler sur des équipements et appareils de pointe en ligne avec l'innovation.

Ainsi en premier lieu un état des lieux sur les besoins en soins ambulatoires dans la globalité est à établir sur base de prospections sanitaires selon des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, et sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers⁷.

⁷ Voir section III. Considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, et sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers

Suite aux activités détectées, il s'agit de se prononcer par rapport aux procédures et aux types de patients pouvant être pris en charge en ambulatoire sur des sites dédiés hors sites hospitaliers existants.

Dans la suite une répartition des activités de soins ambulatoires entre des sites hospitaliers existants et des sites dédiés hors sites hospitaliers est à retenir. Cette phase permet de quantifier en nombre et en nature l'allocation de sites dédiés hors sites hospitaliers existants.

Sur base d'une planification, l'organisation et le financement des sites dédiés, aussi en ce qui concerne les infrastructures et spécifiquement les équipements⁸, sont dès lors fixés dans le cadre de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et du Code de la sécurité sociale. Ainsi le financement des infrastructures reste assuré par les pouvoirs publics. Le financement des coûts d'exploitation se fera, le cas échéant, sur base d'une approche forfaitaire tandis que les actes médicaux sont couverts par la nomenclature.

L'approche d'un financement forfaitaire⁹ par passage des coûts d'exploitation est dès lors possible pour les activités de soins ambulatoires prestées sur des sites hospitaliers ou des sites dédiés afin de favoriser le virage ambulatoire¹⁰. A ce sujet le financement de ces activités n'est pas limité par l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier, car cette budgétisation se fera en dehors de l'enveloppe budgétaire globale.

III. Considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, et sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers

La présente section présente des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers pour l'année 2019. La méthodologie et la terminologie suivante est appliquée :

- le taux de recours correspond au rapport de résidents d'un canton ayant eu au moins un examen ou un passage en 2019 par rapport à la population protégée totale dudit canton ;
- la sous-section relative à la population concerne les personnes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité luxembourgeois et ne considère que subsidiairement les membres de famille des fonctionnaires européens bénéficiant du Régime Commun d'Assurance Maladie des institutions de l'Union européenne (RCAM) ;
- la sous-section relative aux soins ambulatoires considère les personnes résidentes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité, et la partie sur la mammographie se limite aux femmes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité ;
- les prestations prises en compte sont les soins ambulatoires avec et sans prise en charge (y compris les urgences) ;
- la résidence est déterminée au moment de la délivrance de l'examen ;
- les cantons de Luxembourg-Ville et Luxembourg-Campagne sont affichés individuellement sur la carte mais commentés ensemble ci-dessous en parlant du canton de Luxembourg ;
- l'analyse se limite à l'activité des quatre centres hospitaliers : les Hôpitaux Robert Schuman (HRS), le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), le Centre Hospitalier du Nord (CHdN) et le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM).

III.1. Répartition géographique de la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité en 2019

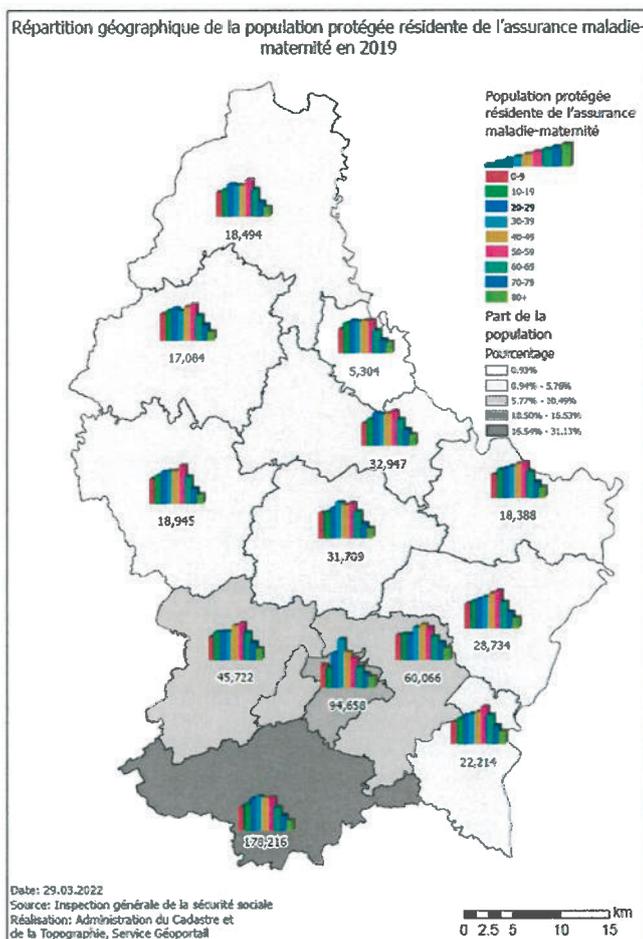
La population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité s'élève à 572.481 personnes en 2019, dont 285.622 femmes et 286.859 hommes. Le canton avec la part la plus importante de la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité est le canton d'Esch-Sur-Alzette avec 31,1%, suivi du canton de Luxembourg qui représente 27,0% de la population protégée résidente de l'assurance

⁸ La protection sociale face à la médecine libérale : l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 5 juillet 2019, IGSS, 2021

⁹ La Documentation et la Classification des Séjours Hospitaliers, IGSS, 2021

¹⁰ Répartition de l'activité hospitalière 2019 entre ambulatoire et stationnaire, IGSS, 2021

maladie-maternité. En particulier, le canton d'Esch-sur-Alzette compte 178.216 personnes et le canton de Luxembourg compte 154.724 personnes.



Les cantons de Capellen, Diekirch et Mersch complètent le top 5 des cantons représentant les parts les plus importantes de la population protégée résidente avec des parts de 8,0% respectivement de 5,8% et 5,5% de la population protégée résidente. Le canton de Grevenmacher représente 5,0% de la population protégée résidente, et les autres cantons présentent à chaque fois moins de 5,0%.

L'analyse de la répartition de la population d'un canton donné selon la classe d'âge montre que dans les cantons de Remich et de Luxembourg, la classe d'âge de 0 à 19 ans représente uniquement 19,9% respectivement 19,7% de leur population respective, alors que ces parts dépassent les 20,0% dans les autres cantons pour s'élever même à 23,8% dans le canton de Wiltz et à 23,2% dans le canton de Vianden. Dans le canton d'Esch-sur-Alzette, ce groupe d'âge représente 21,5% de la population.

La part des personnes âgées entre 20 et 59 ans dans la population résidente d'un canton est la plus élevée dans le canton de Luxembourg, soit 59,9% ; la part de cette classe d'âge étant inférieure à ce taux dans les autres cantons. Par exemple, dans les cantons de Remich et de Capellen, les groupes d'âge de 20 à 59 ans représentent une part de moins de 55,0% de la population résidente.

En comparant les classes d'âges des différents cantons, il en ressort aussi que le canton de Remich présente une part plus élevée de personnes âgées de 60 ans et plus, soit 25,4% de sa population protégée. Le canton de Capellen présente une part de 23,8% pour les personnes âgées de 60 ans et plus par rapport au reste de sa population. Les cantons de Diekirch, Echternach et Grevenmacher présentent des parts de 22,7%, de 22,3% respectivement de 22,1%. Pour Clervaux, cette part s'élève à 21,9% et pour Esch-sur-Alzette, elle s'élève à 21,2%. Les cantons de Vianden et de Wiltz présentent les parts les plus faibles de personnes âgées de 60 ans et plus par rapport au reste de leur population avec 20,5% respectivement 20,6%.

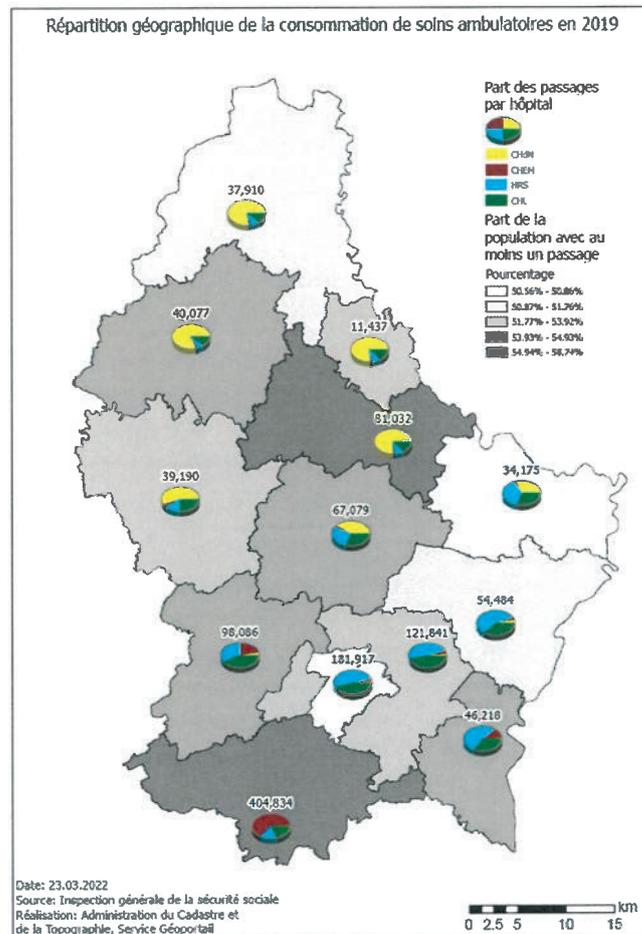
L'analyse de la population ci-dessus, ainsi que les analyses des consommations de soins qui suivent se limitent à la consommation de soins des résidents affiliés à l'assurance maladie-maternité. Or, il y a lieu de souligner que les fonctionnaires européens bénéficiant du régime RCAM réalisent aussi des passages dans les quatre centres hospitaliers analysés ; ces passages n'étant donc pas repris dans les analyses qui suivent. En 2019, 62.821 fonctionnaires européens résident au Luxembourg, dont 65,9% résident dans le canton de Luxembourg, 10,9% dans le canton de Esch-sur-Alzette et 7,5% dans le canton de Capellen.

III.2. Répartition de la consommation de soins ambulatoires selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation en 2019

Une part de plus que la moitié des résidents de chaque canton a obtenu au moins un passage ambulatoire en 2019 : les différents cantons présentent des taux de recours évoluant entre 50,6% et 58,7%. Les cantons présentant les taux de recours les plus élevés sont les cantons d'Esch-sur-Alzette (58,7%) et de Diekirch (58,3%). Suivent ensuite, les cantons Capellen (54,9%), Mersch (54,9%), et Wiltz (54,8%). En particulier, le canton de Luxembourg présente un taux de recours de 51,9% en 2019.

Les quatre centres hospitaliers présentent 1,2 millions de passages ambulatoires en 2019. A peu près 60,0% de l'activité ambulatoire est couverte par les HRS et le CHL qui affichent 29,5%, respectivement 29,4% de l'ensemble des passages en 2019. Le CHEM présente une part de 24,6% et le CHdN une part de 16,6%.

Concernant les passages aux HRS, la majorité soit 42,1% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. Les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette suivent ensuite avec une part de 19,6%. 8,6% des passages ambulatoires des HRS concernent les résidents du canton de Capellen et 8,5% concernent les résidents du canton de Grevenmacher. La part restante d'à peu près 21,0% se répartit entre les autres cantons.



Concernant les passages au CHL, 39,1% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. Les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette suivent ensuite avec une part de 21,4%. 11,8% des passages ambulatoires des HRS concernent les résidents du canton de Capellen et Mersch avec à chaque fois une part de 5,8%. La part restante d'à peu près 16,0% se répartit entre les autres cantons.

Concernant les passages au CHEM, 85,2% sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. Les résidents du canton de Capellen suivent ensuite avec une part de 7,4%. La part restante d'à peu près 7,0% se répartit entre les autres cantons.

Concernant les passages au CHdN, 30,0% sont réalisés pour des résidents du canton de Diekirch. Les résidents du canton de Wiltz (15,9%), de Clervaux (14,5%), de Mersch (13,7%) et de Rédange (10,7%) complètent le top 5 des cantons présentant les parts les plus élevées de l'activité ambulatoire du CHdN. La part restante d'à peu près 15,0% se répartit entre les autres cantons.

L'analyse montre que le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers avec sa part de 85,2% des passages réalisés pour des résidents d'un seul canton, alors que pour les HRS et le CHL une part d'à peu près 60,0% de l'activité ambulatoire réalisée en 2019 concerne des résidents de deux cantons. Enfin, au CHdN, quatre cantons représentent à peu près 75,0% de l'activité ambulatoire en 2019.

A peu près 55,0% des 1,2 millions de passages ambulatoires des quatre centres hospitaliers sont réalisés pour des résidents des cantons d'Esch-sur-Alzette (33,2%) et de Luxembourg (24,9%). Ces taux sont proches de la part des résidents de ces cantons dans la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité. Ceci se confirme aussi pour les cantons de Capellen et Mersch qui présentent une part de 8,1% et 5,5% de l'ensemble des passages. Or, la part de Diekirch avec 6,7% dépasse sensiblement sa part dans la population protégée résidente. Les autres cantons présentent à chaque fois moins de 5,0% de l'ensemble des passages.

III.3. *Considérations*

Les sous-sections précédentes font soulever que la répartition actuelle des centres hospitaliers permet d'assurer une couverture géographique de la population. Ainsi la région du nord est couverte par le CHdN et celle du sud par le CHEM. En ce qui concerne les régions ouest et est, elles sont à leur tour couvertes par le CHL et les HRS. De manière générale, la répartition des centres hospitaliers suit un axe nord-sud, alignée à l'étendue du pays, et assurant une minimisation des trajets à prendre en compte.

L'étude de la répartition des soins ambulatoires, des différents examens de diagnostic et de l'hémodialyse selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation permet de constater que l'activité est liée au nombre de personnes résidant dans un canton : plus la proportion de résidents d'un canton par rapport à la population protégée résidente totale est importante, plus la proportion de la consommation de ces résidents dans la consommation totale est importante.

L'analyse permet de conclure qu'aucun canton ne présente une sous- ou sur- consommation prononcée de soins : la proportion de soins consommée par canton par rapport à la consommation totale est de manière générale en ligne avec la proportion de sa population dans la population totale.

De plus, les taux de recours, c.à.d. le rapport entre le nombre de résidents d'un canton ayant bénéficié d'au moins un examen et la population dudit canton sont (1) au nord et au sud, plus élevés dans les cantons avec équipement que dans les cantons sans équipement, (2) dans les cantons avec équipement plus élevés au nord et au sud que dans le canton de Luxembourg avec équipement et (3) moins élevés à l'est du pays, (4) pour certains examens diagnostics, en lien avec la structure d'âge de la population.

Une consommation de soins à l'étranger pourrait expliquer des rapports plus faibles dans certains cantons situés à la frontière du pays, toutefois la facturation des prestations réalisées à l'étranger ne permet pas d'identifier clairement les différents examens et soins, de sorte que leur nombre considéré comme non exhaustif ne permet pas de confirmer une telle hypothèse.

Enfin, l'activité du CHEM provient pour au moins trois quarts essentiellement du canton d'Esch-sur-Alzette, alors que l'activité des HRS et du CHL provient pour à peu près 60,0% des résidents de deux cantons, du Luxembourg et d'Esch-sur-Alzette. Au CHdN, la consommation des résidents de quatre cantons représente à peu près trois quarts de l'activité : Diekirch, Clervaux, Mersch et Wiltz.

Dès lors, il faut reconnaître que la planification a permis d'assurer une couverture nationale des besoins de soins de la santé de la population du Grand-Duché de Luxembourg, tout en reconnaissant que des disparités puissent persister sur base de la géographie du pays.

Ainsi le projet de réforme, doit par une ouverture de développement de sites hospitaliers supplémentaires relatifs aux prestations de soins ambulatoires permet davantage d'aligner l'offre des soins à la répartition de la population selon le lieu de résidence et le lieu de travail.

*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Cet article regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Point 1^o – article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 nouveau

Face aux défis du vieillissement de la population et des risques associés futurs d'engorgement des structures de santé, de hausses des coûts globaux de santé et de pénurie de professionnels de santé, le virage ambulatoire sera à développer davantage. La prise en charge ambulatoire étant définie comme la prise en charge d'un patient sans qu'il y ait de nuitée dans un établissement hospitalier, ne doit pourtant pas être une fin en soi mais plutôt contribuer à atteindre les objectifs suivants.

- Améliorer la sécurité et la qualité pour le patient, en évitant de longs séjours hospitaliers, et en réduisant les risques d'infection nosocomiale en milieu hospitalier.
- Désengorger les structures hospitalières, et au vu de la demande croissante pour des services de santé, le virage ambulatoire aidant à désengorger les établissements hospitaliers.
- Améliorer l'accès aux soins, le virage ambulatoire intervenant à améliorer l'accès aux services de santé en délocalisant des procédures ne nécessitant pas de nuitée dans un hôpital vers des structures spécialisées dans les prises en charge ambulatoires.
- Soutenir à maîtriser les coûts, le transfert de prises en charges stationnaires vers des prises en charge ambulatoires contribuant à freiner la croissance des coûts des soins de santé.
- Réduire la pénurie de personnel de santé, en diminuant de manière générale le nombre de ressources nécessitées pour les services de nuit, le virage ambulatoire peut être un élément de réponse à la pénurie de professionnels de la santé.

Il est dès lors important de focaliser les prises en charges ambulatoires dans des infrastructures dédiées afin de profiter pleinement des gains d'efficacité et de confort pour le patient. En effet, les prises en charge nécessitent un cadre infrastructurel et organisationnel distinct des prises en charge en milieu stationnaire.

Afin de répondre à ce point, il est prévu d'autoriser des prises en charges ambulatoires dans un cadre infrastructurel et organisationnel adapté se situant en dehors des murs des hôpitaux existants (sites supplémentaires) sous forme d'antennes de service pouvant être exploitées par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un groupe de médecins. Conformément au projet de loi autorisant les médecins à s'organiser sous forme de société, il sera également possible que les sites supplémentaires soient exploités par un établissement hospitalier en collaboration soit avec un ou plusieurs médecins soit avec une personne morale au sens de la loi autorisant la médecine sous forme sociétale.

Si le développement du virage ambulatoire dans des antennes de services des établissements hospitaliers peut ainsi contribuer à désengorger les structures hospitalières, il comporte également des risques tels que le développement de surcapacités ou le déclin de la qualité. Toute réflexion autour de la médecine ambulatoire dans des antennes de services des hôpitaux devra donc se mesurer par rapport des objectifs à partager qui sont le maintien de la qualité des soins et la sécurité du patient, l'adéquation de l'offre avec les besoins sanitaires, la transparence, la planification équitable et le contrôle des coûts.

En même temps, afin de répondre au critère d'attractivité pour les professionnels de santé, une implication du corps médical dans la gestion des antennes est à prévoir¹.

Afin de répondre à ces objectifs, l'approche retenue se situe dans le cadre d'une planification. Ainsi il est prévu de maintenir les infrastructures « lourdes » sous la gestion des hôpitaux² et de planifier ces

1 Voir point 5 ci-dessous

2 Voir point 4 ci-dessous

infrastructures sur base de prospections sanitaires. L'application concrète de cette approche prévoit d'autoriser les hôpitaux à créer des sites supplémentaires sous forme d'antennes de services. La carte sanitaire établira une projection des besoins futurs de ces infrastructures. En termes de financement une approche forfaitaire serait à privilégier³ à terme et l'implication des médecins dans la gestion de ces antennes sera à régler au niveau des contrats de collaboration. Concrètement, il s'agit de modalités de financement plus flexibles ne se limitant pas à un investissement propre mais permettant également la location et le leasing.

Point 2° – article 8, paragraphe 1^{er}, point 3

Les modifications ont pour objet d'assurer que des nouvelles constructions relatives à des sites dédiés seront financées selon les procédures et prises en charge en place pour les sites existants.

Point 3° – article 9, paragraphe 6

La réforme prévoit de ne pas limiter les sites dédiés en termes de nombre, mais plutôt en termes d'antennes de service à autoriser. En effet, du fait d'une offre de soins nécessitant des ressources différentes, et en vue d'une délocalisation de cette offre, une telle limitation sur base d'un nombre absolu de sites supplémentaires ne pourrait satisfaire les besoins d'une planification. Par contre, et en ligne avec le leitmotif de la réforme du système de santé de 2010, le « pas tout partout » il s'agit de limiter en nombre les antennes de services au maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire.

Aussi l'approche retenue est de limiter une délocalisation de l'offre des soins de santé ambulatoires à des services hospitaliers présentant des prestations de soins éligibles de par la nature à une certaine délocalisation tout en assurant un lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondants aux domaines d'activité médicale couverts, ainsi qu'avec les plateaux médico-techniques associés dans cette prise en charge. Les antennes de service devront disposer de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis.

Point 4° – article 14

Au Luxembourg, depuis 1976 et sur base de la loi portant planification et organisation hospitalière, la volonté du législateur est celle de réglementer le marché des équipements lourds et coûteux du domaine de la santé dans un but de protection sociale. La sanction d'inconstitutionnalité, dans le cadre précis de l'exercice d'une profession libérale, d'une disposition identifiée comme simple corollaire sécurisant, ne permet pas de remettre en cause cette volonté.

L'analyse de la disposition sanctionnée par l'arrêt du 5 juillet 2019 a montré que la réglementation des appareils lourds et coûteux constitue un outil de planification important aux mains de l'État, à savoir le pouvoir législatif, lui permettant d'assurer, aux moyens de fonds publics, la protection de la santé de la population et de garantir l'accès égalitaire aux soins de santé utiles et nécessaires.

Ainsi, et sur base d'une planification, l'ensemble des équipements et appareils médicaux à réserver au milieu hospitalier, qui soit en raison de leur coût, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, ou encore soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont dès à présent fixés par la loi⁴.

De même, en ce qui concerne des équipements spécifiques ne pouvant être déployés, sur base des critères cités ci-avant, sur l'ensemble des établissements hospitaliers, un nombre maximum est à fixer par la loi, en assurant d'un côté l'offre de service par le système de santé, sans pour autant prévoir un déploiement sur l'ensemble des établissements.

En ligne avec les discussions parlementaires menées dans le contexte du projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière de 2018⁵, à côté des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, vont être soumis à l'autorisation du ministre de façon générale tous les équipements et appareils médicaux dépassant un certain coût.

³ Voir sous 2, point 1 ci-dessous

⁴ Voir point 8 ci-dessous

⁵ Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, documents parlementaires 7056, Chambre des députés, 2018

Il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale ni les laboratoires d'analyses.

Point 5° – article 15

La disposition sous rubrique a pour objet de préciser que l'Etat participe à hauteur de 80 % des coûts générés par les équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er} et qui sont soumis à planification nationale.

Point 6° – article 20bis nouveau

La présente disposition a pour objet d'assurer la participation financière de l'Etat à hauteur de 80 % des coûts générés par les équipements et appareils nécessitant une planification nationale situés sur des sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires et les frais immobiliers de ces sites, à condition que l'investissement mobilier ou immobilier n'est pas subventionné par l'Etat, à hauteur de 80 pour cent, soit par le Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières, soit par le budget de l'Etat en ce qui concerne les équipements et appareils nécessitant une planification nationale.

A ce sujet des forfaits sont à établir selon les dispositions du Code de la sécurité sociale, à savoir l'article 74, alinéa 6, l'article 76, alinéa 1^{er}, 5ème tiret et l'article 78, alinéa 3. Ces forfaits qui sont pris en charge par la Caisse nationale de santé devront nécessairement tenir compte de manière explicite, le cas échéant, des frais de location des infrastructures mobilières et immobilières des établissements hospitaliers, afin de permettre à la Caisse nationale de santé d'établir un décompte annuel y relatif et dont 80 % des coûts seront dans la suite à prendre en charge par le budget de l'Etat.

Point 7° – article 33, paragraphe 7, alinéa 4

Dans le contexte des sites dédiés une l'implication des médecins dans la gestion de ces antennes sera à régler au niveau des contrats de collaboration, c'est-à-dire que chaque médecin doit être agréé à un établissement hospitalier. A ce sujet une gestion organisationnelle participative faisant référence à une forme ouverte de gestion est envisagée, avec des médecins participant activement au processus décisionnel de l'organisation. Ce concept innovateur met en avance l'importance d'une relation forte entre tous les acteurs impliqués en tant que facilitateurs qui traitent directement avec les patients et satisfont leurs besoins.

Point 8° – article 45

La disposition sous rubrique, à l'instar de l'article 45, paragraphe 2, introduit une amende de 5.000 à 100.000 euros au cas où une personne physique ou morale utilise, exploite ou met à la disposition, soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients, sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7.

Par analogie avec l'article 14, il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale ni les laboratoires d'analyses.

Point 9° – Annexe 2

La disposition a pour objet de ne pas prévoir une présence sur le même site des services en liens fonctionnels étroits (service de médecine interne, service d'imagerie médicale et service de soins intensifs) avec le service de dialyse.

Point 10° – Annexe 3

La présente disposition définit les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières réservés aux établissements hospitaliers. Ainsi le tableau actuel reprenant les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale et réservés aux établissements hospitaliers est complété par les équipements et appareils médicaux nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières.

Sur base du constat du recours à du personnel hautement qualifié, associé à l'exigence d'une prise en charge adéquate en cas de complication, par de nouvelles des structures nécessitant du personnel hautement qualifié et à une pénurie de ressources humaines, les critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des appareils et équipement médicaux repris dans le tableau sont données dans ce qui suit.

- 1) *Tomographe à résonance magnétique nucléaire* : En sus du coût de l'équipement, la complexité des mesures de sécurité nécessaires en raison de l'utilisation des champs magnétiques et électromagnétiques (architecturales, techniques, en lien avec la protection des patients, du public et des professionnels), l'utilisation des produits de contraste et une prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste, la nécessité du déploiement d'un système d'assurance qualité tel que prévu par le règlement grand-ducal du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d'imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonance magnétique nucléaire et la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale en application de la définition des services d'imagerie médicale de l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière sont à l'origine d'une réservation de cet équipement au milieu hospitalier.
- 2) *Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodynamométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire* : En sus du coût de l'équipement, des contraintes architecturales nécessaires pour son installation, l'application de la procédure de justification des examens pour minimiser l'exposition aux rayonnements ionisants, en application de la définition des services d'imagerie médicale, annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et du règlement grand-ducal du 1^{er} août 2019 relatif à la radioprotection, et la prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste sont mis en compte dans le contexte d'une affectation de cet équipement seul au milieu hospitalier. Outre le coût réduit de cet équipement, concernant la possibilité d'acquisition et d'utilisation du tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) dans les cabinets dentaires, celle-ci se justifie par la nécessité de continuité des soins en médecine dentaire pour le domaine de l'implantologie dans lequel le CBCT est indiqué. L'autorisation du CBCT dans les cabinets dentaires facilite ainsi la prise en charge des patients évitant la multiplication des rendez-vous et des déplacements pour le patient.
- 3) *Équipements de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires* : La fréquence d'occurrence et la gravité potentielle des complications liées à la pratique de ces examens (hémorragie, embolie, réaction allergique grave aux produits de contraste) imposent leur réalisation au sein d'un établissement hospitalier disposant sur le même site de services permettant la surveillance et la prise en charge des patients. En plus du coût de l'équipement, la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale et l'exposition aux rayonnements ionisants sont en faveur d'un usage réservé aux établissements hospitaliers.
- 4) *Équipement de diagnostic et de surveillance thérapeutique utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons* : Equipements nécessitant des dispositions spécifiques notamment des contrôles qualité en raison de l'utilisation de radioéléments ouverts ou non scellés avec risque de contamination radioactive (risque pour la population, les travailleurs exposés et les patients), conditions qui exigent dès lors que ces équipements réservés aux établissements hospitaliers autorisés.
- 5) *Lasers à utilisation endovasculaire et lasers urologiques* : Du fait de l'existence de complications potentielles graves, l'utilisation de ces techniques et équipement nécessite la surveillance médicale des patients en secteur hospitalier après leur prise en charge et dès lors cet équipement est à réserver aux établissements hospitaliers.
- 6) *Équipement d'épuration extra-rénale par hémodialyse* : La prise en charge des patients dialysés est sous la responsabilité d'un service hospitalier de dialyse au sens de l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers.
- 7) *Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle* : Equipement dont l'utilisation est indiquée dans le cadre d'interventions chirurgicales lourdes sur le système cardio-

vasculaire, et qui implique une surveillance intensive en milieu hospitalier en lien avec les risques encourus pour la santé des patients.

- 8) *Tout équipement supplémentaire à l'appareil EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie incluant l'EEG* : Equipement utilisé dans le cadre de démarche diagnostique nécessitant des avis pouvant relever de plusieurs spécialités médicales pour une prise en charge optimale du patient. Cette possibilité est uniquement présente au sein des établissements hospitaliers.
- 9) *Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale* : Equipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus.
- 10) *Equipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur* : Les disciplines qui en bénéficient à ce jour sont la chirurgie générale et digestive, la chirurgie vasculaire et thoracique, l'urologie et la chirurgie gynécologique avec comme ambition d'étendre encore les domaines d'application de cette nouvelle chirurgie assistée par robotique afin d'en faire bénéficier le plus de patients possible. Equipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus.
- 11) *Equipement de mammographie* : L'équipement mammographique doit être utilisé par des personnes qualifiées seulement qui ont reçu la formation adéquate relativement à l'équipement et aux procédures. Spécifiquement dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du sein, les femmes asymptomatiques subissent des examens mammographiques afin que l'on puisse détecter les tumeurs cancéreuses de façon précoce et réduire les décès par le cancer du sein. Dans ces programmes, il est important de réduire au minimum l'exposition au rayonnement des participantes, tout en s'assurant d'avoir des images de qualité diagnostique optimale. Par conséquent, un programme de dépistage du cancer du sein ne doit être établi que si les doses glandulaires moyennes se situent dans les limites acceptées et qu'un programme d'assurance de la qualité est mis en œuvre. Il incombe au technologue de maintenir l'exposition de la patiente ou du participant à la mammographie de dépistage au niveau le plus faible possible. De manière générale la mammographie doit être réalisée uniquement avec de l'équipement spécialement conçu pour la mammographie.

Article 2

L'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire est à abroger sur base des dispositions législatives nouvelles des articles 14 et 45 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Par conséquent, il fallait également adapter les références à l'article 42 de la même loi.

Article 3

Cet article regroupe les modifications apportées au Code de la sécurité sociale.

Point 1° – article 65, alinéa 4

Si les prises en charges ambulatoires qui impliquent des équipements lourds seront concentrées davantage sur des sites dédiés, il est également prévu de clarifier, voir lever les restrictions actuelles, l'installations de certains appareils et équipements médicaux qui ne sont pas considérés comme « lourds » dans les cabinets de ville. Certaines installations qui ne sont donc ni coûteux, qui ne nécessitent pas de personnel hautement spécialisé et qui n'exigent pas de conditions d'emploi particulières pourront donc être installés dans des cabinets de villes sans être soumises à une planification. Ainsi, il sera possible de renforcer le rôle des hôpitaux dans la prise en charge de cas complexes et nécessitant des compétences avancées tout en promouvant les soins primaires.

Ainsi cette disposition, tout en précisant le cadre légal fixé dans le contexte de loi hospitalière, permet dorénavant des forfaits établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. A ce sujet seront à considérer les investissements y relatifs et les frais d'exploitation de ces appareils et équipements médicaux. Aussi il sera à assurer que l'établissement de tels forfaits par passage se base sur une exploitation efficiente sur base d'une utilisation à plein régime et tout en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « pas tout partout ».

Cette disposition est à considérer en relation avec l'article 76, alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret du Code de la sécurité sociale.

Or suite, et notamment à l'introduction de la documentation hospitalière par la loi hospitalière en 2018, l'analyse de l'exhaustivité et l'intégration des données de la documentation hospitalière dans les bases de données sur les prises en charge au Luxembourg ont prouvé la fiabilité des diagnostics principaux collectés dans le cadre de la documentation hospitalière et ont permis de valider leur utilisation future. Ainsi les dispositions du Code de la sécurité sociale, à savoir l'article 74, alinéa 6, l'article 76, alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret et l'article 78, alinéa 3 admettent que l'approche forfaitaire s'applique notamment pour les prestations de soins de santé ambulatoires dans le cadre des sites dédiés. A l'instar des forfaits en milieu extrahospitalier, il sera à assurer que leur détermination se base sur une utilisation à plein régime, tout en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « pas tout partout ».

Au sujet de l'élaboration des forfaits, aussi bien au niveau des prestations hospitalières que extrahospitalières, la Cellule d'expertise médicale, introduite par la du système de soins de santé en 212, pourra fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou de la Caisse nationale de santé « *concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier* ».

Article 4

Il est prévu que le dispositif du projet de loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Art. 1^{er}. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1° L'article 4 de la même loi est modifié comme suit :

a) À la suite du paragraphe 1^{er}, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3, 7 et 8 du paragraphe 2 et au point 5 du paragraphe 3 et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Les sites supplémentaires sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. »

b) L'alinéa 4 devient le nouvel alinéa 5.

2° L'article 8, paragraphe 1^{er}, point 3, de la même loi, est modifié comme suit :

a) Les termes « de construction nouvelle ou » sont insérés entre les termes « des projets » et « de réaménagement » ;

b) Le terme « favoriser » est remplacé par le terme « développer » ;

c) Les termes « dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2 » sont supprimés.

3° À l'article 9, paragraphe 6, de la même loi, il est ajouté *in fine* une nouvelle phrase libellée comme suit :

« Conformément à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire dédié aux soins de santé ambulatoires. »

4° À l'article 14, paragraphe 1^{er}, de la même loi, sont apportées les modifications suivantes :

a) Les termes « médicaux ainsi que leur nombre » sont remplacés par les termes « utilisés en vue d'une prise en charge médicale » ;

b) Les termes « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, » sont insérés entre les termes « leur coût » et « soit en raison » ;

- c) Les termes « sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3 » sont remplacés par les termes « , soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 » ;
- d) Sont ajoutées *in fine* les deux nouvelles phrases suivantes : « Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. » ;
- e) À la suite de l'alinéa 1^{er}, il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit :
« Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».
- 5° À l'article 15, point 1, de la même loi, à la suite de la référence « article 14, paragraphe 1^{er} », sont insérés les termes « et soumis à planification nationale ».
- 6° À la suite de l'article 20, il est inséré un nouvel article 20*bis* libellé comme suit :
« Art. 20*bis*. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 et à l'article 15, à condition qu'ils sont autorisés par le ministre et qu'une subvention en vertu de l'article 17 n'est pas demandée. La participation financière de l'Etat est à charge du budget de l'État sur base d'un décompte annuel de la Caisse nationale de santé à établir sur les montants payés aux établissements hospitaliers sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. ».
- 7° L'article 33, paragraphe 7 de la même est modifié comme suit :
- a) À l'alinéa 1^{er}, les termes « et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, » sont insérés entre les termes « établissement hospitalier » et les termes « y exercent sur base » ;
- b) À l'alinéa 4 sont apportées les modifications suivantes :
- i) À la phrase liminaire, les termes « ou exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, » sont insérés entre les termes « y agréés » et le terme « comprend » ;
 - ii) Le point 1 est complété par les termes « ou sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1^{er} ;
 - iii) Au point 8, le signe « . » est remplacé par le signe « ; » ;
 - iv) À la suite du point 8, il est inséré un nouveau point 9 libellé comme suit : « 9. les modalités de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}. ».
- 8° À l'article 45 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :
- a) Au paragraphe 2, il est inséré *in fine* une phrase nouvelle libellée comme suit :
« En outre l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite. » ;
- b) À la suite du paragraphe 3, il est inséré un nouveau paragraphe 4 libellé comme suit :
« (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er} soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 4.
Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».
- 9° A l'annexe 2, point D, dans la définition du service de Dialyse, à l'alinéa 1^{er}, les termes « situés sur le même site » sont supprimés.
- 10° L'annexe 3 de la même loi est modifiée comme suit :
- a) L'intitulé prend la teneur suivante :

« Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d’emploi particulières » ;

b) Le tableau est complété comme suit :

« Tomographie à résonnance magnétique nucléaire	
Equipement d’imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l’exception d’un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire	
Equipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.	
Equipement de diagnostic utilisant l’émission de radioéléments artificiels: caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons	
Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques	
Appareils ou équipements d’épuration extra-rénale par hémodialyse	
Equipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle	
Tout équipement supplémentaire à l’appareil d’EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie	
Appareil ou équipement nécessaire à l’anesthésie générale	
Equipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur	
Equipement de mammographie	

».

Art. 2. La loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l’exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire est modifiée comme suit :

1° L’article 19 de la même loi est abrogé ;

2° À l’article 42 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

- a) Au paragraphe 1^{er}, le chiffre « 19 » est supprimé ;
- b) Au paragraphe 2, la deuxième phrase est supprimée.

Art. 3. L’article 65, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale, est modifié comme suit :

1° Les termes « médical non visé à l’article 14, paragraphe 1^{er} de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière » sont insérés à la suite du terme « appareil » ;

2° L’alinéa est complété par la phrase « Ces forfaits sont établis pour des groupes d’actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. ».

Art. 4. La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

*

Annexe

I. Répartition de l'utilisation de certains équipements en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

La présente annexe décrit des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers pour l'année 2019. La méthodologie et la terminologie suivante est appliquée :

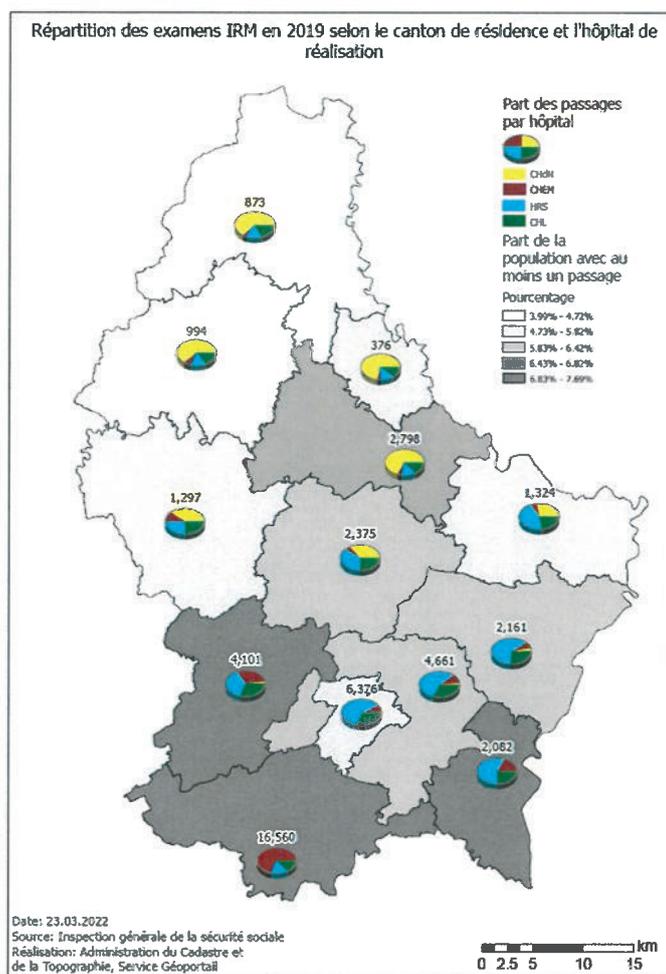
- le taux de recours correspond au rapport de résidents d'un canton ayant eu au moins un examen ou passage en 2019 par rapport à la population protégée résidente totale dudit canton ;
- les parties dédiées aux examens IRM et CT-Scan, et aux hémodialyses concernent les personnes résidentes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité, et la partie sur la mammographie se limite aux femmes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité ;
- les prestations prises en compte sont les soins ambulatoires avec et sans prise en charge (y compris les urgences) ;
- la résidence est déterminée au moment de la délivrance de l'examen ;
- les cantons de Luxembourg-Ville et Luxembourg-Campagne sont affichés individuellement sur la carte mais commentés ensemble ci-dessous en parlant du canton de Luxembourg ;
- l'analyse se limite à l'activité des quatre centres hospitaliers : les Hôpitaux Robert Schuman (HRS), le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), le Centre Hospitalier du Nord (CHdN) et le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM).

I.1. Répartition examens IRM en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

A la fin de l'année 2019, le Luxembourg disposait de 9 appareils d'IRM, soit 14,5 par million d'habitants. Des examens IRM sont effectués dans chacun des quatre centres hospitaliers, mais le nombre d'appareils IRM disponibles varie d'un hôpital à l'autre : le CHdN disposait d'un appareil en 2019, le CHL de deux. Le nombre d'appareils du CHEM et des HRS est passé de deux à trois au cours de l'année 2019.

En 2019, le taux de recours, c'est-à-dire le nombre de résidents d'un canton ayant obtenu au moins un examen IRM par rapport à la population dudit canton, est le plus élevé dans les cantons de Remich et de Capellen où 7,7%, respectivement 7,4% des résidents ont obtenu au moins un examen IRM. Suivent les cantons de Diekirch avec un taux de recours de 6,8%, Grevenmacher avec 6,4% et Luxembourg avec 6,0%. Les cantons de Vianden (5,7%), Rédange (5,7%), Wiltz (4,7%) et Clervaux (4,0) présentent des taux de recours plus faibles que les cantons situés plus au sud du pays.

L'analyse montre par exemple que le taux de recours est plus faible au nord du pays qu'au sud. L'analyse des classes d'âges de la population protégée résidente a montré que dans certains cantons la part de la population âgée de 60 ans et plus est plus élevée que dans d'autres : ainsi, Remich qui présente par exemple le taux de recours le plus élevé avec 7,7% des résidents ayant obtenu au moins un examen IRM affiche aussi en comparaison avec les autres cantons la part la plus élevée de personnes âgées de 60 ans et plus. S'y ajoute que Wiltz, qui présente une des parts les plus faibles des personnes âgées de 60 ans et plus, soit 20,6%, affiche aussi un taux de recours plus faible que les autres cantons avec 4,7% en 2019. Une plus faible consommation au nord du pays pourrait aussi s'expliquer par une consommation de soins à l'étranger. Or, la facturation des prestations réalisées à l'étranger ne permet pas d'identifier clairement les examens IRM, de sorte que leur nombre considéré comme non exhaustif ne permet pas de confirmer l'hypothèse.



Le nombre d'examen IRM réalisés en ambulatoire pour la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité s'établit à 45.978 en 2019. En se concentrant tout d'abord sur les 4 centres hospitaliers, l'analyse des données montre que 34,8% de ces examens ont été réalisés aux HRS, 31,9% au CHEM, 21,5% au CHL, et 11,8% au CHDN.

Concernant les examens réalisés aux HRS, 41,3% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. Les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette suivent ensuite avec une part de 18,2% des examens IRM réalisés dans les HRS. 9,0% des examens IRM réalisés aux HRS concernent les résidents du canton de Capellen et 8,6% les résidents du canton de Grevenmacher. Une part de 7,5% des examens IRM réalisés aux HRS concerne des résidents du canton de Remich. Les à peu près 15,0% restants sont répartis entre les autres cantons.

Concernant les examens réalisés au CHEM, 77,7% sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. Ensuite, 9,0% des examens réalisés au CHEM concernent les résidents du canton de Capellen. 5,6% concernent les résidents du canton de Luxembourg. Les à peu près 7,5% restants se répartissent entre les autres cantons.

Concernant les examens réalisés au CHL, 34,8% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. Les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette suivent ensuite avec une part de 22,1% des examens IRM réalisés au CHL. 12,7% des examens IRM réalisés au CHL concernent les résidents du canton de Capellen et 6,1% les résidents du canton de Mersch. Une part de 5,7% des examens IRM réalisés au CHL concerne les résidents du canton de Grevenmacher et une part de 5,2% les résidents du canton de Remich. Les 13,5% restants sont répartis entre les autres cantons.

Concernant les examens réalisés au CHDN, à peu près la moitié se concentre sur les cantons de Diekirch et de Mersch : 34,7% sont réalisés pour des résidents du canton de Diekirch et 16,0% pour

des résidents du canton de Mersch. 11,3% pour des résidents du canton de Wiltz, 10,1% pour des résidents du canton de Clervaux et 9,7% pour des résidents du canton de Rédange. En particulier, 6,8% des examens IRM réalisés au CHdN concernent des résidents du canton d'Echternach. Les 11,4% restants sont répartis entre les autres cantons.

L'analyse montre que 95,1% des examens IRM réalisés au CHEM concernent les résidents de cinq cantons. Les répartitions des examens sur les résidents des différents cantons sont similaires pour le CHL et les HRS, même si le nombre d'examen IRM réalisés aux HRS est plus élevé qu'au CHL, 16.007 contre 9.875. Le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers avec sa part de 77,7% des examens réalisés pour des résidents d'un seul canton, alors qu'à peu près la moitié des examens IRM réalisés en 2019 concerne pour chacun des trois autres centres hospitaliers des résidents de deux cantons.

En axant l'analyse sur le canton de résidence des assurés ayant réalisé des examens IRM, les données montrent que parmi les 45.978 examens IRM, 16.650 sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. Leur part s'élève ainsi à 36,0% des examens IRM, alors que leur population représente 31,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Parmi ces 16.650 examens IRM, 68,8% ont été réalisés au CHEM, 17,6% aux HRS, 13,2% au CHL, et 0,4% au CHdN.

24,0% des examens IRM sont faits pour des résidents du canton de Luxembourg qui représentent 27,0% de l'ensemble de la population protégée résidente. Parmi ces 11.037 examens IRM, 59,9% sont réalisés aux HRS, 31,1% au CHL, 7,9% au CHEM et 1,1% au CHdN.

60% des examens IRM concernent donc des résidents des cantons Esch-sur-Alzette et Luxembourg, et ces deux cantons représentent 58,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Les 40,0% restants sont répartis entre les résidents des autres cantons : 8,9% concernent des résidents du canton de Capellen, 6,1% des résidents du canton de Diekirch, et 5,2% des résidents du canton de Mersch. Les résidents des autres cantons présentent des parts inférieures à 5,0% du nombre total d'examen IRM.

L'analyse montre que les parts des examens IRM des résidents des différents cantons dans l'ensemble des examens IRM ne diffèrent que légèrement des parts de la population des différents cantons dans l'ensemble de la population protégée résidente. En particulier, la part du canton de Capellen dans les examens IRM dépasse sa part dans la population protégée résidente.

1.2. Répartition des examens CT-Scan réalisés en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

A la fin de l'année 2019, le Luxembourg disposait de 9 appareils Scanner, soit 14,5 par million d'habitants. Des examens CT-Scan sont effectués dans chacun des quatre centres hospitaliers, mais le nombre d'appareils Scanner disponibles se répartit de la façon suivante entre les quatre centres hospitaliers : le CHdN disposait de deux appareils en 2019, tout comme le CHL et le CHEM. Le nombre d'appareils des HRS s'élève à trois en 2019.

Les cantons de Diekirch, de Wiltz et de Clervaux présentent des taux de recours plus élevés que les autres cantons situés au nord: 13,2%, respectivement 12,6% et 12,1%. Les taux de recours constatés dans les autres cantons sont plus faibles, sauf celle du canton d'Esch-sur-Alzette qui s'élève à 12,6%.

Dans les cantons de Remich, Vianden, Rédange, Mersch, Capellen et Echternach 10,0% à 11,0% de la population ont eu au moins un examen CT-Scan en 2019. Dans les autres moins de 10,0% ont obtenu au moins un examen CT-Scan en 2019, et en particulier le canton de Luxembourg présente le taux de recours le plus faible avec 8,6% des résidents ayant obtenu au moins un examen CT-Scan.

Le nombre d'examen CT-Scan réalisés en ambulatoire pour la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité s'établit à 79.684 en 2019. En se concentrant tout d'abord sur les 4 centres hospitaliers, l'analyse des données montre que 32,6% des examens ont été réalisés au CHEM, 27,2% aux HRS, 20,5% au CHdN, et 19,7% au CHL.

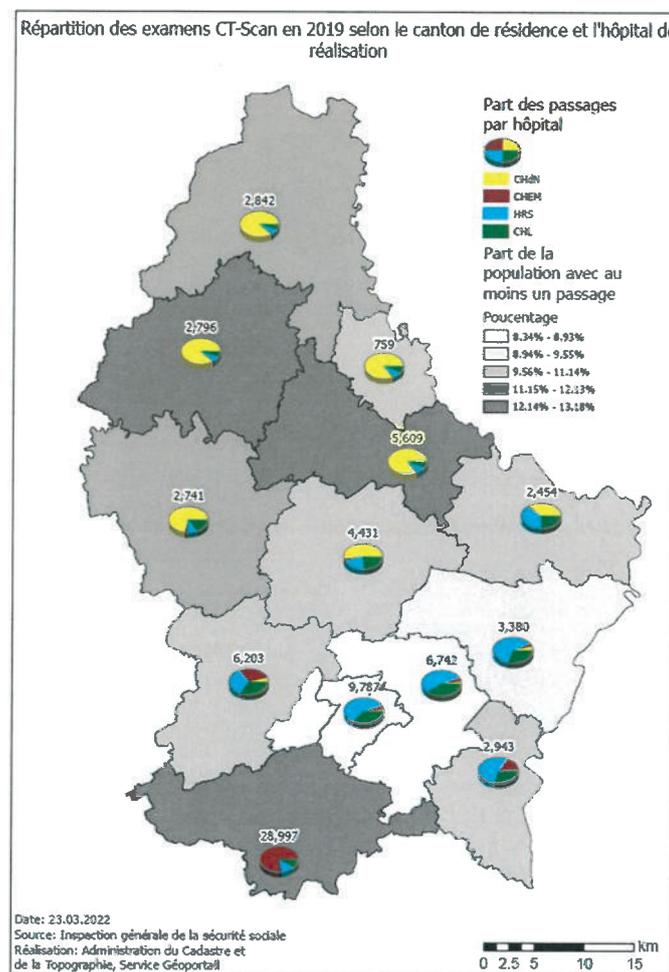
Concernant les 25.935 examens réalisés au CHEM, 86,2% sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. 7,5% des examens réalisés au CHEM concernent les résidents du canton de Capellen et les 6,3% restants se répartissent entre les autres cantons.

Parmi les 21.687 examens réalisés aux HRS, 42,6% concernent les résidents du canton de Luxembourg. La part du canton d'Esch-sur-Alzette s'élève à 18,0%. 8,7% des examens concernent les résidents du canton de Capellen, 9,7% ceux du canton de Grevenmacher et 7,4% ceux du canton de Remich. Les 13,6% restants sont répartis entre les autres cantons.

Concernant les 16.347 examens réalisés au CHdN en 2019, 89,4% des examens réalisés concernent les résidents des cantons de Diekirch (29,2%), de Clervaux (15,2%), de Wiltz (15,0%), de Mersch (14,2%), de Rédange (11,9%) et de Vianden (3,9%). Les 10,6% restants sont répartis entre les autres cantons.

Parmi les 15.715 examens du CHL, 40,2% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. La part des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette s'élève à 16,5%. 13,4% des examens CT-Scan réalisés au CHL concernent les résidents du canton de Capellen et 6,8% ceux du canton de Mersch. La part des résidents du canton de Grevenmacher s'élève à 6,6% et celle des résidents du canton de Remich à 5,5%. Les 11,0% restants sont répartis entre les autres cantons.

L'analyse montre que 96,5% des examens réalisés au CHEM sont réalisés pour les résidents de trois cantons. Les répartitions des examens sur les résidents des différents cantons sont similaires pour le CHL et les HRS, même si le nombre d'examen CT-Scan réalisés dans les HRS est plus élevé que pour le CHL, 21.687, contre 15.715. Le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers avec sa part de 86,2% des examens réalisés pour des résidents d'un seul canton, alors que pour les HRS et le CHL à peu près 60,0% des examens CT-Scan concernent des résidents de deux cantons. Enfin, pour le CHdN, trois cantons représentent à peu près 60,0% des examens.



Parmi les 79.684 examens CT-Scan, 28.997 sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. Cette part de 36,4% du total des examens CT-Scan réalisés en 2019 des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette est à comparer avec la part de 31,1% de sa population dans l'ensemble de la population protégée résidente 77,1% de ces examens sont réalisés au CHEM, 13,5% aux HRS, 8,9% au CHL, et 0,5% au CHdN.

16.529 examens CT-Scan réalisés en 2019 proviennent des résidents du canton de Luxembourg. Cette part de 20,7% des examens CT-Scan réalisés en 2019 est à comparer avec la part de la population

du canton du Luxembourg dans l'ensemble de la population protégée résidente. 55,9% de ces passages sont réalisés aux HRS, 38,2% au CHL, 4,4% au CHEM et une part de 1,4% au CHdN.

A peu près 57,0% des examens CT-Scan réalisés en 2019 concernent donc des résidents des cantons Esch-sur-Alzette et Luxembourg qui représentent 58,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Les 43,0% restants sont répartis entre les résidents des autres cantons : Capellen 7,8%, Diekirch 7,0%, et Mersch 5,6%. Les résidents des autres cantons présentent des parts inférieures à 5,0% du nombre total d'examen CT-Scan.

L'analyse montre que la part des CT-Scan réalisés pour des résidents des cantons d'Esch-sur-Alzette, de Diekirch et de Mersch dépasse à chaque fois la part des résidents de ces derniers dans la population protégée totale, alors que la part des résidents des cantons de Luxembourg et de Capellen dans l'ensemble des examens CT-Scan est inférieure à la part des résidents desdits cantons dans l'ensemble population protégée résidente.

1.3. Répartition des mammographies réalisées en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

A la fin de l'année 2019, le Luxembourg disposait de 7 appareils de mammographie, soit 13,9 par million d'habitants. Des mammographies sont effectuées dans chacun des quatre centres hospitaliers, mais à la fin de l'année 2019, le CHdN disposait d'un appareil, alors que les HRS, le CHL et le CHEM disposaient de deux appareils de mammographie.

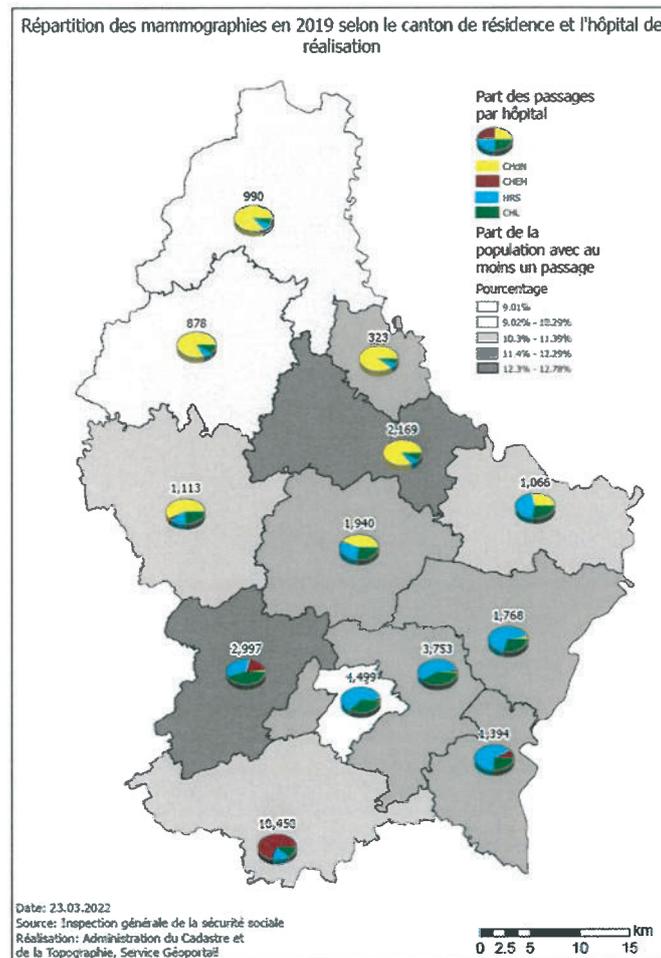
L'analyse des mammographies se limite aux examens réalisés pour la population résidente féminine qui s'élève à 286.859 femmes en 2019. En 2019, le taux de recours le plus élevé est observé dans les cantons de Capellen et Diekirch où à chaque fois 12,8% des résidentes ont obtenu au moins une mammographie ainsi qu'au canton de Remich affichant un taux de recours de 12,2%. Les cantons d'Echternach, d'Esch-sur-Alzette, de Grevenmacher, de Mersch, de Rédange, et de Vianden présentent des taux de recours entre 11,2% et 11,9%. Enfin, dans les cantons de Luxembourg, de Clervaux et de Wiltz à peu près 10,0% des résidentes ont bénéficié d'une mammographie en 2019.

L'analyse montre ainsi que pour les mammographies, le taux de recours, c.à.d. le nombre de femmes résidentes d'un canton avec au moins une mammographie par rapport à la population féminine totale dudit canton, est plus faible dans les cantons se situant plus au nord du pays et dans le canton de Luxembourg que dans les autres cantons.

Au niveau de la mammographie, l'analyse montre une corrélation entre l'âge et le taux de recours qui s'explique par le programme de dépistage organisé du cancer du sein appelé « Programme Mammographie » mis en place par le Ministère de la santé et qui concerne les femmes âgées entre 50 ans et 69 ans. En particulier, le canton de Remich affiche un des taux de recours les plus élevés et représente le canton avec la part la plus importante de femmes âgées de 60 ans et plus, à savoir 26,7%. Capellen et Diekirch complètent le top 3 des cantons avec la part la plus importante de femmes âgées de 60 ans et plus et présentent aussi la part la plus importante de femmes ayant obtenu au moins une mammographie en 2019. En contrepartie, un plus faible taux de recours à Wiltz en comparaison avec les autres cantons va de pair avec une des parts les plus faibles de femmes âgées de 60 ans et plus à Wiltz par rapport à la population totale dudit canton, à savoir 21,1%.

Le nombre de mammographies réalisées en ambulatoire pour la population protégée résidente féminine de l'assurance maladie-maternité s'établit à 33.340 en 2019. 34,0% de ces examens sont réalisés aux HRS, 24,6% au CHEM, 24,4% au CHL, 17,1% au CHdN.

Parmi les 11.328 examens réalisés aux HRS, 42,7% concernent les résidentes du canton de Luxembourg. Les résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette affichent une part de 16,3% des mammographies réalisées dans les HRS. Les femmes résidentes des cantons de Grevenmacher, de Capellen et de Remich présentent des parts de 10,4%, respectivement de 9,1% et de 8,2% des mammographies réalisées aux HRS. Les 13,3% restants sont répartis entre les autres cantons.



89,1% des 8.195 examens réalisés au CHEM concernent les résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette et 6,9% concernent les résidentes du canton de Capellen. Les 4,0% restants se répartissent entre les autres cantons.

Parmi les 8.133 examens réalisés au CHL, 39,7% concernent les femmes résidentes du canton de Luxembourg, 16,5% les femmes résidentes du canton de Capellen et 15,6% les femmes résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette. Pour Mersch et Grevenmacher, la part s'élève à chaque fois à 6,5%. Les 15,2% restants sont répartis entre les autres cantons.

Parmi les 5.685 examens réalisés au CHdN en 2019, 91,3% des examens réalisés concernent les femmes résidentes des cantons de Diekirch (32,4%), de Clervaux (15,0%), de Mersch (14,9%), de Wiltz (12,8%), de Rédange (11,1%) et de Vianden (5,1%). Les 9,7% restants sont répartis entre les autres cantons.

96,0% du nombre total de mammographies réalisées au CHEM concernent les femmes résidentes de deux cantons. Les répartitions des examens sur les résidentes des différents cantons sont similaires pour le CHL et les HRS, même si le nombre de mammographies réalisées dans les HRS est plus élevé que pour le CHL, 11.328, contre 8.133. Le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers avec sa part de 89,1% des examens réalisés pour des femmes résidentes d'un seul canton, alors que pour les HRS et le CHL à peu près 60,0% des examens CT-Scan réalisés en 2019 concernent des femmes résidentes de deux cantons. Enfin, pour le CHdN, quatre cantons représentent à peu près 75,0% des mammographies y réalisées.

Parmi les 33.340 examens, 10.450 mammographies sont réalisées pour des femmes résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette. Cette part de 31,3% des mammographies réalisées en 2019 est donc très proche de la part dudit canton de 31,2% dans la population féminine. Les résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette ont réalisé 69,8% de leurs examens au CHEM, 17,7% aux HRS, 12,2% au CHL, et 0,3% au CHdN.

24,8% des mammographies réalisées en 2019 sont effectuées pour des résidentes du canton de Luxembourg, soit 8.252 examens. Cette part de 24,8% des mammographies réalisées en 2019 est inférieure à la part de 26,9% de sa population féminine dans l'ensemble de la population protégée résidente féminine. Parmi ces derniers 58,6% sont réalisées aux HRS, 39,1% au CHL, 1,5% au CHEM et une part de 0,7% au CHdN.

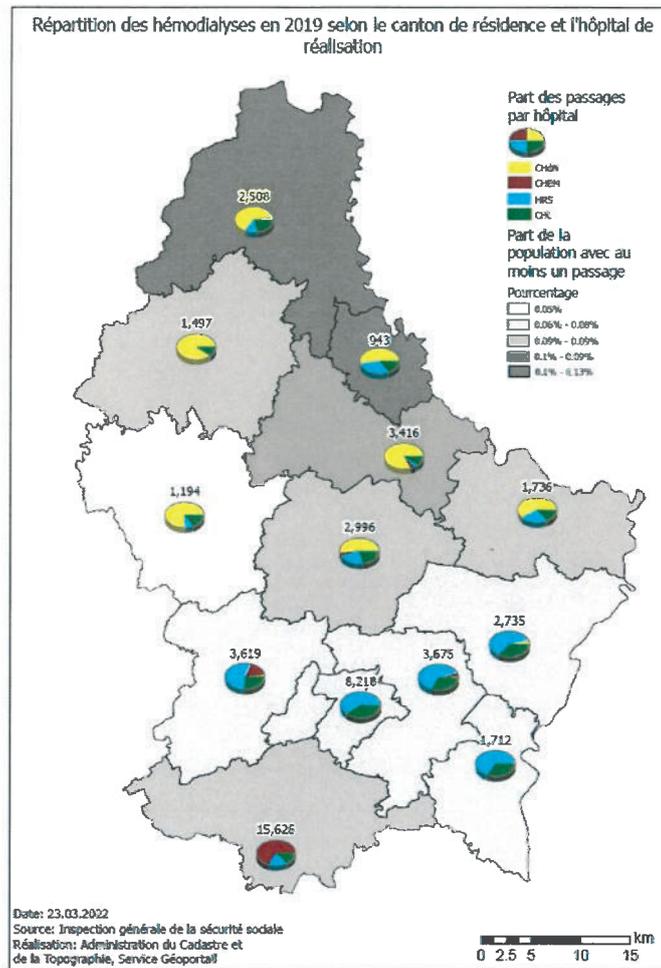
A peu près 56,0% des mammographies réalisées en 2019 concernent donc des résidents des cantons Esch-sur-Alzette et Luxembourg, et ces deux cantons représentent 58,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Les 44,0% restants sont répartis entre les résidents des autres cantons : 9,0% concernent des résidentes du canton de Capellen, 6,5% des résidentes du canton de Diekirch, et 5,8% des résidentes du canton de Mersch. Les résidentes des autres cantons présentent des parts inférieures à 5,0% du nombre total de mammographies.

L'analyse montre que les parts des mammographies de résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette correspond à peu près à la part des femmes résidentes dudit canton dans la population protégée totale. Par contre, la part des résidents du canton de Luxembourg dans l'ensemble des examens réalisés en 2019 est inférieure à la part des femmes résidentes dudit canton dans l'ensemble population protégée féminine résidente. Enfin, les cantons de Capellen, Diekirch et Mersch présentent des parts dans les mammographies réalisées dépassant leur part dans la population protégée féminine résidente.

I.4. Répartition des hémodialyses en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

A la fin de l'année 2019, le Luxembourg disposait de 89 postes de dialyse. L'analyse montre que le taux de recours, c.à.d. le nombre de résidents d'un canton avec au moins une hémodialyse en 2019 par rapport à la population dudit canton est plus élevé au nord du pays. En 2019, seuls les cantons de Vianden et de Clervaux présentent des taux de recours dépassant les 10,0%, avec 13,2% respectivement 13,0%; Diekirch, Wiltz et Mersch suivent avec un taux de recours de 9,1%, respectivement de 8,8% et de 8,5%. Au sud, le canton d'Esch-sur-Alzette présente un taux de recours de 8,6%.

Le nombre d'hémodialyses réalisées en ambulatoire pour la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité s'établit à 49.875 en 2019. 34,6% des hémodialyses ont été réalisées aux HRS, 23,0% au CHEM, 22,5% au CHL, et 20,0% au CHdN. Les HRS présentent donc la part la plus importante des hémodialyses, et les trois autres centres hospitaliers présentent à peu près la même part d'hémodialyses.



Aux HRS, 42,1% des hémodialyses sont réalisées pour des résidents du canton de Luxembourg et 18,2% pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. 11,5% des hémodialyses réalisées aux HRS concernent les résidents du canton de Capellen, 9,4% ceux du canton de Grevenmacher et 6,6% ceux du canton de Remich. Les 12,2% restants sont répartis entre les autres cantons.

Parmi les hémodialyses réalisées au CHEM, 91,2% sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette et 5,5% pour les résidents du canton de Capellen. Les 3,3% restants se répartissent entre les autres cantons.

Parmi les hémodialyses réalisées au CHL, 40,0% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg et 18,0% pour les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. 8,4% des hémodialyses réalisées au CHL concernent les résidents du canton de Capellen et 5,5% celles du canton de Mersch. Une part de 9,0% des hémodialyses réalisées au CHL concerne les résidents du canton de Grevenmacher et une part de 5,1% concerne des résidents du canton de Remich. Les 14,1% restants sont répartis entre les autres cantons.

Concernant les hémodialyses réalisées au CHdN, à peu près trois quarts se concentrent sur les cantons de Diekirch (28,2%), de Clervaux (16,5%), de Wiltz (13,6%) et de Mersch (15,5%). Parmi les 25% restants, 10,2% concernent les résidents du canton d'Echternach et 9,2% concernent les résidents du canton de Rédange.

Le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers en raison de sa grande majorité des hémodialyses réalisées pour les résidents d'un seul canton. Aux HRS et au CHL, les résidents provenant de deux cantons atteignent à peu près 60,0% des hémodialyses y réalisées, à savoir le Luxembourg et Esch-sur-Alzette (top 2 des cantons représentant une part de l'activité des HRS la plus élevée). Au CHdN, les 60,0% sont couverts par les résidents de trois cantons à savoir Diekirch, Clervaux et Mersch (Top 3 des cantons représentant une part de l'activité du CHdN la plus élevée).

Parmi les 49.875 hémodialyses, 31,3% sont réalisées pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette, soit 15.626 hémodialyses. Cette part de 31,3% des hémodialyses réalisées en 2019 correspond à peu près à sa part de 31,1% dans l'ensemble de la population protégée résidente. Les hémodialyses des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette ont été réalisées pour 67,1% au CHEM, 20,1% aux HRS, et pour 13,9% au CHL.

23,8% des hémodialyses de 2019 sont réalisées pour des résidents du canton de Luxembourg, soit 11.893 hémodialyses. Le canton de Luxembourg représente donc 23,8% des hémodialyses, et sa population représente 27,0% de l'ensemble de la population protégée résidente en 2019. Parmi ces hémodialyses, 61,1% sont réalisées aux HRS, 37,7% au CHL, et 1,1% au CHEM.

A peu près 55,0% des hémodialyses de 2019 concernent donc des résidents des cantons Esch-sur-Alzette et Luxembourg, et ces deux cantons représentent 58,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Les 45,0% restants sont répartis entre les résidents des autres cantons : 7,3% concernent des résidents du canton de Capellen, 6,8% des résidents du canton de Diekirch, 6,0% des résidents du canton de Mersch, et 5,0% les résidents du canton de Clervaux. Les résidents des autres cantons présentent des parts inférieures à 5,0% du nombre total d'hémodialyses réalisées en 2019.

L'analyse montre que les parts des hémodialyses de résidents du canton d'Esch-sur-Alzette correspondent à peu près à la part des résidents dudit canton dans la population protégée totale. Par contre, la part des résidents du canton de Luxembourg dans l'ensemble des hémodialyses est inférieure à la part des résidents dudit canton dans l'ensemble population protégée résidente. Enfin, les cantons de Diekirch, Mersch et Clervaux présentent des parts dans le nombre d'hémodialyses dépassant leur part dans la population protégée résidente.

1.5. Modélisation du besoin prospectif liés l'imagerie médicale et à l'hémodialyse

L'étude des besoins prospectifs liés à l'imagerie médicale et à l'hémodialyse repose sur la méthodologie appliquée dans le cadre de l'aperçu publié par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) en 2021 sur la modélisation des coûts prospectifs liés aux soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie-maternité¹.

En application de l'hypothèse du statu quo, les nombres de passages en IRM, en CT-Scan et en mammographie présentent une progression de quelques 20 pourcents à l'horizon 2030. Il en résulterait un besoin potentiel de deux appareils supplémentaires pour chaque type d'équipement d'imagerie médicale. En ce qui concerne les hémodialyses, une progression de quelques 30 pourcents est à soulever, ce qui résulterait à un besoin supplémentaire de 30 postes de dialyse.

*

¹ Modélisation des coûts prospectifs liés aux soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2021

FICHE D’EVALUATION D’IMPACT

Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	Projet de loi portant modification : 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l’exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire ; 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 3° du Code de la Sécurité sociale
Ministère initiateur :	Ministère de la Santé /Ministère de la Sécurité sociale
Auteur(s) :	Laurent Mertz
Téléphone :	247-85541
Courriel :	laurent.mertz@ms.etat.lu
Objectif(s) du projet :	Le présent projet de loi se propose de favoriser davantage la prise en charge ambulatoire des soins de santé en instaurant des incitatifs pour encourager cette transformation par l’introduction de sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires.
Autre(s) Ministère(s)/Organisme(s)/Commune(s)impliqué(e)(s) :	oui
Date :	13/05/2022

Mieux légiférer

1. Partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens, ...) consultée(s) : Oui Non
Si oui, laquelle/lesquelles :
Remarques/Observations :

2. Destinataires du projet :
 - Entreprises/Professions libérales : Oui Non
 - Citoyens : Oui Non
 - Administrations : Oui Non

3. Le principe « Think small first » est-il respecté ? Oui Non N.a.¹
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l’entreprise et/ou son secteur d’activité ?)
Remarques/Observations :

4. Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ? Oui Non
Existe-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et publié d’une façon régulière ? Oui Non
Remarques/Observations : texte coordonné existe

5. Le projet a-t-il saisi l’opportunité pour supprimer ou simplifier des régimes d’autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer la qualité des procédures ? Oui Non
Remarques/Observations :

¹ N.a. : non applicable.

6. Le projet contient-il une charge administrative² pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?) Oui Non
- Si oui, quel est le coût administratif³ approximatif total ? (nombre de destinataires x coût administratif par destinataire)
7. a) Le projet prend-il recours à un échange de données inter-administratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ? Oui Non N.a.
- Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?
- b) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel⁴ ? Oui Non N.a.
- Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?
8. Le projet prévoit-il :
- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ? Oui Non N.a.
 - des délais de réponse à respecter par l'administration ? Oui Non N.a.
 - le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ? Oui Non N.a.
9. Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ? Oui Non N.a.
- Si oui, laquelle :
10. En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ? Oui Non N.a.
- Sinon, pourquoi ?
11. Le projet contribue-t-il en général à une :
- a) simplification administrative, et/ou à une Oui Non
 - b) amélioration de la qualité réglementaire ? Oui Non
- Remarques/Observations :
12. Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ? Oui Non N.a.
13. Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office) ? Oui Non
- Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?
14. Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ? Oui Non N.a.
- Si oui, lequel ?
- Remarques/Observations :

2 Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en oeuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

3 Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple: taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

4 Loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (www.cnpd.lu)

Egalité des chances

15. Le projet est-il :
- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - Si oui, expliquez de quelle manière :
 - neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - Si oui, expliquez pourquoi : Il s'agit de dispositions légales qui s'appliquent de la même façon et sans distinctions eu égard au sexe de la personne concernée par les procédures pénales en cause.
 - négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - Si oui, expliquez de quelle manière :
16. Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? Oui Non N.a.
- Si oui, expliquez de quelle manière :

Directive « services »

17. Le projet introduit-il une exigence relative à la liberté d'établissement soumise à évaluation⁵ ? Oui Non N.a.
- Si oui, veuillez annexer le formulaire A, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur : www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html
18. Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers⁶ ? Oui Non N.a.
- Si oui, veuillez annexer le formulaire B, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur : www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

*

⁵ Article 15, paragraphe 2 de la directive « services » (cf. Note explicative, p. 10-11)

⁶ Article 16, paragraphe 1, troisième alinéa et paragraphe 3, première phrase de la directive « services » (cf. Note explicative, p. 10-11)

FICHE FINANCIERE

Par antenne

Service	Centres hospitaliers	Nombre antennes supplémentaires site + max 2	Hypothèse Nombre maximal	Surface m ²	Base KFA KG 300 et 400	Coût m ²	Coût infra-structures	équipement	Coût équipement individuel > 250 000	Total par antenne	Total
Imagerie médicale	4	2	8	200	KFA 7 + KGF	12000	2400000	IRM 1,5 T CT 32 barr	900 000 700 000	4 000 000	32 000 000
Dialyse	4	2	8	200	KFA 7 + KGF	12000	2400000			2 400 000	19 200 000
Hôpital de jour	4	2	8	200	KFA 6 + KGF	9000	1800000			1 800 000	14 400 000
Oncologie	4	2	8	200	KFA 6 + KGF	9000	1800000			1 800 000	14 400 000

Le coût unitaire par m² correspond à la valeur maximale qui a été calculée sur base des anciennes structures hospitalières. Le coût d'une antenne extramuros devrait bien se situer en dessous de ce coût maximal.

Le projet de loi prévoit un maximum de deux antennes extramuros par service à autoriser le cas échéant par centre hospitalier.

La procédure d'autorisation d'une antenne extramuros complémentaire est sujet à la procédure d'autorisation applicable selon les dispositions des articles 8 et 15 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en ce qui concerne les infrastructures et l'article 14 pour les équipements.

Les projets d'antennes de service extramuros seront avisés individuellement par la CPH et donc évaluées en termes de planification et de valorisation.

A ce stade une hypothèse de valorisation a été calculée sur base du nombre maximal d'antennes à prévoir sur base de la méthode de valorisation des surfaces fonctionnelles hospitalières retenues par la CPH (méthode KFA).

Ainsi un coût par m² par surface fonctionnelle a été retenu sur base du barème KFA établi.

Les surfaces ont été dimensionnées à 200m² par antenne.

Seul l'équipement lourd supérieur à € 250.000 est prévu en complément dans la valorisation

<i>Coût par antenne:</i>	<i>Antenne individuelle</i>	<i>Total maximum autorisable 4 centres 2 antennes / service</i>
Imagerie Médicale	4 000 000	32 000 000
Dialyse	2 400 000	19 200 000
Hôpital de jour	1 800 000	14 400 000
Oncologie	1 800 000	14 400 000
		80 000 000

Sur base de la valorisation du maximum d'antennes autorisables un subventionnement de 64 mio EUR (80%) est à prévoir

*

TEXTES COORDONNES

1. LOI MODIFIEE DU 8 MARS 2018

relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Texte coordonné des articles 4, 8, 9, 14, 15, 20bis, 33, 45, Annexe 2 et 3 tels que modifiés

(...)

Art. 4. (1) La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire.

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

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

Par dérogation à l'alinéa précédent, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3, 7 et 8 du paragraphe 2 et au point 5 du paragraphe 3 et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Les sites supplémentaires sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

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

(...)

Art. 8. (1) Sur base de l'évaluation des besoins de santé sanitaires et dans la limite des besoins en lits et services hospitaliers autorisables en vertu de la présente loi, seuls peuvent être autorisés:

1. des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes ;
2. des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée ;
3. des projets **de construction nouvelle ou** de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à favoriser développer la prise en charge ambulatoire dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2.

(...)

Art. 9. (...)

(6) Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service ». Conformément à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire dédié aux soins de santé ambulatoires.

(...)

Art. 14. (1) Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale médicaux ainsi que leur nombre, qui soit en raison de leur coût dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

(...)

(5) Un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions d'accès et d'utilisation des appareils et équipements médicaux mentionnés au paragraphe 1er par des usagers extérieurs à l'établissement propriétaire, le Collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis.

(...)

Art. 15. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait :

1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er} **et soumis à planification nationale** ;
2. aux projets visés aux points 1. à 3. de l'article 8 :

- a) lorsqu'un tel projet concerne un centre hospitalier et dépasse un montant de 500.000 euros hors TVA ;
- b) lorsqu'un tel projet concerne un établissement hospitalier spécialisé mentionné à l'article 5 ou un autre établissement hospitalier mentionné à l'article 6 et dépasse un montant de 250.000 euros hors TVA.

Art. 20bis. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 et à l'article 15, à condition qu'ils sont autorisés par le ministre et qu'une subvention en vertu de l'article 17 n'est pas demandée. La participation financière de l'État est à charge du budget de l'État sur base d'un décompte annuel de la Caisse nationale de santé à établir sur les montants payés aux établissements hospitaliers sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Art. 33. (7) Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier **et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4**, y exercent sur base d'un contrat de collaboration. Ce contrat doit correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre l'association la plus représentative des médecins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du Code de la sécurité sociale.

A défaut d'accord endéans les 12 mois, le ministre peut en arrêter le contenu.

Le modèle de contrat-type de collaboration une fois arrêté fait, à l'initiative du ministre, l'objet d'une publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le contenu essentiel du contrat-type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés **ou exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4**, comprend:

1. son objet et les activités médicales que le médecin exerce dans l'établissement hospitalier **ou sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}** ;
 2. le respect des objectifs de qualité et de sécurité arrêtés par l'établissement hospitalier conformément au règlement général de l'établissement et aux considérations du Comité de gestion interhospitalière ;
 3. la durée du contrat et ses règles de prorogation ;
 5. les modalités de gestion des absences des médecins ;
 6. l'obligation pour le médecin de souscrire une assurance responsabilité civile ;
 7. les modalités de résolution extra-judiciaire des conflits entre les établissements hospitaliers et les médecins ;
 8. les modalités d'application pratiques des droits et obligations prévus aux paragraphes 1^{er} à 6 du présent article et les conséquences sur le contrat de collaboration en cas de non-respect par l'une des parties contractantes de ces prescriptions et ce dans le respect des procédures applicables à l'article 32. ;
 - 9. les modalités de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}.**
- (...)

Art 45. (1) Les personnes qui ont obtenu une subvention prévue par la présente loi sur la base de renseignements sciemment inexacts ou incomplets sont passibles des peines prévues à l'article 496 du Code pénal, sans préjudice de la restitution de la subvention.

(2) Est punie d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui contreviendra au dernier paragraphe de l'article 1^{er}. **En outre l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite.**

(3) Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement : 1. toute personne qui, responsable d'organiser le service d'urgences

d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation, refuse ou omet de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services ; 2. toute personne qui, tenue ou chargée de participer au service d'urgences d'un hôpital ou d'un service de garde, refuse ou omet d'assurer ce service ou de remplir sans retard tout ou partie des devoirs que l'exécution normale exige. En cas de récidive dans le délai de deux ans après une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement du chef d'une infraction au présent article, les peines prévues peuvent être portées au double du maximum.

(4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er} soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 4.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

(...)

Annexe 2 – Définitions des services hospitaliers

(...)

D. Services hospitaliers prenant en charge des patients mais ne disposant pas de lit hospitalier

Dialyse 4 services # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0	Un service de soins ambulatoires dispensant la pratique de l'épuration extra-rénale aux patients âgés de plus de 8 ans atteints d'insuffisance rénale, par hémodialyse périodique. Le service se situe au sein d'un établissement hospitalier et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de médecine interne, un service d'imagerie médicale et un service de soins intensifs situés sur le même site . Le centre hospitalier disposant d'un service de dialyse établit une convention avec le service de néphrologie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients.
	(...)

(...)

Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières et de leur nombre maximum pouvant être autorisé **Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières**

<i>Type d'appareil ou équipement</i>	<i>Nombre maximum</i>
Equipement de coronarographie par cathétérisme	2
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	1
Tomographe à émission de positrons	1
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	1
Equipement de lithotritie extracorporelle	1
Prone-table	1
Equipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire	1

<i>Type d'appareil ou équipement</i>	<i>Nombre maximum</i>
Équipements servant à la fécondation in-vitro	1
Équipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoïétiques	1
Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA	1
<u>Tomographie à résonnance magnétique nucléaire</u>	
<u>Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire</u>	
<u>Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.</u>	
<u>Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels: caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons</u>	
<u>Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques</u>	
<u>Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse</u>	
<u>Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle</u>	
<u>Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie</u>	
<u>Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale</u>	
<u>Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur</u>	
<u>Équipement de mammographie</u>	

*

2. LOI MODIFIÉE DU 29 AVRIL 1983

relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

Texte coordonné des articles 19 et 42 tels que modifié

Art. 19. Un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'Etat fixe une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ainsi qu'une liste des équipements et appareils qui peuvent seulement être détenus ou utilisés par les médecins spécialistes pour les besoins de leurs spécialités.

Art. 42. (1) Les infractions aux dispositions des articles 6 (3), 13 (3), ~~19~~, 27 (2), 28, 29 et 32^{ter} et des règlements d'exécution à prendre en vertu de ces articles sont punies d'une amende de 251 à 50.000 euros.

(2) Le maximum de l'amende sera porté au double si le condamné commet le même fait avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du jour où une première condamnation est devenue définitive. **En outre l'utilisation des équipements et appareillages installés en violation du règlement grand-ducal prévu par l'article 19 peut être interdite.**

(3) Les infractions aux dispositions des articles 6 (3), 13 (3) et 27 (2) et des règlements d'exécution à prendre en vertu de ces articles sont punies d'une amende de 251 à 25.000 euros.»

*

3. CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Texte coordonné de l'article 65 tel que modifié

(...)

Art. 65. (...)

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil **médical non visé à l'article 14, paragraphe 1 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. **Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées.**

(...)

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8009/01

N° 8009¹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2021-2022

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

AVIS DE LA CHAMBRE DES SALARIES

(28.6.2022)

Par lettre en date du 3 mai 2022, Madame Paulette LENERT, ministre de la Santé, a saisi pour avis notre chambre du projet de loi portant modification : 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ; 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 3° du Code de la sécurité sociale.

1. A la lecture de l'exposé des motifs du présent projet de loi, la CSL constate avec satisfaction que, enfin, 3 ans après l'arrêt no 148/19 de la Cour constitutionnelle du 5 juillet 2019, le Gouvernement légifère afin d'intégrer dans l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical.

Par ailleurs, le même projet de loi vise également à favoriser davantage la prise en charge ambulatoire des soins de santé en instaurant des incitatifs pour encourager la décentralisation par l'introduction de sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires.

2. Au vu de ces deux objets visés par le présent projet de loi, la CSL se doit de vérifier

- 1) si le projet de loi remplit les critères formulés par la Cour constitutionnelle dans son arrêt no 148/19, à savoir si la restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin et médecin-dentiste consistant à limiter un certain nombre d'équipements et d'appareils pour le milieu hospitalier est, d'une part, constitutionnelle et d'autre part, proportionnelle quant à sa finalité et
- 2) si le système de santé publique en prévoyant pour chaque centre hospitalier une extension de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires et une limitation des équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale assure dorénavant l'accès universel aux soins de santé, leur qualité et leur financement.

La restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin et de médecin dentiste consistant à limiter l'usage de certains équipements et appareils au milieu hospitalier, y inclus les sites supplémentaires, et à intégrer la liste de ceux-ci dans la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée est-elle constitutionnelle et, dans l'affirmative, proportionnelle par rapport à sa finalité ?

3. Les jugements du Tribunal administratif, numéro 40845 du 14 février 2019 (IRM) et numéro 41738 du rôle du 9 décembre 2019 (scanner) ainsi que l'arrêt de la Cour constitutionnelle no 148/19 du 5 juillet 2019 ont relancé le débat d'une déshospitalisation d'un certain nombre d'équipements médicaux et de soins médicaux.

4. Dans le premier arrêt, un médecin a formulé une demande en obtention d'une autorisation pour l'acquisition « de matériel IRM » pour son cabinet médical (en milieu extrahospitalier), demande qui lui a été refusée sur base de l'article 19 de la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire lequel dispose que « *un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'Etat fixe une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ainsi qu'une liste des équipements et appareils qui peuvent seulement être détenus ou utilisés par les médecins-spécialistes pour les besoins de leurs spécialités* ». Le médecin soulevait l'inconstitutionnalité de cet article par rapport à l'article 11(6) de la Constitution retenant la compétence unique du législateur pour restreindre la liberté d'exercice d'une profession libérale ainsi que par rapport à l'article 32, paragraphe 3 de la Constitution lequel dispose que « *dans les matières réservées à la loi par la Constitution, le Grand-Duc ne peut prendre des règlements et arrêtés qu'en vertu d'une disposition légale particulière qui fixe l'objectif des mesures d'exécution et le cas échéant les conditions auxquelles elles sont soumises* ». Cette question préjudicielle a été posée par le tribunal administratif à la Cour constitutionnelle dans les termes suivants :

« L'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin vétérinaire, en conférant au pouvoir réglementaire compétence pour fixer une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ainsi qu'une liste des équipements et appareils qui peuvent seulement être détenus ou utilisés par les médecins spécialistes pour les besoins de leurs spécialités, et en lui laissant ainsi seul le soin de déterminer quels équipements et appareils doivent figurer sur cette liste, sans que la loi n'indique les critères d'établissement de cette liste, respectivement quelles caractéristiques essentielles ces instruments médicaux doivent revêtir est-il conforme à la Constitution et notamment à ses articles 11(6) et 32(3) ? »

5. La Cour constitutionnelle a déclaré inconstitutionnel l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 précitée comme constituant une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin sur base des articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution.

6. Dans le deuxième arrêt, un médecin-radiologue s'est vu refuser par le ministre de la Santé une autorisation pour l'acquisition d'un scanner pour les besoins d'un centre médical qu'il souhaite établir à Luxembourg sur base des textes de loi cités ci-avant. Le tribunal a décidé suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle qui a été rendu en la matière que l'article 19 de la loi du 29 avril 1983 renvoyant au règlement grand-ducal du 17 juin 1993 pour fixer une liste d'appareils interdits d'acquisition sans fournir dans la loi même des éléments pouvant permettre de déterminer de manière suffisamment spécifique les caractéristiques substantielles des équipements ainsi visés, n'est pas conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution de sorte que la décision ministérielle refusant au requérant l'autorisation d'acquérir un scanner pour son centre médical est annulée pour défaut de base légale.

7. A ce sujet, le Tribunal administratif a notamment fait les développements suivants quant à l'article 19 de la loi du 29 avril 1983 (page 19 in fine de l'arrêt) :

S'il est vrai que la loi fixe le principe que dans l'absolu la détention et l'utilisation d'équipements et d'appareils, non encore déterminés, par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical pourraient être interdites, cette conclusion ne saurait pas pour autant être

directement admise avec autant d'évidence concernant les modalités substantielles d'une telle interdiction. En effet, le législateur n'a donné aucune indication quant à la nature, aux raisons pour lesquelles, dans quelles circonstances ou sous quelles conditions différents équipements devraient figurer sur une liste d'équipements interdits par rapport à d'autres, ainsi que, d'une manière générale, quant aux modalités d'une telle interdiction et n'a de ce fait également pas permis de débat public concernant les équipements médicaux qui devraient figurer sur cette liste.

8. La CSL salue la volonté du Gouvernement de donner désormais une assise légale à l'utilisation d'équipements et d'appareils médicaux « lourds », ce qui est indispensable pour maintenir une planification sanitaire nationale, une maîtrise des coûts ainsi qu'un accès équitable aux soins de santé pour tous les patients.

8bis. Quant à la constitutionnalité du présent projet de loi, la CSL est d'avis que cette condition est remplie du fait que la liste des équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières déterminés a été intégrée à l'article 1^{er}, point 4 du présent projet de loi modifiant l'article 14, paragraphe 1 et l'annexe 3 de la loi du 8 mars 2018 sur la planification hospitalière.

9. Quant à la proportionnalité de la limitation d'utilisation de tels équipements et appareils par rapport à la restriction de l'exercice de la profession libérale de médecin et médecin-dentiste, la CSL éprouve cependant quelques doutes que le texte de loi soit suffisamment exhaustif « *quant à la nature, aux raisons pour lesquelles de tels équipements devraient figurer sur une liste d'équipements interdits à être utilisés par rapport à d'autres dans des cabinets médicaux, ainsi que, d'une manière générale, quant aux modalités d'une telle interdiction et quant à l'absence de débat public concernant le bien-fondé d'équipements médicaux qui devraient figurer sur cette liste* ».

S'il est vrai que le commentaire des articles donne un certain nombre de précisions sur le bien-fondé d'une limitation de l'utilisation de certains équipements et appareils en milieu hospitalier, y inclus dans les antennes/sites rattachés aux établissements hospitaliers, le texte de loi lui-même ne permet pas forcément en tant que tel de comprendre pourquoi les cabinets médicaux ne faisant pas partie des sites supplémentaires créés par la loi en seraient privés au nom de l'accès universel aux soins et de la qualité de ces derniers.

Aussi faut-il constater comme l'a soulevé le Tribunal administratif qu'un débat public concernant de tels équipements a fait défaut jusqu'à ce jour et que le Gesondheidsdësch instauré par la ministre de la Santé et ayant fonctionné dans des groupes de travail isolés les uns des autres, à l'exclusion de l'opinion publique, n'est pas à qualifier comme tel.

10. En ce qui concerne l'abrogation de l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire justifiée par l'incorporation dans le présent projet de loi de critères et d'une liste d'équipements et appareils interdits aux cabinets médicaux, la CSL est d'avis qu'un lien doit être établi entre la loi précitée et la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière dans la mesure où justement la limitation d'utilisation de certains appareils et équipements constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin qui n'est pas visée par cette dernière loi.

11. Voilà pourquoi la CSL propose non pas d'abroger l'article 19 comme le propose le projet de loi, mais de le modifier en lui donnant la teneur suivante :

« Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières et qui sont exclusivement réservés aux sites des établissements hospitaliers sont déterminés par la loi modifiée du ... relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. »

12. En guise de conclusion, la CSL accueille favorablement l'initiative du législateur d'intégrer les dispositions de la loi du 29 avril 1983 précitée ainsi que du règlement grand-ducal y afférent dans la loi du 8 mars 2018 sur la planification hospitalière sous réserve des remarques formulées ci-avant.

Le système de santé publique, en prévoyant pour chaque centre hospitalier d'une part, une extension de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires et d'autre part, une limitation des équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, assure-t-il l'accès universel aux soins de santé, leur qualité et leur financement ?

13. La CSL essaie par la suite de rendre attentif à une dérive progressive du système public de santé au Luxembourg.

Voilà pourquoi elle se permet au préalable de rappeler un certain nombre de principes fondamentaux d'un système de santé de qualité élevée, principes basés sur des textes fondamentaux qui engagent l'Etat à garantir l'accès universel aux soins de santé ainsi que son financement par la solidarité.

Les critères d'un système de soins de santé qualitativement élevé

1. Un système de services de santé qualitativement élevé doit répondre aux critères suivants :

1.1. Des services de santé de qualité qui respectent la dignité humaine et les droits fondamentaux !

Les services doivent être accessibles, disponibles et orientés vers les besoins spécifiques des usagers, avec une protection spéciale pour les personnes les plus vulnérables et celles menacées d'exclusion ou exclues. Les autorités publiques ont une responsabilité particulière d'assurer que des services de santé de qualité soient dispensés sur la base de la solidarité et dispensés à tous les citoyens, indépendamment de leurs revenus. Ces conditions impliquent qu'il existe une primauté de la politique sociale sur la politique de libre concurrence, une primauté des considérations de santé publique sur des calculs coûts-utilité.

1.2. Des services de santé qui atteignent des objectifs soumis à évaluation !

Les services de santé qualitatifs doivent être adaptés aux besoins des personnes à traiter. Ils doivent être efficaces et évalués de manière régulière. Une évaluation de la satisfaction des usagers doit avoir lieu de manière continue, elle doit être publiée, diffusée et incluse dans les objectifs qu'un prestataire doit atteindre.

1.3. Des services de santé de qualité qui sont adaptés aux besoins de chaque individu !

Les êtres humains sont différents dans leurs besoins et ces besoins changent au courant de leurs vies. C'est ainsi que des services de qualité doivent évoluer pour répondre au mieux aux besoins des usagers ; ils doivent respecter des différences culturelles et assurer une véritable interaction entre bénéficiaire et prestataire.

1.4. Des services de santé de qualité qui assurent une sécurité pour tous les usagers, y inclus les plus vulnérables !

La relation entre prestataire et bénéficiaire de soins est inégale, non seulement à cause de l'état de maladie du bénéficiaire, qui le fragilise. Les soins doivent donc être fournis dans un environnement sain et sécurisé afin que la sécurité physique des usagers, de leurs familles et des prestataires soit assurée. Les usagers doivent être clairement informés sur la possibilité de porter plainte et le destinataire des réclamations. A titre d'exemple, les groupes de personnes particulièrement vulnérables sont des personnes âgées et des enfants.

1.5. Des services de santé de qualité qui garantissent la participation des usagers qui sont encouragés à être impliqués dans la politique de soins !

Les patients étant une partie prenante du système de santé (stakeholder), il est nécessaire de les intégrer activement dans l'organisation et l'évaluation du système, notamment pour vérifier l'accessibilité aux soins, la compréhension et la capacité d'expression des personnes traitées, notamment s'il s'agit de personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, immigrés). Ainsi l'implication du patient

comme partie prenante du système de santé présuppose plus particulièrement la mise en valeur de son droit à l'information qui concerne tant les informations sur son état de santé (article 8 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient) que son admission en hospitalisation stationnaire (article 37 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et règlement grand-ducal du 13 janvier 2019 déterminant le contenu minimal du dossier individuel du patient hospitalier et du résumé clinique de sortie).

1.6. Des services de santé de qualité qui sont holistiques et continus !

Une même personne a généralement besoin de services de santé différents au cours de sa vie. C'est pourquoi une politique de soins de qualité doit adopter une approche de cycle de vie permettant au bénéficiaire d'avoir accès de manière continue aux soins adaptés à sa situation momentanée. Cette approche est d'autant plus importante que les bénéficiaires sont vulnérables. Ainsi, une personne à mobilité réduite a besoin de soins différents pendant des phases différentes de sa vie (soins aigus après l'accident, rééducation, suivi psychologique pendant les périodes de chômage ...). Une telle approche holistique accroît au maximum les chances d'intégration des patients.

1.7. Des services de santé de qualité qui sont dispensés dans un délai raisonnable !

Les services de santé doivent être dispensés dans un délai tel que le patient ne subit pas de préjudice et que sa santé soit garantie et/ou reconstruite de façon aussi complète que possible en évitant au maximum les retards dans la prestation et la réception des services. Les contacts avec chacun des prestataires de soins chargés de s'occuper du patient devront être organisés par un système efficace de gestion des flux de patients, notamment pour la fixation ou la modification des rendez-vous et pour notifier les patients des délais d'attente prévus. Les situations qui requièrent une intervention urgente devront être identifiées aussi rapidement que possible, en déclenchant les mesures nécessaires. Avec une planification adéquate, le patient ne devrait pas avoir à attendre trop longtemps lors des rendez-vous de suivi.

1.8. Des services de santé de qualité qui sont fournis en partenariat avec des communautés et d'autres acteurs !

Pour permettre aux bénéficiaires le meilleur accès aux soins, il importe de développer des réseaux locaux de soins associant pleinement toutes les parties prenantes (communautés locales, usagers et leurs familles, prestataires, salariés qualifiés).

1.9. Des services de santé de qualité qui sont dispensés par des salariés formés de façon optimale et travaillant dans des conditions de travail et d'emploi de qualité élevée !

Des emplois stables et de qualité élevée ainsi que l'investissement dans la formation continue sont indispensables lorsqu'il s'agit de fournir des soins de qualité. Un environnement de travail qualitatif est celui qui est caractérisé par des salaires convenables, la formation tout au long de la vie, la réduction du stress professionnel, le partage vie-travail équitable, l'égalité entre hommes et femmes.

Toutes les catégories de personnel doivent être formées de façon optimale pour servir dans le respect de la dignité humaine les catégories de la population qu'elles soignent.

1.10. Des services de santé de qualité qui sont organisés de façon transparente et responsable !

Les services de santé de qualité doivent être fournis sur la base de l'ouverture, de la transparence, de l'efficacité et de la responsabilité. Ils doivent incorporer les meilleures connaissances et pratiques disponibles à un moment donné. Ceci implique des informations claires, accessibles et compréhensibles pour les usagers, leurs familles et les communautés, sur la manière dont les soins sont dispensés, sur leur financement (prise en charge) et sur leur qualité. Les patients et leurs familles doivent en outre être clairement informés sur les services auxquels ils peuvent s'adresser pour demander des précisions, exprimer des satisfactions et présenter des réclamations.

Des mécanismes de contrôle sont à instaurer pour surveiller le bon déroulement des services de santé.

Tous les principes mentionnés ci-avant sont corroborés par des textes de loi tant au niveau international que national qui sont opposables au Luxembourg.

*

14. Tous les critères cités ci-avant corroborés par une ribambelle de textes législatifs tant au niveau international, européen et national obligent l'Etat luxembourgeois à garantir 1) un accès sinon universel du moins aussi étendu que possible de toute personne dans le besoin à des soins de santé, 2) une qualité aussi élevée que possible des soins de santé et 3) une prise en charge financière fondée sur la solidarité entre l'Etat et les assurés (système de la répartition des charges).

15. Les trois éléments sont indissociablement liés les uns aux autres de sorte que la mise en cause d'un de ces éléments met en question le système de soins de santé dans son intégralité et par là la cohésion sociale du pays.

16. Un système de protection efficace contre la maladie et de prévention de la santé permet de réduire la pauvreté et les inégalités, et à promouvoir l'inclusion sociale et la dignité des personnes.

17. La crise mondiale de la pandémie COVID-19 a mis durement à l'épreuve les systèmes de soins de santé des Etats de la Communauté internationale et a plus particulièrement frappé les pays dont la protection sociale n'est pas basée sur l'accès universel des prestations de soins de santé et sur le financement solidaire caractérisé par la répartition des charges entre l'Etat, d'une part et les assurés ou les personnes en besoin, d'autre part.

18. Si la CSL accueille favorablement l'idée du législateur de rattacher aux structures hospitalières et de maintenir dans la planification hospitalière des équipements et appareils réservés à des sites supplémentaires, elle se doit toutefois de critiquer l'absence d'orientation générale du système de santé public au Luxembourg telle que décrite ci-après.

2. Une planification hospitalière à long terme défailante !

19. Même si le Luxembourg n'a pas non plus été épargné par la crise pandémique, le système de soins de santé, et plus particulièrement le secteur hospitalier, a, comparé à d'autres pays, relativement bien résisté à l'afflux du nombre de personnes hospitalisées en raison de la COVID même s'il a atteint les limites des moyens en matériel (capacités de lits) et en personnel (médecins et professions de santé). Il s'en est fallu de peu – une continuation dans le temps de l'augmentation du nombre de personnes infectées par le virus – et le système de la protection sociale aurait sonné le glas !

20. Cette situation très critique à un moment donné pendant la crise sanitaire est due au fait que pendant les dernières années, nous assistons à une volte-face de notre système de soins de santé.

21. A ce sujet, la CSL se réfère notamment à son avis du 16 novembre 2016 relatif au projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (devenu la loi du 8 mars 2018) dans lequel elle s'est exprimée comme suit au sujet de la programmation à long terme de la planification hospitalière :

« La programmation à long terme de la planification hospitalière : une énigme !

4. Selon l'exposé des motifs, le mécanisme prévu dans la présente loi en vue de la fixation du nombre de lits a été instauré afin de permettre une planification à plus long terme (sur une période de 10 ans) du nombre de lits en tenant compte notamment de l'augmentation de la population résidente, tout en garantissant une certaine flexibilité dans l'attribution des lits et une réactivité appropriée si nos besoins sanitaires évoluaient (p.ex. flux migratoire inattendu).

4bis. Selon la carte sanitaire, le nombre de lits hospitaliers budgétisés pour 2014 était de 2.846. Le présent projet de loi prévoit de l'augmenter pour les dix prochaines années à 3.190, ce qui correspond à une augmentation annuelle de 1,078% qui se situe en-deçà de la progression annuelle démographique de 1,13% d'ici l'horizon 2025. Inutile de préciser comme le laisse sous-entendre l'exposé des motifs lui-même que, abstraction faite de cet écart entre la progression démographique et le nombre de lits budgétisés, ce dernier risque d'être largement insuffisant en cas de flux migratoire inattendu ou de pandémie.

4ter. Dans le même ordre d'idées, il est incompréhensible que dans le cadre du projet de construction du nouveau bâtiment du CHL, on entend réduire le nombre de lits de 579 actuellement à 464 alors que d'ores et déjà le CHL se plaint d'un manque de places.

Aquater. En ce qui concerne l'introduction dans le projet de loi d'une fourchette par centre hospitalier d'une capacité de lits se situant entre 300 et 700 lits aigus, la CSL se demande ce qui advient du contingent actuel de lits aigus des Hôpitaux Robert Schuman qui comptent actuellement 757 lits et qui excèdent par conséquent la limite supérieure de 700 lits. La CSL n'acceptera pas qu'une diminution du nombre de lits aigus s'imposant du fait de l'introduction d'une telle fourchette ait comme conséquence premièrement une dégradation des conditions de travail du personnel concerné ou, dans le pire des cas, des pertes d'emploi et deuxièmement une sortie prématurée de l'hôpital de patients en cas de manque des lits.

Aquinquies. La justification de la part de la ministre et du projet de loi selon lesquels une diminution du nombre actuel de lits est justifiée grâce à une diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital combinée avec une progression du virage ambulatoire est, pour le moins que l'on puisse dire et en présence de chiffres issus de la carte sanitaire qui ont tendance à établir le contraire, osée. »

22. Force est malheureusement de constater que les mises en garde exprimées par la CSL se sont avérées justifiées. Ceux qui, il y a quelques années, ont plaidé pour le virage ambulatoire ou une externalisation d'un certain nombre d'équipements médicaux et de prestations de soins de santé sous le prétexte de vouloir réduire les dépenses en milieu hospitalier ont dû crier haro pendant la crise sanitaire que les capacités de lits et de personnel dans le secteur hospitalier touchaient à leurs limites.

23. La carte sanitaire de 2019 à laquelle renvoie le présent projet de loi ne change malheureusement rien à ce constat qui a consisté à réduire le nombre de lits hospitaliers tombant de 2.826 en 2014 à 2.659 en 2019, soit une réduction de 6,2% alors que simultanément la population du grand-duché est passée de 556.319 habitants en 2014 à 607.939 habitants en 2019, soit une augmentation de 9,15%.

Ce constat est d'autant plus préoccupant alors qu'il ne tient compte ni du nombre de frontaliers qui se font soigner au Luxembourg soit par choix soit par obligation du fait que des hôpitaux ont dû être fermés dans leur pays de résidence ni de la période ultérieure de COVID-19 qui a frappé de plein fouet notre pays pendant les années 2020-2022 et qui, à ce jour, est loin de se terminer.

Si le gouvernement s'est targué de communiquer quotidiennement le nombre relativement bas de personnes infectées et décédées de la COVID-19 ou avec la COVID-19, il a passé sous silence le nombre de personnes décédées du fait qu'elles n'ont pu être traitées médicalement pendant la période COVID-19 faute de moyens matériels (lits disponibles) et personnels (médecins et professionnels de santé disponibles). La carte sanitaire ne fait que constater lapidairement que le ratio de 4,3 lits hospitaliers pour 1000 habitants en 2019 est inférieur à celui de l'Allemagne (8,0 lits), de la Belgique (5,7 lits) et de la France (6,0 lits) sans en tirer des conclusions sur le bien-fondé d'un tel ratio.

24. La CSL se permet de décrire ci-après la situation actuelle de notre système de soins de santé qui risque de se détériorer à tel point que le Luxembourg ne sera plus conforme aux textes de loi et principes développés ci avant (universalité de l'accès aux soins, qualité des soins et financement solidaire).

25. Aussi l'Etat est-il en train de s'éloigner de la prémisses en vertu de laquelle le patient est le destinataire et doit, partant, être le bénéficiaire final de toute prestation de soins de sorte que l'Etat doit tout mettre en œuvre au niveau des moyens (en matériel et en argent) pour dispenser la meilleure qualité de soins possible au patient.

26. Le présent projet de loi en prévoyant une extension de sites supplémentaires dédiés aux soins ambulatoires ne répond nullement à la question de la finalité du système de santé publique, mais uniquement à une logique de pur financement consistant à comprimer les dépenses de l'enveloppe budgétaire hospitalière (voir point 11 ci-après).

Or, une extension des infrastructures hospitalières par le biais de sites supplémentaires et des soins y dispensés a comme conséquence d'augmenter les coûts pris en charge par la CNS et d'inciter les médecins et professionnels de santé y affectés à multiplier les actes médicaux et techniques au vu d'une offre d'équipements et de soins en augmentation sans pour autant que celle-ci soit forcément bénéfique pour le patient et en conformité avec la médication économique.

3. *Une extension de sites supplémentaires dédiés aux soins ambulatoires est-elle justifiée sur base des chiffres de la carte sanitaire de 2019 ?*

27. L'article 1^{er} du projet de loi modifiant l'article 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière dispose que chaque centre hospitalier peut disposer de deux antennes au maximum dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services concernant la dialyse, l'hospitalisation de jour non chirurgicale, l'imagerie médicale et l'oncologie.

28. La CSL ne peut pas retracer le bien-fondé de la nécessité de créer des sites supplémentaires pour la dispense des services précités au vu de la carte sanitaire de 2019.

S'il y a certes une augmentation du nombre de passages en hémodialyse dans la période de 2013 à 2018 – ce qui n'est pas étonnant au vu de la croissance de la population et de la main d'œuvre frontalière – les chiffres montrent cependant des écarts considérables entre les quatre centres hospitaliers variant entre 0% pour le CHL et 154% pour le CHEM.

Par ailleurs **la carte sanitaire n'explique pas pourquoi de tels services devraient être décentralisés au vu d'une bonne qualité des soins dans des antennes plutôt que de les étoffer dans les infrastructures hospitalières déjà existantes.**

Il en va de même pour les IRM où le Luxembourg dispose de +/- 50 fois plus d'appareils IRM (ratio 600.000 habitants divisés par 12 IRM) que l'Allemagne (ratio 83 millions d'habitants divisés par 35 IRM). La figure 35 de la carte sanitaire (page 100) induit en erreur alors qu'elle n'énumère que le nombre d'appareils IRM sans faire référence à la population assurée. En faisant référence à la population, le Luxembourg devrait se trouver à la tête du peloton si l'on calcule le ratio population/IRM de sorte qu'une augmentation du nombre d'IRM ne semble pas justifiée. Si la figure 36 montre que le Luxembourg se situe au-dessus de la moyenne OCDE30 avec 81 examens IRM pour 1000 habitants, aucune explication n'est fournie pour ce chiffre.

Peut-on déduire que les médecins luxembourgeois sont plus enclins à prescrire *ab initio* des IRM là où leurs collègues dans d'autres pays prescrivent d'abord d'autres examens moins invasifs et moins coûteux ?

La carte sanitaire fait également état que, malgré une augmentation supplémentaire de quatre appareils IRM, les délais d'attente n'ont diminué que de 20%. Cependant le lecteur reste à sa faim quant aux raisons d'un tel échec : manque de personnel, exploitation limitée des appareils pendant la journée, prescription abusive de médecins etc.

Pour l'oncologie, la nécessité de recourir à des sites supplémentaires n'est pas vérifiable non plus.

Finalement la CSL se demande, à part le fait que la carte sanitaire ne constitue qu'un amalgame de chiffres non vérifiables, s'il est justifié de comparer le Luxembourg qui constitue plutôt une métropole comme Paris, Londres ou Berlin avec d'autres pays.

29. La CSL déduit des développements ci-dessus qu'à part la nécessité médicale et scientifique de requalifier des soins stationnaires en soins ambulatoires (voir point 11 infra), laquelle reste en l'état d'être prouvée, il n'existe aucune justification chiffrée pour légitimer une extension de sites supplémentaires.

Aussi se demande-t-elle dans quelle mesure le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins en vertu de l'article 419 du code de la sécurité sociale et dans quelle mesure la Commission de surveillance a fait état de prescriptions abusives de la part de médecins et pris des dispositions pour empêcher de telles pratiques. La carte sanitaire est muette à ce sujet.

4. *L'absence de critères permettant de mesurer le coût et la qualité des soins dans les hôpitaux au détriment du principe « pas tout, partout » et des réseaux de compétences !*

30. Au-delà du présent projet de loi qui se limite à la régularisation de l'utilisation de certains équipements et appareils dans des antennes attachées aux établissements hospitaliers et à l'idée préconçue que le virage ambulatoire est la panacée de notre système de santé publique, force est d'abord de constater que malgré les bonnes intentions figurant dans la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière sur le mesurage et le contrôle de la qualité des soins

dans les hôpitaux, aucun benchmarking – à l’instar d’autres pays de l’UE – n’est appliqué uniformément pour les différents centres hospitaliers au Luxembourg.

31. Si certains centres hospitaliers se vantent d’appliquer les EFQM ou une accréditation en vue de promouvoir la qualité et de renforcer la sécurité des soins, un mesurage scientifique et chiffré permettant de comparer, d’une part, les quatre centres hospitaliers entre eux et d’autre part avec les hôpitaux de la Grande Région fait défaut.

32. Le patient est dans l’impossibilité d’opérer un tel choix et ne peut forger son intime conviction que sur base de l’ouï-dire.

33. Aussi la création d’un Comité national de coordination de l’assurance qualité des prestations hospitalières tel qu’introduit par la loi de 2018 ne change pas la donne aussi longtemps qu’il n’existe pas un instrument de comparaison ou un benchmarking accessible à tous et permettant au patient de faire son choix de traitement en connaissance de cause.

34. Cette situation montre à merveille que chaque centre hospitalier agit selon ses propres intérêts au détriment d’une vue holistique d’un système de soins de santé national. La répartition d’équipements et d’appareils, d’une part et de soins de santé ambulatoires, d’autre part, à des sites supplémentaires répartis à travers le pays risque encore d’empirer cette situation et de rendre un contrôle de la qualité des équipements et des soins encore plus difficile, voire impossible.

5. Une concurrence entre hôpitaux au détriment de la qualité des soins et du principe « pas tout, partout » !

35. Même si la CSL approuve l’intention du législateur de réparer l’inconstitutionnalité de la loi du 29 avril 1983 et du règlement grand-ducal du 17 juin 1983 précités en intégrant son contenu et des précisions supplémentaires dans la loi du 8 mars 2018 précitée, le présent projet de loi ne souffle mot sur l’orientation générale du système public de soins de santé.

36. Si le fil-conducteur de la loi du 8 mars 2018 relative à la planification hospitalière est fondé sur le principe « pas tout partout », force est toutefois de constater que l’inverse est vrai. Au lieu de promouvoir certaines disciplines et établissements spécialisés comme l’INCCI et le Centre François Baclesse pour en faire un « nation branding » outre frontière et plus particulièrement dans la Grande Région et de céder d’autres disciplines ou traitements où notre pays est en retrait à d’autres établissements hospitaliers dans la Grande Région, il faut malheureusement constater qu’une collaboration entre le secteur hospitalier au niveau national et les établissements hospitaliers des pays voisins fait toujours défaut.

37. Même si l’on peut noter comme par le passé des démarches de collaboration isolées de certains centres hospitaliers avec des établissements ou universités à l’étranger, on peut craindre cependant que de telles initiatives isolées n’attisent davantage cet esprit de concurrence entre les quatre hôpitaux et n’aboutissent de nouveau qu’à une surenchère d’activités. L’acquisition unilatérale par l’Hôpital du Kirchberg et sans l’accord de la CNS du robot chirurgical da Vinci prisé pour les opérations à la prostate fut un bon exemple de cette surenchère de l’offre où l’amortissement de cet appareil et l’avidité de médecins-spécialistes affluant souvent des quatre coins de la Grande Région en vue d’augmenter leurs revenus personnels risquent de primer sur la question de la nécessité pour le patient de savoir si l’opération est indispensable ou non.

38. La CSL est d’avis qu’une planification hospitalière avec la Grande Région ne peut se faire que si elle est coordonnée au niveau national et qu’elle implique simultanément au même degré les quatre hôpitaux de notre pays. Dans ce contexte, on peut légitimement se demander si pour réaliser des synergies tant au niveau national qu’au niveau de la Grande Région – comme les réseaux de compétences et centres d’excellence – sans dégénérer dans une philosophie « faire tout partout » et afin d’éviter d’attiser le patriarcat propre à chacun des quatre hôpitaux revêtant quasiment chacun une forme juridique différente, il n’y aurait pas lieu de fusionner d’un point de vue juridique les quatre hôpitaux dans

une fondation unique. Une fondation unique regroupant les quatre hôpitaux est le seul moyen pour appliquer les mêmes règles d'organisation et de fonctionnement et une stratégie commune dans l'offre et la qualité des prestations de soins de santé.

39. La finalité de la loi de 2018 consistait à mettre l'accent sur la spécialisation et la répartition des disciplines médicales entre les quatre hôpitaux par le biais des réseaux de compétences en renforçant la collaboration conformément à la devise « pas tout, partout ».

40. Force est de constater que la finalité de la loi est restée lettre morte et qu'une tendance inverse s'est manifestée. Au fil des dernières années, un mode de fonctionnement moins positif s'est insidieusement mis en place dans les hôpitaux, à savoir que leur seul souci est de faire preuve d'une activité maximale, faute de quoi les fonds mis à disposition par la CNS, destinés au financement du personnel et du matériel, pourraient être réduits.

41. Le présent projet de loi permettant l'extension des hôpitaux par des sites supplémentaires ne change rien à ce constat, au contraire, il risque encore de l'aggraver. Au lieu de soumettre les sites supplémentaires à l'enveloppe budgétaire hospitalière, le présent projet de loi en prévoyant un financement forfaitaire par la CNS risque d'inciter les médecins et professionnels de santé y affectés de multiplier les prestations de soins de santé y dispensées afin de garantir la rentabilité des sites et de généraliser une tarification à l'acte pour le secteur hospitalier. Il en résulte une concurrence accrue entre hôpitaux, avec pour seul objectif de s'assurer la plus grande part de marché possible.

Une collaboration entre hôpitaux revêt visiblement dès lors un caractère exceptionnel, reléguant à l'arrière-plan les réflexions sur la complémentarité, lesquelles serviraient les intérêts des patients et permettraient une meilleure organisation des services et le développement de réseaux de compétences.

42. Avec le versement de « primes de qualité », l'idée du « Benchmarking » (=comparer les performances entre hôpitaux) a été encouragée, ce qui a contribué à accroître encore plus l'esprit de concurrence, délétère au maintien de la qualité. Par souci de prestige, chaque hôpital cherche ainsi à offrir la plus large gamme de services possible. Les directions des hôpitaux poussent les médecins à une activité maximale sans tenir compte de la surcharge de travail et de la perte de qualité qui en découlent. Force est de constater que malgré une prime de qualité payée par la CNS aux hôpitaux, il n'y a pas le moindre feed-back de la part de ceux-ci.

43. Hormis l'intégration des quatre centres hospitaliers en une fondation unique, il est indispensable d'intégrer et de soumettre les médecins à l'organisation et au contrôle de l'organisme gestionnaire de l'hôpital.

6. La salarisation des médecins dans les hôpitaux, y compris dans les sites supplémentaires, est une condition sine qua non pour garantir le bon fonctionnement des hôpitaux et une bonne gestion des fonds publics !

44. La CSL regrette surtout que jusqu'à présent, le Gouvernement n'ait pas abordé la question de la collaboration entre les médecins et les hôpitaux en vue de garantir un bon fonctionnement des activités en milieu hospitalier.

45. Force est de constater que par crainte de perdre un patient au profit d'un « concurrent », les hôpitaux acceptent en permanence une surcharge de travail, reléguant au second plan le programme réglementé des activités, en dépit de tous les risques que cela implique pour les patients et le personnel. C'est même la sécurité des patients qui est parfois remise en question : le personnel est souvent débordé, les situations de stress sont quotidiennes et le danger que des erreurs soient commises est alors particulièrement élevé.

46. Par contre, si les médecins sont des employés de l'hôpital, une meilleure coordination entre activités régulières et médecine d'urgence, une planification raisonnée des capacités en lits, l'observa-

tion des règles élémentaires de fonctionnement et des formes d'organisation temporaires, etc., deviennent alors possibles. Il serait bon que la politique et les responsables du secteur hospitalier envisagent d'encourager et d'étendre le système du « médecin-salarié ».

47. Le niveau élevé des dépenses hospitalières s'explique en partie par le système de rémunération des médecins qui, sauf dans le cas du Centre hospitalier de Luxembourg (CHL), sont agréés par les hôpitaux et rémunérés sur base du paiement à l'acte, si bien qu'ils peuvent fixer leur niveau d'activité et choisir les pratiques médicales en toute indépendance vis-à-vis des responsables des hôpitaux (Belegarztsystem). Leur rémunération est déterminée par le nombre des actes et les paramètres de prix négociés entre la CNS et l'association des médecins. En outre, ils peuvent utiliser les équipements médicaux des hôpitaux en appliquant leurs propres normes. Force est également de constater qu'il n'existe pas au Luxembourg d'instance de contrôle pour certifier que les soins et les services sont bien justifiés et pour empêcher les abus.

48. Force est de constater par ailleurs que les hôpitaux, dont les plus grands font partie des principaux employeurs du pays, sont probablement les seules entreprises dont les dirigeants n'ont aucune influence sur une grande partie de l'activité. En effet, la quasi-totalité des hôpitaux luxembourgeois ignorent même souvent quelles activités les médecins agréés assurent à l'hôpital et quels diagnostics ils y prennent en charge.

49. Quant aux médecins, ils ne sont pas intégrés comme partenaires de l'entreprise et, en général, ne sont même pas mis au courant des résultats des négociations budgétaires. Il en ressort qu'il y a un problème évident de communication.

50. D'après les auteurs de la carte sanitaire, dans le système libéral, le prestige et la rémunération des médecins sont fonction du volume de leurs clients et par conséquent du nombre d'actes qu'ils fournissent ou ordonnent. Il en est de même au niveau des hôpitaux. Dès lors, pour améliorer leur réputation, ceux-ci, en concurrence entre eux, n'hésitent pas à recruter un grand nombre de prestataires de spécialités différentes même si cela peut être contre-indiqué par rapport à des nécessités objectives ou aux besoins découlant de la planification hospitalière.

51. En outre, un nombre élevé de médecins dans un hôpital n'est pas toujours garant d'une qualité élevée. Un nombre élevé d'interventions chirurgicales, souvent un indicateur de qualité et de sécurité d'un hôpital, doit être mis en rapport avec le nombre de médecins exerçant dans l'établissement.

52. Les auteurs de la carte sanitaire rappellent que le recrutement et l'agrément des médecins aux hôpitaux relèvent de la seule faculté des organismes gestionnaires, que le conventionnement obligatoire ne limite pas l'exercice des activités à leur spécialité et que, mise à part la déontologie, il n'y a ni règles, ni contraintes, ni contrôle de l'activité médicale dont l'opportunité et la démarche sont laissées à la discrétion de chaque praticien. Curieusement la question de l'utile et du nécessaire, par ailleurs postulat de base pour justifier l'intervention de l'assurance maladie, ne semble pas posée à ce niveau stratégique. D'autre part, les médecins ne sont que trop rarement rétro-informés sur les résultats, les coûts et les performances objectives de leurs pratiques.

53. La salarisation des médecins est la conséquence logique d'une intégration de ces derniers dans l'organisation de l'hôpital et d'une bonne gestion de l'enveloppe budgétaire. Elle l'est d'autant plus dans une fondation unique qui devrait regrouper tous les centres hospitaliers et l'ensemble du personnel y travaillant.

54. A ce sujet, la CSL s'est exprimée in extenso dans son avis du 15 décembre 2021 relatif à l'avant-projet de loi portant modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

55. Elle a demandé sans délai le retrait du projet de loi permettant aux médecins et aux professionnels de santé de se constituer sous forme de sociétés commerciales afin de discuter la question du regroupement et des missions des médecins et professionnels de santé de vive voix avec les partenaires sociaux dans le cadre de l'orientation générale de notre système de santé publique. Elle a également

opiné que le regroupement sous forme sociétaire risque de creuser encore davantage le clivage et la concurrence entre les intérêts personnels des médecins, d'une part et la bonne gestion des hôpitaux, d'autre part. Dans le même ordre d'idées, elle a également considéré que la finalité du lucre d'une société, qu'elle soit de nature commerciale ou civile, est incompatible avec les principes essentiels de la déontologie médicale et par là, avec un système de santé publique qui met en exergue l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité.

56. Avec le présent projet de loi permettant aux établissements hospitaliers de créer au maximum deux antennes dédiées aux soins ambulatoires, la situation des médecins et professionnels de santé affectés à ces sites supplémentaires risque de devenir encore plus confuse en ce qui concerne leurs relations avec la structure hospitalière centrale au niveau de leurs droits et obligations. La CSL ignore le contenu des contrats d'agrément que les médecins y affectés signent avec l'établissement hospitalier et craint que par une libéralisation plus poussée à travers des regroupements de médecins et professionnels de santé sous forme commerciale, les services d'urgence de l'hôpital et l'offre holistique des soins de santé y dispensée ne soient plus garantis.

57. Dans le même ordre d'idées, ignore-t-on si et dans quelle proportion des médecins et professionnels de santé doivent être embauchés pour assurer l'organisation et le fonctionnement de ces sites supplémentaires et quelles conditions de travail et de rémunération leur seront appliquées.

Détache-t-on des médecins et professionnels de santé des structures centrales vers ces sites supplémentaires et si oui, ne risque-t-on pas de perturber le fonctionnement et l'organisation des établissements hospitaliers au détriment de la qualité des soins y dispensés ou bien ces sites supplémentaires sont-ils assurés par des sociétés commerciales de médecins et professionnels de santé déterminant elles-mêmes l'offre et la qualité des soins de santé prises en charge par la CNS ainsi que leurs conditions de travail et de rémunération en dépit de la convention collective régissant le secteur hospitalier ?

Ou bien les médecins et professionnels de santé y affectés devront-ils travailler tantôt dans la structure centrale et tantôt sur les sites sachant que les activités dans l'hôpital sont prises en charge par l'enveloppe budgétaire et celles réalisées sur les sites supplémentaires par un forfait payé par la CNS de sorte que pour des prestations identiques, on aurait deux modes de financement différents susceptibles d'aboutir à des conditions de travail et de rémunération différentes.

58. Voilà pourquoi la CSL réitère sa revendication que tant les médecins que les professionnels de santé affectés à ces sites devraient être soumis à l'organisation de l'établissement hospitalier en adoptant le statut de salariés et bénéficier tous sans exception de la convention collective du secteur hospitalier.

La CSL tient à souligner contrairement à ce que prétend une partie des médecins libéraux que la subordination fonctionnelle des médecins à l'hôpital, à savoir, la salarialisation, n'affecte en rien la liberté thérapeutique sur laquelle ils disposent seuls.

7. La salarialisation est également un choix préconisé par moult médecins actuels et futurs désirant exercer à l'hôpital !

59. Une partie de la mouvance des médecins au Luxembourg associe la profession de médecin avec la profession libérale pour en déduire que celle-ci est incompatible avec le statut de salarié. Un tel point de vue est un leurre et ne correspond nullement à la réalité et à la pratique ni au Luxembourg (voir CHL) ni dans d'autres pays lorsqu'il s'agit du secteur hospitalier.

60. Ceci est non seulement dû au fait que les médecins à l'instar de toutes les autres professions de santé sont intégrés dans l'organisation et la hiérarchie de l'hôpital, mais également parce qu'une telle « soumission » est bien souhaitée par beaucoup de médecins en fonction et futurs médecins qui voient dans un tel statut un meilleur moyen de concilier leur vie privée et leur vie professionnelle, de mieux profiter de la formation professionnelle continue pour parfaire/approfondir leur spécialisation.

Compte tenu de la pénurie de médecins désormais existante, celle-ci risque encore de s'aggraver à l'avenir si l'on tient compte d'une étude récente comme quoi 30% des docteurs formés à l'étranger n'entendent plus rentrer au Luxembourg.

61. Parmi les raisons citées, il y a « *l'évolution des conditions de travail dans les pays voisins du Luxembourg qui sont tout à fait correctes et la présence de structures à l'étranger mais que l'on ne retrouve pas chez nous. Des structures, comme une clinique universitaire, que le Luxembourg pourrait mettre sur pied dans les années à venir.* »

62. De ces raisons, l'on peut déduire que la rémunération n'est pas le seul critère exclusif et déterminant pour faire leur choix, mais également l'encadrement professionnel, universitaire et familial.

8. La représentation de l'Etat et de la CNS est indispensable au sein du conseil d'administration de la fondation unique

63. La CSL revendique comme par le passé que tant l'Etat que la Caisse nationale de santé, en tant que gestionnaires des deniers publics, soient représentés au sein des conseils d'administration de chacun des hôpitaux, voire de la fondation unique (telle que préconisée ci-avant) alors que l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements des hôpitaux et la CNS à raison de 20%, outre les dépenses du secteur hospitalier prises en charge par elle à travers l'enveloppe budgétaire globale.

9. Un système de soins de santé au service du patient présuppose une information de qualité quant à ses droits en matière de soins de santé

64. En vertu de l'article 8 intitulé « Droit à l'information sur l'état de santé » de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, les auteurs se demandent sérieusement si, et dans l'affirmative, dans quelle mesure cet article trouve application en pratique sachant que l'information sur l'état de santé du patient coûte du temps et ergo de l'argent aux médecins de sorte que ceux-ci ont probablement intérêt de limiter autant que possible cette information à la portion la plus congrue.

65. Force est également de constater que les informations mises à disposition du patient afin de savoir où il peut être traité le mieux pour une pathologie donnée, que ce soit au niveau national ou européen, et quel est le coût du traitement en question voire la prise en charge par la caisse de maladie du lieu de traitement sinon du lieu d'affiliation sont inexistantes malgré l'article 4 de 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 et prévoyant l'obligation pour chaque Etat membre d'instaurer un point de contact national consistant à fournir aux patients les informations pertinentes quant à la qualité des soins de santé offerts en fonction des différentes disciplines médicales leur permettant de faire un choix éclairé, la prise en charge de ces soins, la procédure à respecter ainsi qu'une comparaison de la qualité des soins de santé et de leur prise en charge par rapport à d'autres pays (notamment limitrophes). La CSL est d'avis que le Luxembourg ne respecte pas cette obligation lui imposée par la directive.

66. La CSL en déduit qu'il n'y a aucune volonté de la part du gouvernement de rendre transparentes les informations des patients sur les soins de santé nationaux et transfrontaliers incluant les établissements spécialisés, les traitements proposés ainsi que le coût et la prise en charge de ceux-ci afin que l'assuré soit à même de se forger son intime conviction sur les alternatives proposées.

67. Voilà pourquoi la CSL ne peut s'empêcher de considérer que la maîtrise/réduction des dépenses du secteur hospitalier et le protectionnisme des médecins au Luxembourg priment sur les intérêts du patient.

10. La préservation et le développement des infrastructures hospitalières et des prestations y dispensées est une condition sine qua non pour la sauvegarde de l'accès universel du patient à des soins de santé de qualité élevée !

68. L'importance du secteur hospitalier est qu'il offre une panoplie de prestations de soins de santé en un seul et même lieu – l'hôpital – et permet ainsi la meilleure dispense de soins possible en raison de son interdisciplinarité médicale.

69. L'article 2 de la loi du 8 mars 2018 précitée définit la mission des établissements hospitaliers :

« Les établissements hospitaliers ont pour mission de dispenser dans leur domaine d'activités des soins de santé stationnaires ou ambulatoires dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, professionnel et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. »

70. Cette offre holistique d'infrastructures, d'équipements et de prestations va de pair avec un financement garanti par l'Etat à raison de 80% pour les frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers et par la CNS à raison de 20% dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale.

71. Pour encadrer ce financement, tout établissement hospitalier sur les sites visés à l'article 4 de la loi du 8 mars 2018 tel que modifié par le présent projet de loi ayant l'intention d'acquérir ou d'utiliser un appareil ou un équipement nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières ou un équipement ou appareil médical dont le coût dépasse 250.000 euros doit, conformément à l'article 14 de la loi de 2018 tel que proposé par le présent projet de loi, soumettre son projet à l'autorisation du ministre qui sollicite l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

72. Le législateur a prévu un tel contrôle et la soumission à l'autorisation du ministre de la Santé de tels équipements pour maintenir une certaine cohésion parmi les établissements hospitaliers en fonction des besoins sanitaires de la population résidente sur base des données établies par la carte sanitaire, de l'évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale. Ce contrôle exercé par le ministre est également indispensable pour respecter le principe de la médication économique prévu à l'article 23 du CSS prévoyant que les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

73. Voilà pourquoi la CSL ne saurait accepter une déshospitalisation des équipements médicaux et de prestations de soins de santé qui mettraient en cause la planification hospitalière nationale et par là l'accès universel à des soins de santé de qualité élevée fondé sur la solidarité financière entre l'Etat et les assurés.

74. Dans cet ordre d'idées, la CSL accueille favorablement l'initiative du législateur d'intégrer des sites supplémentaires dans les structures hospitalières et de limiter l'utilisation de certains équipements et appareils lourds qui nécessitent une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières tels que définis à l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018.

Même si une telle démarche permet théoriquement d'assurer et de limiter la prise en charge de tels équipements et soins de santé, force est néanmoins de constater que les chiffres et le défaut de motivation tant de la carte sanitaire que du projet de loi ne justifient l'extension de sites supplémentaires pour les quatre hôpitaux.

75. Cette conclusion est d'autant plus vraie que le projet de loi ne s'exprime pas non plus sur la question de savoir quels soins de santé pour quelles raisons médicales devraient dorénavant être considérés comme ambulatoires et quels autres devraient être considérés comme soins stationnaires de sorte qu'il n'est pas garanti que l'établissement hospitalier restera dorénavant un seul et même lieu d'interdisciplinarité médicale offrant de façon holistique des infrastructures, équipements et prestations de soins de santé susceptible d'assurer l'accès universel à des soins de qualité, l'équité et la solidarité.

11. Le virage ambulatoire boosté par des sites supplémentaires constitue-t-il une panacée pour notre système des soins de santé ?

76. Comme par le passé, la CSL se demande d'abord si le virage ambulatoire est bénéfique pour les assurés pour ensuite évaluer l'impact sur les soins de santé en général, les infrastructures hospitalières les dispensant et leur financement.

77. Pour répondre à la première question, il faudrait savoir quels soins de santé font l'objet d'une telle déshospitalisation. Force est de constater que l'expression « virage ambulatoire » n'apparaît ni dans le texte de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé ni dans celui de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ni dans la carte sanitaire de 2019 ni dans le texte du présent projet de loi.

78. Dans l'exposé des motifs de la loi du 17 décembre 2010 précitée, l'auteur a consacré un point dont la teneur est la suivante :

« II.2.4. La chirurgie ambulatoire

En comparaison internationale, il ressort que la chirurgie ambulatoire est sous-développée au Luxembourg et que beaucoup d'interventions chirurgicales entraînent des périodes d'hospitalisation trop longues et inutiles, voire contre-indiquées. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit faire l'objet d'une approche globale et doit être lié à certaines conditions telles que la réalisation de l'intervention chirurgicale en établissement hospitalier; l'adaptation de la nomenclature, la standardisation des processus de prise en charge et l'adaptation de l'infrastructure hospitalière. Et last but not least, un tel changement ne peut pas s'ajouter tel quel au système de prise en charge stationnaire, mais doit bien mener à une reconversion de ressources et de moyens existants, rendant l'opération financièrement pour le moins neutre. »

79. La CSL a notamment retenu dans son avis du 18 novembre 2010 y relatif ce qui suit :

« Bien que le plan hospitalier consacre le principe du virage ambulatoire, il n'y a pas de précision quant à cette prise en charge.

Le plan hospitalier donne au ministre la faculté d'émettre des recommandations quant à cette prise en charge. La CSL regrette que le plan hospitalier ne donne pas d'indication, ni sur le nombre de lits ambulatoires, ni d'ailleurs sur celui des soins intensifs.

Le projet de loi sous avis ne contient pas non plus des précisions quant aux soins ambulatoires. Notre Chambre craint toutefois que la nouvelle formulation de la prise en charge prévue par l'article 1, point 5° du projet de loi à l'article 17 CSS (« frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal ») n'introduise de manière cachée le virage ambulatoire.

Or, bien que le traitement ambulatoire puisse représenter des avantages pour le patient qui, généralement, se sent mieux dans son entourage familial, il doit être assorti d'un certain nombre de garanties concrètes.

D'abord, il doit être garanti que l'entourage extrahospitalier du patient est tel que les conditions d'hygiène et de sécurité soient au moins équivalentes à celles de l'hôpital. C'est pourquoi il faut un accompagnement régulier de la part des professionnels de la santé et cette offre doit exister à travers tout le pays.

Les traitements ambulatoires ne doivent pas seulement être dispensés de manière à correspondre à des actes médicaux d'après une clé donnée, mais prendre en compte la situation personnelle du patient. Une importance accrue reviendra dans ce cas aux visites à domicile de la part du médecin généraliste qui est le médecin de confiance du patient.

Les traitements ambulatoires doivent être considérés comme étant des prestations hospitalières rattachées à l'hôpital. Ceci signifie que les frais y relatifs sont à considérer comme frais hospitaliers bénéficiant du tiers payant et du remboursement intégral. La CSL se prononce contre toute extériorisation des soins qui seraient dispensés selon une logique de marché. Ceci veut dire également que les conditions de travail des salariés doivent être respectées.

Le modèle de budgétisation doit toutefois être adapté aux soins ambulatoires étant donné que le PRN implique une dotation en personnel insuffisante dans l'ambulatoire.

De tout ce qui précède résulte la conclusion que le virage ambulatoire ne conduit pas nécessairement à une diminution des coûts de la santé. En effet, ceci ne doit pas être son objectif. La CSL peut accompagner le développement des traitements ambulatoires uniquement dans le cas où il a

pour conséquence une amélioration de la situation du patient et garantit le respect des conditions de travail des salariés. »

80. Dans son avis du 16 novembre 2016 concernant le projet de loi no 7056 relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, la CSL a abondé dans le même sens en disposant dans les termes qui suivent :

« Un virage ambulatoire au détriment de la santé du patient !

La CSL est consciente qu'en raison du progrès des technologies et de la médecine, la déshospitalisation peut être bénéfique pour le patient. Néanmoins s'agit-il encore de savoir dans quelles disciplines, pathologies ou traitements un tel virage ambulatoire est médicalement réaliste et compatible avec la qualité des soins.

Même en présence de la carte sanitaire, la CSL ne peut toujours pas vérifier si l'équation « augmentation démographique + vieillissement de la population + augmentation du nombre de séjours hospitaliers + virage ambulatoire = diminution de la durée moyenne de séjour hospitalière » est juste.

Au vu de cette équation, une diminution de la durée moyenne de séjour hospitalière ne peut être réalisée que si une majorité de traitements et d'opérations ont lieu dans l'hospitalisation de jour. Or le projet de loi n'en souffle mot, l'expression « virage ambulatoire » n'apparaît pas une fois dans les articles du projet de loi.

Aussi la CSL se doit-elle de constater qu'il n'existe pas de taux de conversion de lits aigus en lits de jour dans le cadre du virage ambulatoire de sorte qu'il est impossible de savoir si la déshospitalisation de certaines interventions médicales va réussir rien que pour des raisons matérielles. Le succès du virage ambulatoire correspond plutôt à une devinette qu'à un projet bien défini dont on peut retracer son bien-fondé.

Si l'on se réfère aux exemples de la carte sanitaire concernant certaines chirurgies de jour, comme les opérations de la cataracte ou les ablations des amygdales (figures 43 et 44 à la page 118), la CSL a plutôt tendance à constater que le virage ambulatoire est un instrument incontournable pour réduire les dépenses des budgets des hôpitaux, voire pour augmenter les recettes des médecins en libérant plus rapidement les lits hospitaliers, sans pour autant que la qualité de la médecine soit garantie. Par ailleurs la CSL tient à considérer que même si le virage ambulatoire est justifié pour des raisons médicales, quod est demonstrandum, il est indispensable de tenir compte de l'état de santé individuel du patient ainsi que de son environnement familial pour décider de le renvoyer chez soi ou au contraire de le garder à l'hôpital et non pas d'agir par dispositions générales et abstraites.

Finalelement la CSL tient à souligner que même si le virage ambulatoire peut être réalisé en assurant la qualité de la médecine, il n'en reste pas moins que la question de l'encadrement ambulatoire des patients à domicile reste non résolue.

Une telle externalisation des soins de santé présuppose par conséquent le développement de structures permettant d'encadrer les patients en dehors du milieu stationnaire. Or, force est de constater que les structures actuelles comme les réseaux d'aide et de soins à domicile sont au bout de leurs moyens pour prendre en charge l'encadrement postopératoire des patients et le présent plan hospitalier ne prévoit rien pour garantir la prise en charge de ces prestations. La CSL tient également à préciser que de nouvelles pathologies comme la physiopathologie du délirium postopératoire affectant des personnes plus âgées risquent davantage de compliquer la prise en charge en milieu extrahospitalier. Il incomberait par conséquent aux hôpitaux de garantir que leur propre personnel assure l'encadrement et la dispense des prestations qui s'imposent pour les patients à domicile. Force est toutefois de constater que le projet de loi est muet à ce sujet. Aussi la CSL tient-elle à considérer que le passage d'un traitement stationnaire à un traitement ambulatoire a comme conséquence que la prise en charge intégrale par la CNS dans le milieu hospitalier sera réduite en milieu extra-hospitalier du fait de la participation financière que l'assuré doit payer.

Finalelement, la CSL tient à insister que pour autant qu'elle soit compatible avec le maintien de la qualité de la médecine, la chirurgie ambulatoire se réalise dans le milieu hospitalier à l'exclusion de tout autre endroit et afin d'empêcher un transfert de prestations médicales vers des cabinets médicaux, renvoie à ce sujet au règlement grand-ducal du 17 juin 1993 qui fixe la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical. »

81. Compte tenu des développements qui précèdent, le virage ambulatoire est et reste – même en présence du présent projet de loi prévoyant l’extension de sites supplémentaires – une boîte vide, sans contenu et sans justification.

Le projet de loi ne souffle mot sur la question du bien-fondé médical et scientifique d’avoir choisi la dialyse, l’oncologie, l’IRM et l’hospitalisation de jour non chirurgicale comme services ambulatoires plutôt que tels autres.

En ce qui concerne les équipements et appareils ajoutés à l’annexe 3, le projet de loi a le mérite de limiter leur usage en les soumettant à des conditions strictes en vue de garantir la planification hospitalière sans pour autant non plus se prononcer sur la question du bien-fondé médical et scientifique d’une telle déshospitalisation ou déconcentration d’équipements et appareils au profit du patient.

La carte sanitaire de 2019 ressemble davantage à un amalgame de platitudes, de chiffres et de constats qui ne permettent nullement d’identifier et de comprendre le bien-fondé d’un virage ambulatoire de tels soins de santé plutôt que de tels autres.

12. La prise en charge des coûts d’investissement et d’exploitation de sites supplémentaires ne risque-t-elle pas de se faire au détriment du budget de la CNS?

82. La CSL se doit également de constater que la situation financière de la CNS est en train de se détériorer progressivement de sorte que d’ici 2025, la réserve de la CNS va probablement atteindre le minimum légal de 10% du montant annuel des dépenses.

Ceci est d’autant plus vraisemblable que tous les projets d’extension de sites prévus dans le présent projet de loi ne sont soumis à aucune analyse coûts-efficacité-utilité et que l’application pure et simple de forfaits va probablement aboutir à une multiplication de prestations prises en charge par la CNS afin d’assurer l’exploitation des sites en question sans pour autant que ne soit prouvé un effet bénéfique ni pour le patient ni *a fortiori* pour le système général des soins public.

83. Compte tenu de cette distorsion progressive de prise en charge au détriment de la CNS des dépenses liées à l’infrastructure et au fonctionnement de sites supplémentaires, la CSL est d’avis que si la nécessité de sites supplémentaires était fondée, quod non, l’intégralité des investissements devrait être prise en charge par le budget de l’Etat et que la CNS devrait dorénavant se limiter à la prise en charge des soins de santé.

13. Quel sort sera réservé à toutes les autres professions de santé dans l’hypothèse d’une externalisation de soins de santé hospitaliers et d’équipements médicaux ?

84. Au vu des différents scénarios qui peuvent se présenter dans des sites supplémentaires dédiés aux soins ambulatoires et au vu de la possibilité pour les médecins et les professionnels de santé de se regrouper sous forme de sociétés civiles ou commerciales, l’externalisation/déshospitalisation de certains soins de santé et d’équipements médicaux risque d’entraîner au moins deux conséquences néfastes :

- le risque que les salariés qui jusque-là ont travaillé dans les hôpitaux sont obligés de changer dans des sites supplémentaires visés par le présent projet de loi, ou bien dans des cabinets médicaux externes et **risquent ainsi de ne plus tomber sous le champ d’application de la convention collective de travail des salariés occupés dans les hôpitaux** et par là, le danger que du fait d’un nivellement vers le bas des conditions de travail et de rémunération des salariés travaillant dans ces sites supplémentaires ou dans les cabinets médicaux externes la convention collective dans le secteur hospitalier risquera à son tour d’être supprimée.
- la **pénurie de main-d’œuvre dans les hôpitaux** qui risque de mettre en question la dispense des premiers soins en cas d’urgence et, comme nous le vivons actuellement, en cas de pandémie de sorte que l’intégralité de notre système de santé basé sur une couverture universelle de la population, sur le libre choix du prestataire par le patient et l’accès direct au médecin spécialiste, sur la planification du secteur hospitalier et l’équité de traitement des assurés, d’une part et des médecins, d’autre part risque d’être mise en question.

14. Légiférer au compte-goutte n'est pas de nature à assurer un système de santé publique fondé sur l'universalité, la qualité et le financement des soins de santé !

85. La CSL aimerait également préciser que l'absence d'orientation générale du système de santé publique se manifeste également dans l'éparpillement des mesures législatives prises par le législateur alors que parallèlement à ce projet de loi, un autre projet de loi a été déposé qui permet aux médecins et professionnels de santé de se regrouper sous forme de sociétés civiles ou commerciales.

La CSL renvoie également à son avis relatif au projet de loi portant modification 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ; 2° de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ; 3° de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute.

*

Si la CSL salue l'approche du Gouvernement de maintenir les sites supplémentaires à créer dans le cadre de la planification hospitalière ainsi que la volonté de donner une assise légale à l'utilisation des équipements médicaux « lourds » limitée à ces structures, elle estime néanmoins que le projet de loi sous rubrique soulève de très nombreuses questions quant à sa mise en œuvre pratique.

Ce n'est donc que sous réserve des observations formulées ci-avant, que la CSL peut marquer son accord au projet de loi cité sous rubrique.

Luxembourg, le 28 juin 2022

Pour la Chambre des salariés,

Le Directeur,
Sylvain HOFFMANN

La Présidente,
Nora BACK

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8009/02

N° 8009²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2021-2022

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
- 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
- 3° du Code de la sécurité sociale

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
<i>Avis du Collège médical</i>	
1) Dépêche du Président du Collège médical à la Ministre de la Santé (29.6.2022)	1
2) Document de travail du Collège médical	5

*

AVIS DU COLLEGE MEDICAL

**DEPECHE DU PRESIDENT DU COLLEGE MEDICAL
A LA MINISTRE DE LA SANTE**

(29.6.2022)

Madame la Ministre,

Le Collège médical accuse bonne réception de votre demande d'avis sous rubrique et il voudrait répondre comme suit :

L'exposé des motifs concernant le projet de loi sous rubrique fait référence au texte de l'accord de coalition 2018-2023 en y stipulant : *Des mesures favorisant et accompagnant le « virage ambulatoire » seront mises en place ... Des incitants financiers seront introduits en faveur des prestataires et des patients tant dans la nomenclature des actes et des services, que dans le financement des hôpitaux et au niveau des modalités de remboursement ... une réflexion sera menée sur l'opportunité de l'installation en milieu extrahospitalier de plateaux techniques, diagnostiques et de traitement ambulatoires ...*

Il est donc un fait que déjà avant l'arrêt N°148/19 de la Cour constitutionnelle déclarant l'anti-constitutionnalité du règlement grand-ducal relatif à une liste d'équipement médical (dit lourd) ne pouvant être exploité qu'en milieu hospitalier, il y avait une réflexion de sortir de l'hospitalocentrisme qui caractérise encore actuellement notre système de santé.

Et les 2 ans de crise sanitaire Covid 19 nous l'ont bien démontré que faute de structures ambulatoires de diagnostics et traitements, beaucoup de malades nécessitant des soins secondaires, n'ont pas pu être soignés en temps utile, les soins secondaires étant prodigués dans notre système essentiellement dans les hôpitaux, dont l'accès était limité en temps de crise.

Le Collège médical l'avait déjà relevé dans son document de travail du 23 septembre 2020 présenté au Gesondheetsdësch : Vers une meilleure complémentarité entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier (document joint en annexe).

Le but recherché du « virage ambulatoire » est d'optimiser l'accès aux soins secondaires idéalement en passant par les soins primaires qui couvrent actuellement plus ou moins 80% des pathologies.

Le Collège médical est d'avis que l'élaboration d'un projet de loi concernant l'organisation et la réglementation du secteur extrahospitalier, à l'instar de la loi du 8 mars 2018 relatif au secteur hospitalier et en tant que corollaire, aurait dû entamée dans les suites immédiates de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 5 juillet 2019, ceci en concertation avec tous les acteurs professionnels concernés.

S'il est vrai que le sujet d'une meilleure complémentarité entre le secteur hospitalier et extrahospitalier était un des sujets importants lors du Gesondheetsdësch, présenté par Madame la Ministre de la Santé comme *lieu d'échange participatif et structuré autour des défis auxquels notre système de santé est confronté* et devant *dégager une vision commune requise pour faire avancer notre système*, le Collège médical s'étonne que le présent projet de loi voie le jour sans lien avec les discussions menées au Gesondheetsdësch, sans expliquer le choix du législateur par rapport à d'autres pistes discutées et sans nouvelle prise de contact avec les acteurs dudit Gesondheetsdësch. Cette façon de procéder discrédite l'initiative du Gesondheetsdësch, louable à la base.

Le projet sous avis a malheureusement été bâclé et déjà déposé à la Chambre des députés (N° 8009), sans avant-projet à aviser comme il est d'usage, afin de sortir d'un prétendu vide juridique, comme réaction à une situation de fait créée par un centre médical de type GIE qui, disposant de toutes autorisations, a acquis en conséquence de l'arrêt de la Cour constitutionnelle un appareil IRM et a commencé à l'exploiter en avril 2022, élargissant ainsi l'offre pour les patients devant les délais d'attente démesurés dans notre pays, avoués par tous, d'accès à cet outil diagnostique.

Le présent projet élargit donc le secteur « ambulatoire » des soins secondaires sans malheureusement sortir de l'hospitalocentrisme et donnant peu de chance à l'initiative privée, souvent plus flexible et dynamique que le secteur public.

Aucun incitant financier, contrairement à ce que stipule le programme gouvernemental (voir plus haut) n'est prévu pour le prestataire dans l'ambulatoire, ni pour le patient qui s'orienterait vers l'extrahospitalier. La concurrence déloyale déjà existante est entérinée et poursuivie.

Une libéralisation de l'activité médicale ne semble donc être souhaitée ni par la politique, ni par la CNS, ce qui entretemps s'est déjà manifesté par le refus d'une proposition de nomenclature et de tarification des actes d'imagerie médicale, prenant en compte les frais d'acquisition et de fonctionnement de l'appareillage, proposition introduite par un autre centre médical avec un service d'imagerie médicale (IRM incluse) en voie de création.

Cette problématique de financement de l'activité libérale extrahospitalière avait déjà été anticipée par le Collège médical dans son Info-Point N° 25 de décembre 2018 :

En cas de libéralisation de l'activité médicale, la politique devra résoudre le problème du financement de l'infrastructure du secteur extrahospitalier, sachant que le financement de l'infrastructure hospitalière (immobilier, matériel lourd et autre, ressources humaines) est directement à charge de l'État respectivement de la CNS, sans que la relation avec une activité diagnostique ou thérapeutique soit clairement définie. Si les structures extrahospitalières ne bénéficient pas d'un financement compensatoire adéquat à charge de la sécurité sociale, voire de l'État, les établissements hospitaliers disposeront d'un avantage indéniable vouant à l'échec tout virage ambulatoire extrahospitalier.

Finalemment, il reste à envisager sérieusement les moyens à déployer contre le risque d'inflation susceptible d'être générée par un centre multidisciplinaire. A titre d'exemple, concernant le seul paiement à l'acte, des craintes subsistent sur le caractère potentiellement inflationniste, étant donné le risque pour les professionnels regroupés, d'être conduits à développer une activité non justifiée médicalement, soit pour maximiser leurs revenus individuels, soit pour équilibrer les charges de fonctionnement induites par l'exercice. (Locaux, équipement, temps d'administration, etc.).

Ironie du sort : le mode de financement actuel des hôpitaux, dont les économistes nous enseignent qu'ils doivent être gérés comme une entreprise, est assuré de la même manière :

la multiplication d'actes médicaux et des forfaits pour passages de patients ambulatoires est une source indéniable de revenus.

Il faut avouer que le projet sous avis, restrictif pour une activité libérale, est favorable aux établissements hospitaliers et il continue à assurer le financement public de l'équipement lourd et de la technologie médicale et il arrête la planification nationale selon les supposés besoins du pays. Une conséquence en est la minimisation du risque de dérives liées à l'exploitation de centres médicaux par des investisseurs privés du secteur non médical.

Le Collège médical salue que quasi parallèlement au projet sous avis, fut déposé un projet de loi (N° 8013) relatif à l'exercice de la médecine par le biais d'une société, projet longtemps souhaité par la profession médicale et élaboré en concertation avec les pouvoirs publics. Ce projet sur l'exercice des professions sous forme de personne morale s'inscrit dans une logique de virage ambulatoire de l'activité libérale et devrait permettre un exercice en autogestion avec de multiples avantages (mutualisation des frais d'investissements et de fonctionnement, multidisciplinarité, hyperspécialisation, disponibilité du corps médical, gestion des astreintes et gardes, ...) au bénéfice du patient.

Le Collège médical apprécierait si un lien pouvait être établi entre cette possibilité d'exercice en société et la gestion des services intra-hospitaliers des hôpitaux et de leurs nouvelles annexes telles que prévues dans le projet sous avis.

Enfin d'autres sujets complémentaires, importants aux yeux du Collège et de toute la profession médicale, auraient pu être rajoutés au présent projet de loi :

- Que devant la pénurie de médecins dans toutes les disciplines et de la nécessité d'un système de disponibilité (garde) – ce qui est une obligation légale et déontologique pour la profession médicale – soit enfin finalisé le règlement grand-ducal, prévu dans la loi modifiée du 29 avril 1983, concernant l'exercice des professions de médecin... :

Art.6 dernier alinéa : « Un règlement grand-ducal détermine les modalités suivant lesquelles les médecins spécialistes qui ne sont attachés à aucun établissement hospitalier participent au service de permanence visé à l'alinéa qui précède en cas de pénurie de médecins attachés... »

(à signaler qu'une initiative de la Société luxembourgeoise d'ophtalmologie, de concert avec la Direction de la santé, a réussi à mettre en place un système de disponibilité d'une garde de cette discipline incluant tous les ophtalmologues en exercice régulier, modèle que l'on pourrait et qu'on devra probablement utilement transposer à d'autres disciplines, sous peu)

- Que comme corollaire à ce qui précède, soit enfin finalisé le financement des astreintes et gardes des professionnels concernés, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital.
- Enfin manque toujours un vrai projet de réglementation du secteur extrahospitalier tenant compte des besoins, de la régionalisation, du fonctionnement en réseau, des normes du cabinet médical, et valorisant voire promouvant les soins primaires par la médecine générale. (Médecin référent et médecine préventive)
- A la réglementation du secteur extrahospitalier à l'instar du secteur hospitalier, une révision de fond de la nomenclature et de la tarification des actes médicaux devrait être prévue, créant 2 nomenclatures différentes pour les 2 secteurs, si on ne veut pas se défaire du système du financement partiel des hôpitaux par le biais des actes médicaux (voir en haut).

Une telle révision devrait aussi veiller à respecter un équilibre entre les différentes professions et spécialités médicales, pour ne pas accentuer la distorsion d'une démographie médicale déjà déficitaire.

- Comme alternative du financement partiel de l'hôpital par le biais des actes médicaux et les passages, une budgétisation globale de l'hôpital pourrait être prévue, se basant sur l'activité réelle actuelle et prévisionnelle (innovations, nouvelles technologies, digitalisation, ressources humaines...). Dans ce contexte une salarisation des médecins hospitaliers serait à envisager.

*

REVUE ET COMMENTAIRES DES ARTICLES :

Article 1^{er}

- 1° a) ... *chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires ... Les sites supplémentaires sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins...*

Le Collège médical estime qu'il faudrait définir concrètement cette collaboration. Si le législateur prévoit la possibilité d'une « collaboration » entre un établissement hospitalier et un ou plusieurs médecins, les antennes de service appartenant cependant à l'hôpital, est-ce que cette « collaboration » est envisageable autrement qu'exiger de ces médecins de signer un contrat type de collaboration avec l'hôpital ? Si le site supplémentaire n'est pas exploité par un établissement hospitalier seul mais « en collaboration » avec un ou plusieurs médecins, qu'en est-il du statut du personnel y travaillant ? Quid des médecins exerçant déjà dans un centre médical collaborant, doivent-ils être agréés à l'hôpital ou quel sera leur statut si le matériel lourd y installé et avec lequel ils travaillent, est géré et exploité par l'hôpital (frais d'investissement et de fonctionnement à charge de l'hôpital) ?

Le Collège médical estime que cet article soulève plus de questions qu'il ne donne de réponses.

3° ... *chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service.*

Quid d'une planification de distribution géographique équitable de ces antennes entre hôpitaux correspondant aux besoins de la région où elles seront implantées ?

L'Annexe au projet fait bien une analyse de la situation actuelle mais ne donne guère de réponse sur l'éventuel site utile de l'implantation.

Quid des relations de ces antennes avec les médecins généralistes déjà établis dans la région, ceux-ci seront-ils éventuellement intégrés dans ces antennes ?

4° d) « *Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum... »*

Ne faudrait-il pas rajouter après *nombre maximum* : à adapter selon les besoins (population résidente et non résidente potentiellement malade, croissante ; utilisation de routine pour plus en plus de diagnostics.) ?

Il est vrai que dans l'Annexe du projet une modélisation sur base des chiffres relevés fait état d'un besoin supplémentaire de 2 appareils IRM, de 2 appareils CT-Scan et de 30 postes de dialyse d'ici l'année 2030.

10° a) « *Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières »*

Le Collège médical prend note que ce tableau reprend de façon quasi inchangée la liste des équipements et appareils médicaux qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, telle que fixée antérieurement par règlement grand-ducal, qui a donc dû être aboli suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle.

En conclusion, vous comprendrez, après lecture de ce qui précède, que le Collège médical estime que le projet sous avis est un projet élaboré sous pression politique afin de régulariser une situation de fait créée par un centre médical, et est loin d'un projet régulant le soi-disant « virage ambulatoire ».

Il ne fait qu'entériner une situation de fait de notre pays, à savoir une offre et un exercice de la médecine dominés par les hôpitaux.

Un vrai projet régulant et valorisant le secteur extrahospitalier, à l'instar d'une loi sur le secteur hospitalier, fait toujours défaut et devrait être élaboré à la suite afin de définir les normes relatives à « la complémentarité entre le secteur hospitalier et extrahospitalier » facilitant l'accès aux soins pour les patients.

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

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,
Dr Roger HEFTRICH

Le Président,
Dr Pit BUCHLER

*

DOCUMENT DE TRAVAIL DU COLLEGE MEDICAL

Vers une meilleure complémentarité entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier

Le sujet est en étroite corrélation avec le sujet de l'accès aux soins pour les patients.

Actuellement nous avons une situation d'accès aux **soins primaires** dans des cabinets de médecins généralistes, fonctionnant de plus en plus en cabinet de groupe, mais dont aucune planification n'existe pour une éventuelle distribution régionale géographique équitable.

Des initiatives gouvernementales ont déjà été prises favorisant l'exercice de la médecine générale de groupe, en accordant une prime de 10.000 € aux candidats rejoignant une association de médecins qui offre en contrepartie une disponibilité plus large en étendant les heures d'ouverture des cabinets. Une initiative élaborée tendant à faire fonctionner les cabinets de médecine générale en réseau n'a pas trouvé d'approbation, notamment par la question du financement.

Une App DispoDoc a été créée permettant aux patients de s'orienter rapidement sur la disponibilité d'un médecin ; cette App ne fonctionne malheureusement guère.

Toutes ces initiatives bienveillantes ont donc malheureusement échoué !

3 Maisons médicales ont été créées, qui assurent l'accès aux soins primaires aux heures où les cabinets médicaux sont généralement fermés.

Dans les 4 grands établissements hospitaliers existent par ailleurs des policliniques pour les urgences médico-chirurgicales.

Un service de garde des pharmacies ouvertes au public existe, mais dont l'offre est géographiquement disparate.

Les **soins secondaires de médecine spécialisée**, avec sa nécessité de devoir disposer d'équipements techniques de diagnostic sophistiqués (et coûteux !), sont actuellement concentrées dans les établissements hospitaliers, tout autant que presque toutes les disciplines chirurgicales. Elle est donc quasi planifiée pour la répartition géographique dans le pays et par le fait que l'équipement technique lourd qu'elle nécessite est rationné par la nécessité d'une autorisation ministérielle pour pouvoir en disposer.

Une nouvelle donne à cette situation de rationnement est pourtant intervenue par le jugement assez récent de la Cour constitutionnelle à propos de l'anti-constitutionnalité de l'élaboration d'une liste fixant le matériel médical (lourd) ne pouvant être utilisé que dans un cadre hospitalier.

L'avantage de cette planification rationnée de l'équipement lourd et de l'entourage en personnel et matériel de l'activité chirurgicale est que leur financement est assuré par l'Etat voire la CNS et est mis à disposition des praticiens de la médecine.

Evidemment la médecine spécialisée se pratique également à un niveau plus « basique » dans des cabinets, souvent de groupe, évoluant ces derniers temps à devenir pluridisciplinaires, voire pluriprofessionnels. La plupart des médecins spécialistes y exerçant sont agréés à un établissement hospitalier et ils y exercent en tant que libéraux (à l'exception des médecins du CHL), dans une structure en fait publique et financée donc par l'Etat.

Finalement on peut considérer que les soins secondaires, tels qu'administrés actuellement dans notre pays, correspondent en réalité à des **soins tertiaires, hospitaliers**.

L'accès aux soins tant primaires que secondaires, avec une prise en charge efficace, est souvent difficile pour les patients.

Ceci a plusieurs raisons : manque de médecins (spécialistes), manque d'équipements diagnostiques nécessaires pour pratiquer la discipline spécialisée au cabinet, une nomenclature et tarification désuètes des actes médicaux (disproportion entre actes techniques et Intellectuels, règles anti cumul !, ...), pharmacies ouvertes au public de garde parfois compliquées à joindre par les patients.

Pistes à suivre :

- Revaloriser les soins primaires en créant des cabinets de groupe régionaux voire en fonctionnant en réseau et offrant (à tour de rôle) une disponibilité permanente et pouvant ainsi utilement remplacer les maisons médicales.

- Promouvoir le médecin référent, gérant nécessaire du DSP, guide confident du patient à travers le système de santé et assurant la continuité des soins tant secondaires que tertiaires, post hospitaliers.
- Permettre l'exercice sociétal de la médecine (projet en cours), la création de sociétés permettant un travail pluridisciplinaire efficace et proche du patient, notamment en donnant la possibilité de s'équiper des moyens techniques diagnostiques et thérapeutiques nécessaires et offrant une disponibilité optimisée.
- Penser à créer, à l'instar des CPTS en France (Communautés professionnelles territoriales de Santé) et au-delà de sociétés d'activité purement médicale, des structures de diagnostics et de soins, régionales, suivant le besoin de la population de la région (ex : une concession de pharmacie par 5.000 habitants.)
- Prévoir un cadre légal des normes des structures ambulatoires régionales permettant une activité qui à l'heure actuelle est réservée à l'hôpital : imagerie interventionnelle et fonctionnelle, chirurgie, endoscopie, anesthésie, ...
- Installer un système d'échange et de communication entre pharmacies hospitalières et pharmacies de ville qui permettrait une meilleure prise en charge de la thérapie médicamenteuse du patient après sa sortie d'un hôpital.
- Revoir le système de garde des pharmacies afin d'améliorer leur accessibilité en tenant compte de la distance géographique (pharmacies – hôpitaux – cabinets).
- Promouvoir et réaliser l'idée de réseau/centre de compétences auprès des 4 grands hôpitaux, en se concertant entre eux sur leurs spécialisations et compétences particulières respectives. L'idée a été lancée de regrouper les 4 hôpitaux en une entité d'hôpital universitaire, donnant une suite logique au projet (déjà initié) d'offrir une formation médicale complète au Luxembourg. Une gouvernance commune des hôpitaux serait nécessaire.

La crise pandémique nous a appris que si la pression et la nécessité y sont, de nombreux outils peuvent être créés permettant une efficacité de prodiguer des soins tout en limitant raisonnablement la charge financière : téléconsultation, centrale d'achat commune des hôpitaux, création d'unités spéciales pour p.ex. patients Covid au sein d'un seul hôpital, permettant aux autres hôpitaux de fonctionner normalement pour la prise en charge des pathologies communes, création d'un réseau de garde pour les maisons de soins, possibilité de stockage et de dispensation de médicaments en dehors d'autres institutions que les pharmacies, nouvelle réglementation pour l'utilisation de médicaments off-label ou hors AMM...

Et on pourrait même aller à imaginer que, si le pays avait disposé de structures ambulatoires pluridisciplinaires équipées pour les besoins, la prise en charge des pathologies autres que le Covid-19 aurait été possible, évidemment sous conditions d'hygiène stricte, mais avec une plus grande flexibilité que les hôpitaux, qui avaient quasiment fermé leurs services pour ne se concentrer que sur la pathologie Covid, notamment pour éviter le mélange de flux des patients Covid et non Covid.

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8009/03

N° 8009³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2021-2022

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**
- 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;**
- 3° du Code de la sécurité sociale**

* * *

AVIS DE LA FEDERATION DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS

(19.9.2022)

Le projet de loi 8009 tel que déposé par la ministre de la Santé modifie la loi hospitalière et apporte des précisions quant à l'organisation, le fonctionnement, l'exploitation et le financement de certaines activités et équipements réservés au secteur hospitalier.

Considérant l'impact potentiel majeur sur le système de santé et plus particulièrement sur le secteur hospitalier qui est concerné par ce texte au premier chef, la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL), organe représentatif des établissements hospitaliers, a toute légitimité pour transmettre son avis et sa prise de position concernant ce projet de loi 8009 à l'ensemble des acteurs du processus législatif.

*

1. PREAMBULE

Les termes « extrahospitalier » et « virage ambulatoire » sont actuellement source majeure de confusion conceptuelle, surtout par la tendance installée de longue date que nous avons à les associer, alors qu'il s'agit de notions totalement indépendantes. Le « virage ambulatoire » qui relèverait de l'« extrahospitalier » constitue une véritable dérive sémantique déroutante et dangereuse...

La FHL estime que notre système de santé ne souffre en réalité d'aucun hospitalo-centrisme. Par contre, les soins primaires présentent des déficits systémiques et organisationnels entraînant des difficultés d'accès aux soins pour la population.

Le secteur extrahospitalier actuel est en réalité essentiellement constitué du secteur des « soins primaires » – terminologie à privilégier et usuelle sur le plan international – relevant foncièrement de la médecine générale et de l'activité des membres de la Copas (maisons de soins et réseaux de soins à domicile). Toutes les activités médico-soignantes sans lien structurel avec l'hôpital relèvent donc de cette catégorisation (p. ex. consultations de médecine générale, activités de kinésithérapie libérale, analyses par un laboratoire privé, soins à domicile ou en maison de soins). L'ensemble de ces activités sont, par définition, ambulatoires (à l'opposé de « stationnaires »), puisque extrahospitalières.

Ce secteur des soins primaires relève historiquement exclusivement de la seule initiative des médecins et des professionnels de santé qui disposent du libre exercice de leur profession. Aucun autre cadre légal ne régule ni ne planifie ces activités, par définition, individuelles.

En effet, il n'existe actuellement aucune carte sanitaire de l'ensemble de l'extrahospitalier ni aucune planification nationale (y compris concernant le concept de cabinets de groupe) qui permettrait de garantir un accès aux soins primaires dans les bassins de vie de la population.

Ces déficits d'accès aux soins sont actuellement en partie compensés par le secteur hospitalier en général, et les services d'urgence hospitaliers en particulier. Les parcours de soins intégrés devront à l'avenir intégrer de façon systématique les soins primaires et secondaires.

Le secteur hospitalier est et doit rester celui des « soins secondaires », ou encore de la médecine hospitalière et spécialisée.

Suite aux diverses fusions depuis 25 ans, les institutions hospitalières ont pu atteindre une taille critique adéquate et constituer de grandes équipes médico-soignantes pluridisciplinaires dans le but d'une spécialisation accrue et d'un renforcement des compétences au service des patients. Ces équipes spécialisées disposent ainsi d'infrastructures et d'équipements techniques à la pointe du progrès. Cette consolidation du milieu hospitalier s'est faite au bénéfice des patients pris en charge par des équipes multiprofessionnelles de haut niveau.

La mission historique de l'hôpital est la prise en charge de patients malades – soit en urgence, soit de façon élective ou programmée – dont l'état clinique justifie des soins spécialisés prodigués par des médecins spécialistes et des soignants 24 h/24 dans le cadre d'une admission stationnaire.

Afin de garantir un accès aux soins secondaires et permettre une utilisation rationnelle et efficiente des équipements financés par des deniers publics, les équipes médico-soignantes spécialisées et les plateaux techniques nécessaires sont évidemment mis à disposition des patients non hospitalisés et ambulants (consultations de médecins spécialistes, de soins spécialisés, d'exams de diagnostic divers, de radiologie, d'endoscopie, etc.) qui n'ont pas besoin d'une hospitalisation.

La notion et le vocable de « virage vers l'ambulatoire » doit se lire dans le contexte général de l'ambition de séjours hospitaliers courts et si possible sans nuitée à l'hôpital (activités d'hôpital de jour, *one day surgery*, etc.). Il s'agit d'activités médico-soignantes relevant de soins spécialisés généralement programmés et électifs, de médecine et de chirurgie spécialisées. De façon générale, l'activité ambulatoire hospitalière ne se décrète pas, mais est le résultat d'une organisation minutieuse et d'un travail sur l'amélioration du processus de prise en charge du patient (avec planification en amont et en aval du bref séjour hospitalier).

Aussi, le développement de l'activité hospitalière ambulatoire est constant et significatif depuis de longues années, et exprime clairement une amélioration des prises en charge similaire à celle de nos pays voisins.

Selon les chiffres récents de la carte sanitaire 2021, l'hospitalisation de jour a fortement augmenté et représente 44,8 % du total des admissions en 2019 contre 31,0 % en 2010. La croissance des hospitalisations de jour de 6,7 %/an depuis 10 ans est forte tandis que le nombre de séjours en hospitalisation stationnaire reste stable (-0,1 %/an). A titre d'exemple, en l'année 2020, le nombre total d'admissions hospitalières est de 121.178, dont 66.545 admissions stationnaires et 54.633 en ambulatoire. Le « virage ambulatoire » existe donc bien de longue date et continuera à se renforcer. Ce virage touche les soins hospitaliers de nature spécialisée et il continuera à relever essentiellement de la responsabilité des hôpitaux.

Quant au développement éventuel de certains plateaux techniques et d'activités de soins médico-soignantes spécialisées en dehors des murs de l'hôpital (sous forme d'antennes ou en « extra-muros »), il ne pourra se concevoir que s'il n'affaiblit en aucune façon ni la cohérence des équipements ni la cohésion des équipes médico-soignantes des sites hospitaliers et s'il est assorti d'un financement adéquat et équitable. Une carte sanitaire de l'extrahospitalier devra en révéler la raison d'être en mettant en évidence une plus-value en termes d'accès aux soins pour les patients dans leur bassin de vie, en prenant soin de maintenir les normes hospitalières de qualité et de sécurité.

*

2. AVIS CONCERNANT LE CORPS DU TEXTE DU PROJET DE LOI

Après 30 années de fusions d'hôpitaux, de concentration de plateaux techniques et de spécialisation des équipes médico-soignantes le Gouvernement propose un changement de paradigme et plaide pour une décentralisation nouvelle de certaines activités de soins secondaires dans le but de les offrir sur des sites hospitaliers extra-muros supplémentaires en vue de garantir un accès à ces soins à proximité du lieu de vie des citoyens.

La FHL apprécie que le Gouvernement envisage cette nouvelle offre de soins secondaire **dans le cadre de l'activité hospitalière** avec ses caractéristiques qui sont notamment la planification en fonction des besoins sanitaires de la population ainsi que le respect de la gouvernance, des normes de sécurité et de qualité inhérentes aux cadre légal hospitalier. Ce projet de loi ne crée ainsi ni distorsion systémique des conditions d'autorisation, ni des modalités de financement et d'exploitation des activités dans les sites extra-muros, ce qui garantit entre autres une gouvernance homogène de notre système de santé. Ceci permet d'éviter la création d'un système parallèle avec ses risques de concurrence déloyale.

Un récent rapport de l'OECD¹ mentionne d'ailleurs que « *La population bénéficie d'un panier de soins étendu, et le reste à charge est le deuxième plus bas de l'UE. Le nombre d'habitants signalant des besoins en soins médicaux et en soins dentaires non satisfaits figure parmi les plus bas d'Europe.* »

Dans ce sens nous tenons à relever qu'en l'absence de carte sanitaire extrahospitalière ou d'autres données sanitaires, démographiques ou scientifiques, aucun besoin clair d'une offre de soins secondaires supplémentaire ne nous est connu. L'option du Gouvernement dans ce projet de loi est, en effet, celle de la création d'une nouvelle offre de soins secondaires sans soulever la question d'un besoin documenté de l'accès aux soins, qu'il soit de nature quantitative, qualitative ou géographique.

En considération de ce qui précède, la FHL s'étonne du nombre élevé d'antennes supplémentaires prévues par le texte du projet de loi. En effet, les **modifications de l'art. 4** de la loi hospitalière permettront à chaque centre hospitalier de demander l'autorisation d'exploitation pour 2 antennes supplémentaires pour chacune des 4 activités éligibles telles que prévues dans ce même article 4. Ceci fera donc un total possible de **32 antennes de service supplémentaires** autorisables.

La FHL insiste sur les risques liés à ce grand nombre qui aura pour effet une dispersion considérable d'équipements techniques et donc un impact sur l'efficacité de leur exploitation, sans oublier le risque majeur du manque de disponibilité des équipes médico-soignantes compétentes. Les difficultés actuelles de recrutement et de fidélisation de tous les métiers de la santé dans toute l'Europe sont connues de tous. Aussi, afin d'éviter des risques de bouleversements majeurs du système hospitalier, la FHL recommande un **processus concerté d'autorisation** des antennes « lentement progressif » et basé sur les besoins constatés et réels d'accès aux soins de la population. La FHL plaide également pour une détermination transparente de critères d'attribution objectifs pour ces autorisations.

Nous constatons que le Gouvernement s'inspire de l'annexe 2, point D de la loi hospitalière de 2018 pour déterminer les **services éligibles à une autorisation d'antenne** extra-muros en excluant explicitement l'hôpital de jour chirurgical. Nous ne pouvons que soutenir la volonté du Gouvernement de maintenir cette dernière activité au sein des établissements hospitaliers.

En ce qui concerne :

- Les antennes de service « Imagerie Médicale » :
 - ✓ La FHL rappelle les blocages et les lenteurs historiques des procédures d'autorisation et de financement des équipements lourds d'imagerie médicale aboutissant à une « **pénurie programmée** » dénoncée de longue date, malgré un constat évident d'accroissement des besoins de la population (cf. délais d'attente).
 - ✓ Les besoins d'accès à l'IRM continueront à croître de façon significative à l'avenir parallèlement à une diminution prévisible de l'imagerie standard par rayons X.

¹ OECD rapport : State of health in the EU – LU : profil de santé par pays 2021

- ✓ Il faut veiller à maintenir une cohérence entre le nombre d'équipements autorisés et le nombre de ressources médico-soignantes nécessaires pour leur exploitation efficiente (ETP ATM RX financés par la CNS et nombre de médecins radiologues spécialisés disponibles).

La FHL est globalement favorable à une amélioration de l'accès à l'imagerie médicale par l'implantation d'antennes hospitalières supplémentaires. Ceci devra se réaliser en tenant compte des besoins documentés de la population d'une part, de la disponibilité des professionnels de santé nécessaires d'autre part. La FHL soutient la démarche du Gouvernement qui maintient des activités d'imagerie médicale « lourdes » des futures antennes dans le cadre de la loi hospitalière.

- Les antennes de service « Traitements oncologiques ambulatoires » :
 - ✓ Dans le secteur hospitalier il existe actuellement une **large palette** de traitements ambulatoires oncologiques allant des consultations ou examens à visée préventive et de dépistage à des prises en charge thérapeutiques lourdes (chimiothérapie et biothérapie) voire des traitements palliatifs.
 - ✓ Au sujet de la diversité de ces activités hospitalières, la FHL constate que le texte du projet de loi reste muet sur le contenu exact et les activités médico-soignantes que le Gouvernement envisage de proposer aux patients dans ces antennes de traitement oncologiques ambulatoires.

En ce qui concerne plus particulièrement les actes de chimiothérapie parentérale actuellement largement pratiqués sur base ambulatoire dans les hôpitaux (87,56 % des chimiothérapies en 2021), la FHL attire l'attention sur la **complexité du contexte de qualité et sécurité** dans lequel ces traitements doivent être administrés. La dispensation d'une chimiothérapie par voie parentérale nécessite en effet successivement : une analyse de laboratoire de biologie clinique, une consultation médicale, une consultation soignante, une prescription médicale et préparation par une équipe de pharmacie (conditions techniques et sécuritaires hautement normées) des médicaments à administrer, une surveillance de tolérance et de suivi pendant l'administration et une planification des prochaines étapes de traitement.

La FHL est globalement favorable à un rapprochement des traitements oncologiques ambulatoires du lieu de vie des patients, mais insiste sur le fait que la multiplication des sites de traitements oncologiques lourds – en particulier de type chimiothérapie – entraînera une explosion des coûts d'équipements et de ressources humaines tout en mettant en péril la cohésion des équipes hospitalières.

- Les antennes de service de « Dialyse » :
 - La FHL constate qu'aucune donnée objective ne corrobore la vision du Gouvernement de mettre en place des antennes supplémentaires pour les prises en charge de dialyse qui se réalisent aujourd'hui largement au niveau ambulatoire dans les centres hospitaliers (91,97 % des séances d'hémodialyse en 2021). Par contre, de nombreux modèles de prise en charge de l'insuffisance rénale au domicile ou dans des unités spécialisées extrahospitalières ambulatoires existent à l'étranger.

Dans le même ordre d'idées que pour les antennes d'imagerie médicale et les traitements oncologiques ambulatoires, la FHL rappelle la nécessité d'un cadre sécuritaire, de l'efficacité économique et de la garantie de cohésion des équipes médico-soignantes.

La prise en charge des hémodialyses et dialyses péritonéales dans un modèle **d'Hospitalisation à Domicile** (HAD) pourrait constituer une alternative intéressante à la proposition du Gouvernement d'antenne hospitalière.

- Les antennes de service « Hôpital de Jour non chirurgical »
 - ✓ Dans le secteur hospitalier il existe actuellement une large palette de traitements ambulatoires au niveau des prises en charge en hôpital de jour non chirurgical tels que : transfusions sanguines et produits dérivés, biothérapies des maladies inflammatoires chroniques, antibiothérapie parentérale, certaines procédures invasives diagnostiques, administration d'autres médicaments spécifiques par voie parentérale, etc.

La FHL ne s'oppose pas au rapprochement de ces activités des lieux de vie des patients dans le cadre des antennes « Hôpital de Jour non chirurgical » selon des critères et conditions à détailler entre acteurs.

Concernant les **modifications de l'art. 33** de la loi hospitalière par le projet qui prévoit d'insérer un nouveau point 9 adaptant le **contenu du contrat type** de collaboration entre un établissement hospitalier et les **médecins libéraux** y agréés à la situation spécifique des médecins exerçant dans les antennes extra-muros, la FHL insiste et considère que **l'ensemble des médecins** exerçant dans une

structure hospitalière et dans les antennes doit relever d'un **statut unique de médecin hospitalier** (dans le contexte de l'activité médicale libérale).

Afin d'éviter de créer des conflits majeurs en raison de situations contractuelles différentes entre les médecins agréés au vu du lieu de l'exercice de leur activité et de leur représentation dans la gouvernance hospitalière (Conseil Médical, Médecin coordinateur), la FHL demande le retrait de cette modification du contenu minimal du contrat type qui créera deux poids et deux mesures.

La FHL estime que l'ensemble des modalités de gouvernance et de gestion organisationnelle au sein des antennes relèvent du **règlement général** de toute institution tel que prévu par l'art. 24 de la loi hospitalière.

Concernant les **modifications proposées de l'art 14**, la FHL constate que le seuil minimal d'éligibilité pour un financement par le fonds hospitalier est fixe depuis 2018 et ne prend pas en considération l'impact de l'inflation. Dans ce sens, la FHL propose de lier le montant proposé à l'évolution de l'échelle mobile des prix.

Nous constatons par ailleurs des incohérences manifestes entre le texte proposé de l'art. 14 et le contenu de l'annexe 3 ouvrant à des discussions complexes quant à l'interprétation des critères et définitions des appareils éligibles ainsi que de leurs modalités de financement.

C'est sous réserve de ces remarques que la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois approuve le projet de loi N° 8009.

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8009/04

N° 8009⁴

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

AVIS CONSEIL SUPERIEUR DE CERTAINES PROFESSIONS DE SANTE

DEPECHE DE LA PRESIDENTE DU CONSEIL SUPERIEUR DE CERTAINES PROFESSIONS DE SANTE A LA MINISTRE DE LA SANTE

(14.10.2022)

Madame la Ministre,

Comme suite à votre demande du 23 mai et de votre courrier du 18 août par lequel vous nous avez accordé un délai de réponse supplémentaire, nous vous communiquons ci-après la prise de position du Conseil Supérieur Certaines Profession de Santé relative au projet de loi sous rubrique.

Tout d'abord, nous tenons à remercier le gouvernement pour avoir mis l'accent, dans son introduction, sur les valeurs de notre système de santé et de vouloir les maintenir. A notre avis, il serait bien de les ancrer dans le texte du présent projet de loi.

Comme mentionné dans l'exposé des motifs, ce projet de loi a pour but de mettre « les besoins du patient au centre du système de santé » et définit le patient comme « un acteur à part entière du système ». Nous espérons que le présent texte réussira à réduire les délais d'attentes pour des examens mais aussi tout délai d'attente aux soins en général.

Nous vous félicitons également pour votre souhait de vous rapprocher de la population en envisageant la création de sites supplémentaires sous la responsabilité des établissements hospitaliers. Nous sommes convaincus que cette approche garantira un certain niveau de qualité et de contrôle tout en limitant le recours aux équipements « lourds ».

Nous nous réjouissons de constater la volonté du gouvernement d'adapter le texte conformément aux suggestions de la Cour constitutionnelle de 2019 concernant les équipements « lourds ».

Malgré ce qui précède, quelques craintes subsistent.

Nous constatons, que le texte se réfère uniquement à une collaboration avec la profession de médecin. Il en est de même de l'implication à la gestion de ces antennes. Nous proposons d'étendre ces collaborations et l'implication à la gestion des antennes d'une manière plus générale aux professions médicales et de santé.

La création de ces sites ne restera pas sans conséquences sur les besoins de ressources en professionnels de santé et médecins. Est-ce que ces besoins et leurs conséquences sur le risque de pénurie ont-ils été étudiés ?

En ce qui concerne la référence à la loi autorisant l'exercice de la médecine sous forme sociétale, nous tenons à vous rappeler notre avis du 26 juillet 2022 relatif au **projet de loi portant modification 1. de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire; 2. de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ; 3. de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute** dont nous vous joignons une copie en annexe. Nous y avons exposé les dérives et leurs effets négatifs sur le système de santé luxembourgeois.

Par rapport aux procédures écrites, nous constatons qu'aucun mécanisme de contrôle, ni de sanctions en cas de non-respect de celles-ci ne sont prévus.

D'autres critères de qualité supplémentaires, tels que par exemple des indicateurs et/ou des comparaisons entre les différents hôpitaux pourraient être envisagés.

L'article 9, paragraphe 6 prévoit que « *Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature sur un site unique* ».

Est-ce que par « service hospitalier », on entend une spécialité de service ? Dans ce cas, une telle limitation nous paraît trop limitative dans le contexte du rapprochement de l'hôpital du patient.

Nous estimons que la médecine salariale pourrait être une bonne solution pour répondre au désir d'un meilleur « work-life balance », critère de plus en plus important pour les nouveaux médecins arrivants sur le terrain. Une médecine salariale pourrait ainsi garantir à la fois le bon fonctionnement des établissements et le respect des critères de qualité.

Le texte ne prévoit que 4 domaines pour les antennes. Il n'en ressort pas quels chiffres ont servi de base pour justifier les domaines cités (hémodialyse, HDJ, oncologie et IRM) alors que d'autres, comme par exemple des services de maternité, de rééducation ou de psychiatrie ne sont pas prévus. De telles décisions devraient se faire sur base de recommandations scientifiques, de données probantes afin de définir les actes et soins qui pourront être faits en ambulatoire et ceux qui seront réservés au stationnaire.

Nous estimons qu'une telle spécification ne peut être faite qu'après une prospection stratégique et normative, basée sur une carte sanitaire hospitalière et extra-hospitalière.

D'une manière générale, nous constatons que le système de santé luxembourgeois a démontré au cours de la pandémie du COVID-19 sa résistance à la crise. Afin de ne pas l'affaiblir, nous insistons encore une fois pour que les structures décentralisées à créer soient placées sous la tutelle des hôpitaux.

Dans ce contexte, la création d'un réseau de coopération entre l'université du Luxembourg et les différents centres hospitaliers avec leurs structures ambulatoires, à l'image du « Bochumer Modell », pourrait augmenter la visibilité et l'attractivité du Luxembourg et attirer ainsi davantage de jeunes médecins et professionnels de santé.

Nous sommes d'avis que le patient et son accessibilité aux soins primaires, tout en évitant une surcharge des structures hospitalières, doit rester au centre de cette réforme. Or, nous craignons que l'idée d'une partie du corps médical luxembourgeois de vouloir privatiser le domaine ambulatoire, dérivant les médecins et professionnels de santé du milieu hospitalier vers le milieu libéral, moins réglementé, éventuellement plus lucratif et présentant moins de contraintes, mène ainsi à une hémorragie des hôpitaux. Afin d'empêcher une extension de ce phénomène, nous demandons que les structures hospitalières soient renforcées. En même temps, il est important de garantir des conditions de travail optimales au personnel médical et soignant qui constituent une ressource importante de ces structures. La fixation de quotas de qualification liés aux diplômes et de dotations minimales en personnel par les responsables politiques et de la Caisse nationale de santé, en collaboration avec les différentes parties prenantes, est indispensable.

Nous rappelons que les médecins et les professionnelles de santé sont les deux maillons forts de notre système de santé et leurs point commun est / doit être le patient !

Si le développement de l'offre ambulatoire est important, il ne peut pas se faire aux dépens de notre système de santé solidaire. En conséquence, le champ de manœuvre nécessaire au niveau politique pour répondre à l'évolution des besoins doit obligatoirement rester garanti.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Secrétaire Général,
Oliver KOCH

La Présidente,
Silvana ANTUNES-XAVIER

Annexes:

- Notre avis relatif au projet de loi portant modification 1. de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire; 2. de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ; 3. de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8009/05

N° 8009⁵

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

AVIS DE L'AUTORITE DE LA CONCURRENCE

(21.2.2023)

1. CONTEXTE GENERAL

Aux termes de l'article 64 de la loi du 30 novembre 2022 relative à la concurrence (ci-après la « Loi concurrence »), l'Autorité de la concurrence (ci-après : l'« Autorité ») détient une mission consultative, libellée de la manière suivante :

« **Art. 64. Missions consultatives**

(1) L'Autorité émet un avis, de son initiative ou à la demande d'un ministre, sur toute question concernant le droit de la concurrence.

(2) L'Autorité est obligatoirement demandée en son avis pour tout projet de loi ou de règlement :

1° portant modification ou application de la loi ;

2° portant transposition ou exécution d'un instrument supranational touchant à des questions de concurrence ;

3° instituant un régime nouveau ayant directement pour effet de soumettre l'exercice d'une profession ou l'accès à un marché à des restrictions quantitatives, d'établir des droits exclusifs dans certaines zones ou d'imposer des pratiques uniformes en matière de prix ou de conditions de vente.

(3) L'Autorité est obligatoirement consultée sur toute action judiciaire intentée par ou contre l'État ainsi que lorsque l'État intervient dans une procédure devant les juridictions de l'Union européenne ou de la Cour européenne des droits de l'homme en matière de droit de la concurrence.

(4) Les dispositions du présent article sont sans préjudice de consultations de l'Autorité prévues par d'autres lois ou règlements. »

L'Autorité se saisit de sa mission consultative au vu de la connexité de son rapport d'enquête sectorielle « Médicaments & pharmacies », qu'elle a publié le 16 juin 2022¹. Au vu de ce qui précède,

¹ Conseil de la concurrence. *Rapport d'enquête sectorielle médicaments et pharmacies*. Luxembourg. 2022 <https://concurrence.public.lu/fr/publications/rapports-enquetes-sectorielles/enquete-pharma.html>

l’Autorité se limitera dans ses commentaires aux dispositions relatives à la liberté d’établissement et de prestation de services des médecins souhaitant établir un service d’imagerie médicale.

*

2. OBJET ET CONTEXTE DU PROJET DE LOI

Selon l’exposé des motifs, le projet de loi sous avis a pour objectif de favoriser la prise en charge ambulatoire des soins de santé en créant des sites hospitaliers supplémentaires qui sont dédiées aux activités ambulatoires et notamment de couvrir des besoins en infrastructure d’imagerie médicale. Les dispositions du projet de loi permettront une plus grande flexibilité en terme de collaboration et de financement, ciblé sur les soins ambulatoires, tout en préservant les fondements du système de santé, basé par les quatre valeurs suivantes : universalité, équité, solidarité et qualité.

Le projet de loi a pour toile de fond un délai d’attente considéré comme excessivement long² pour obtenir un rendez-vous en services IRM, estimé à plus de deux mois, ainsi que l’ouverture au mois d’avril 2022 du Centre médical Potaschberg à Grevenmacher dont la mise en service de l’IRM avait été interdite par la ministre de la Santé.

L’interdiction était fondée sur l’article 2 du règlement grand-ducal du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d’imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonance magnétique nucléaire qui prévoit que « *Le tomographe à résonance magnétique est à installer dans un service d’imagerie médicale tel que visé à l’article 26 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.* ». En d’autres termes, la loi ne permet pas d’exploiter un tel équipement d’imagerie médicale en dehors des hôpitaux.

En date du 23 décembre 2022³, un accord a été trouvé entre le Centre hospitalier de Luxembourg et l’exploitant du plateau radiologique du Centre médical Potaschberg, permettant ainsi de transformer ledit centre en antenne de l’établissement hospitalier en question et ainsi de pratiquer légalement les actes d’imagerie médicale.

Le projet de loi reconnaît « *qu’il faut des sites additionnels en dehors des sites hospitaliers afin de répondre aux besoins de la population* »⁴.

*

3. COMMENTAIRES DE L’AUTORITE

a. Une restriction à l’exercice de la profession libérale de médecin contraire au principe de la liberté du commerce et de l’industrie

Selon l’article 4 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière un maximum de quatre établissements hospitaliers, disposent d’une autorisation d’exploitation. Au fil des années et des fusions opérées entre les hôpitaux, le Ministre a autorisé des « *antennes de service* », limitées au nombre de trois. Le présent projet de loi vise à étendre le nombre de sites exploitables pour les soins ambulatoires, au-delà des sites existants, tout en limitant cette extension à deux « *antennes de service* » pour certaines activités spécifiques.

Le projet de loi actuel prévoit « *d’autoriser des prises en charges ambulatoires dans un cadre infrastructurel et organisationnel adapté se situant en dehors des murs des hôpitaux existants (sites supplémentaires) sous forme d’antennes de service pouvant être exploitées par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un groupe de médecins. Conformément au projet de loi autorisant les médecins à s’organiser sous forme de société, il sera également possible que les sites supplémentaires sont exploités par un établissement hospitalier en collaboration soit avec un ou plusieurs*

2 <https://www.ammd.lu/actualites/article/2017/09/communique-du-corps-medical-a-propos-des-delaix-d-attente-pour-examens-irm>

3 https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiqués/2022/12-decembre/23-lenert-irm-potaschberg.html

4 Projet de loi, p.2

médecins soit avec une personne morale au sens de la loi autorisant la médecine sous forme sociale. »⁵.

L'Autorité s'étonne que le projet de loi envisage de réserver l'exploitation de ces sites supplémentaires (antennes de service), aux seuls hôpitaux, sinon aux hôpitaux en collaboration avec un groupe de médecins.

L'Autorité considère, au contraire, que ces structures pourraient être gérées directement par un ou plusieurs médecins éventuellement conventionnés, sans qu'une « *mise sous tutelle* » des hôpitaux soit effective.

À titre de rappel, l'article 11(6) de la Constitution du Grand-Duché de Luxembourg dispose que : « *La liberté du commerce et de l'industrie, l'exercice de la profession libérale et du travail agricole sont garantis, sauf les restrictions à établir par la loi.* »

Cet article pose le principe de la liberté du commerce et de l'industrie et encadre strictement les hypothèses dans lesquelles le législateur peut, par exception, et sous certaines conditions, prévoir des restrictions à la liberté professionnelle. Il peut être admis que le législateur introduise des restrictions à ladite liberté pour des raisons impérieuses d'intérêt général telles que la santé publique.

Il convient de rappeler que l'interdiction pour les médecins d'acquérir leur propre matériel d'imagerie par résonance magnétique (IRM), constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin et une violation de la Constitution : « *l'établissement d'une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et les médecins dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, prévue à l'article 19 de la loi du 29 mars 1983, constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale du médecin.* »⁶

Le projet de loi reconnaît la nécessité de réviser la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical.

Cependant, cette révision, qui vise notamment l'acquisition d'IRM, ne doit pas s'accompagner d'une autre restriction à l'exercice de la profession libérale du médecin et qui résulterait d'une tutelle des centres hospitaliers pour l'exercice d'une activité d'imagerie médicale.

Cette tutelle des centres hospitaliers constituerait une entrave injustifiée à la liberté du commerce et de l'industrie.

L'Autorité renvoie à son interprétation du régime d'autorisation d'établissement des pharmacies actuellement en vigueur et dans laquelle il était relevé qu'un régime d'autorisation visant à limiter le nombre de pharmacies pouvant s'établir sur le territoire constituait une restriction à la liberté du commerce qui ne pouvait être justifiée par la nécessité de protection de la santé publique, dès lors que l'exploitation de pharmacies est assuré par des personnes qualifiées.⁷

Selon l'avis de l'Autorité, le conditionnement de l'offre de soins ambulatoires à la tutelle d'un établissement hospitalier constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin qui ne saurait être justifiée par des raisons de protection de la santé publique dès lors que cette activité reste exercée par des professionnels qualifiés (docteurs en médecine) et garants d'une qualité de service.

b. Quant à la nécessaire prise en compte du principe de proportionnalité

La profession de médecin peut se prévaloir des libertés fondamentales en application du droit primaire de l'Union et en particulier de la libre circulation des personnes, la libre prestation des services et la liberté d'établissement. Ces libertés fondamentales sont conçues de manière très large et ne peuvent être restreintes que pour des motifs précis et limités.

La principale exception prévue par le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (ci-après : « TFUE ») concerne les activités participant à l'exercice de l'autorité publique et qui ne couvrent pas l'activité des médecins.

5 Projet de loi, p.9.

6 Cour constitutionnelle, 5 juillet 2019, arrêt n°148/19.

7 Rapport d'enquête sectorielle médicaments et pharmacies. Luxembourg. 2022, p.61.

L'activité des médecins est donc couverte par les dispositions du TFUE et en particulier par le chapitre sur la liberté d'établissement qui dispose en son article 49 que « *les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un État membre dans le territoire d'un autre État membre sont interdites* ».

Ces restrictions doivent nécessairement respecter le principe de proportionnalité qui est reconnu tant par la loi que par la jurisprudence luxembourgeoise⁸ et européenne.⁹

Le présent projet de loi doit ainsi être lu à la lumière des principes posés par la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions transposé en droit national par la Loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions (ci-après la « directive proportionnalité »).

Cette directive indique dans son deuxième considérant qu'« *En l'absence de dispositions spécifiques du droit de l'Union harmonisant les conditions d'accès à une profession réglementée ou d'exercice de celle-ci, il est de la compétence des États membres de décider des professions à réglementer et de la manière de les réglementer, dans les limites des principes de non-discrimination et de proportionnalité.* ». Ainsi, les restrictions à l'exercice d'une profession réglementée telle que celle des médecins sont propres à chaque État, et ne peuvent se justifier que pour autant que la législation respecte les principes de non-discrimination et de proportionnalité qui s'articulent autour des quatre conditions cumulatives suivantes :

1. être appliquée de manière non-discriminatoire ;
2. être justifiée par des raisons impérieuses d'intérêt général ;
3. être propre à garantir la réalisation de l'objectif qu'elle poursuit ;
4. ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre.

L'article 3 de la loi du 2 novembre 2021 pose ainsi l'exigence qu'un contrôle de proportionnalité soit opéré avant de réglementer l'exercice d'une profession :

« Avant d'introduire de nouvelles dispositions législatives, réglementaire ou administratives limitant l'accès à des professions réglementées ou leur exercice ou avant de modifier de telles dispositions existantes, il est procédé à un examen de proportionnalité conformément aux dispositions de la présente loi. [...] Toute disposition visée au paragraphe 1^{er} est accompagnée d'une explication qui est suffisamment détaillée pour permettre d'apprécier le respect de proportionnalité. »

L'Autorité estime que le projet de loi en question ne respecte pas ces quatre conditions. La « tutelle » qu'exerceraient les hôpitaux sur la prise en charge ambulatoire ne saurait être justifiée « *par des raisons impérieuses d'intérêt général* ».

Pour rappel, constituent des raisons impérieuses d'intérêt général en relation avec les articles 49¹⁰ et 56¹¹ du TFUE au moins les justifications suivantes¹² : l'ordre public, la sécurité publique et la santé publique, le maintien de l'ordre social, des objectifs de politique sociale, la protection des destinataires de services, la protection des consommateurs, la protection des travailleurs, y compris la protection sociale des travailleurs, le bien-être des animaux, la préservation de l'équilibre financier du système de sécurité sociale, la lutte contre la fraude, la lutte contre la concurrence déloyale, la protection de l'environnement et de l'environnement urbain, y compris l'aménagement du territoire, la protection des créanciers, la protection de la bonne administration de la justice, la sécurité routière, la protection de la propriété intellectuelle, des objectifs de politique culturelle, y compris la sauvegarde de la liberté d'expression de différentes composantes, notamment les valeurs sociales, culturelles, religieuses et philosophiques de la société, la nécessité de garantir un niveau élevé d'éducation, le maintien du pluralisme de la presse et la promotion de la langue nationale, la préservation du patrimoine historique et artistique national et la politique vétérinaire.

⁸ Voir notamment *apothekerkammer des Saarlandes et Helga Neumann-Seiwert contre Saarland et Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales*, aff. n°C-171/07.

⁹ Voir notamment l'arrêt de la CJUE du 19 mai 2009, *Neumann-Seiwert*, C-171/07 et C-172/07, ECLI:EU:C:2009:311.

¹⁰ Liberté d'établissement.

¹¹ Libre prestation de services.

¹² Voir considérant 40 de la directive 2006/123/CE – notion susceptible d'évoluer avec la jurisprudence.

L'Autorité déplore que ni l'exposé des motifs, ni les commentaires des articles du projet de loi sous avis ne précisent les raisons impérieuses d'intérêt général que justifieraient une tutelle des hôpitaux sur l'activité d'imagerie médicale.

En outre, le projet de loi n'explique pas en quoi cette tutelle n'irait pas au-delà de ce qui est « *nécessaire pour atteindre son objectif* », de protection de la santé publique. En effet, aussi longtemps que les soins sont dispensés par des personnes qualifiées (docteurs en médecine) et dans des structures adaptées, il n'est pas nécessaire que ces soins soient réalisés dans des antennes d'hôpitaux ou sous la gestion des hôpitaux en collaboration avec un groupe de médecins.

À supposer que les raisons d'une tutelle soient justifiées à la préservation de l'équilibre financier du système de sécurité sociale, il appartiendrait au législateur d'en préciser les motifs.

En effet, si l'on part du principe que l'achat de matériel d'imagerie médicale, se fera exclusivement à la charge du médecin-radiologue, un tel investissement, bien que coûteux, ne pèsera nullement sur le budget de l'Etat.

Il en résulte que seuls les actes médicaux effectués par les médecins exploitant ce type d'équipement seront à la charge de la sécurité sociale au même titre que ceux réalisés dans les centres hospitaliers.

Il appartiendrait donc au législateur d'établir un régime juridique qui permette aux médecins-radiologues d'exercer librement leur activité en lien avec l'imagerie médicale tout en s'assurant qu'un objectif d'équilibre budgétaire soit rempli.

Enfin, dans son article 9, paragraphe 6, le projet de loi prévoit : « *de ne pas limiter les sites dédiés en termes de nombre, mais plutôt en termes d'antennes de service à autoriser. En effet, du fait d'une offre de soins nécessitant des ressources différentes, et en vue d'une délocalisation de cette offre, une telle limitation sur base d'un nombre absolu de sites supplémentaires ne pourrait satisfaire les besoins d'une planification. Par contre, et en ligne avec le leitmotiv de la réforme du système de santé de 2010, le « pas tout partout » il s'agit de limiter en nombre les antennes de services au maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire.*

Aussi l'approche retenue est de limiter une délocalisation de l'offre des soins de santé ambulatoires à des services hospitaliers présentant des prestations de soins éligibles de par la nature à une certaine délocalisation tout en assurant un lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondants aux domaines d'activité médicale couverts, ainsi qu'avec les plateaux médico-techniques associés dans cette prise en charge. Les antennes de service devront disposer de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis. »¹³

L'Autorité considère que les restrictions énoncées à l'article 9, paragraphe 6 du projet de loi ne remplissent pas les critères de proportionnalité susmentionnés.

En effet, d'après les chiffres transmis par le ministère de la Santé, il apparaît une étroite corrélation entre le nombre d'habitants du canton, la proximité géographique et la consommation de soins.

Ainsi, il conviendrait de s'assurer que l'offre en termes d'antennes de service couvre bien les besoins de la population, sans fixer d'éventuelles limitations qui seraient de nature à limiter les effets innovateurs du projet de loi.

c. Recommandations de l'Autorité

À l'instar de son rapport d'enquête « Médicaments & pharmacies », l'Autorité est d'avis qu'une évolution du nombre des structures de soins ambulatoires selon la loi de l'offre et de la demande constitue l'objectif à atteindre.

Au-delà de la question de la conformité à la Constitution, cette solution a l'avantage de substituer les mécanismes de concurrence à la base de notre économie sociale de marché au régime de structure sous tutelle actuellement en projet. Elle permet d'aligner le fonctionnement de ces structures à celui des autres professions libérales du domaine de la Santé.

Enfin, l'Autorité rejoint les considérations de l'Association des médecins et médecins-dentistes qui estime que « [la restriction d'établissement] *nuira en outre au développement sain et intelligent de la*

¹³ Projet de loi, p.10.

profession au bénéfice des patients. Elle étouffera encore une fois l'esprit de création et d'imagination tant manqué par les structures hospitalières actuelles. »¹⁴

En définitive, l'Autorité recommande de laisser la liberté aux médecins de pouvoir acquérir des équipements d'imagerie médicale et de leur permettre d'offrir des services d'imagerie médicale éventuellement conventionné sans qu'une telle activité ne soit soumise à la tutelle d'un centre hospitalier. Cette mesure permettrait d'élargir l'offre de soins, de réduire les délais d'attente pour obtenir une IRM, de couvrir davantage de besoins en soin ambulatoire, de réduire les tensions sur les capacités du système hospitalier et de réduire les coûts d'exploitation du système hospitalier liés à cette branche de l'activité médicale.

*

4. CONCLUSION

Sans vouloir approuver ni s'opposer au projet de loi sous rubrique, l'Autorité marque de sérieuses réserves quant au respect par le projet de loi du principe de la liberté du commerce et de l'industrie, de la liberté d'établissement et du principe de proportionnalité.

Ainsi délibéré et avisé en date du 21 février 2023

Pierre BARTHELMÉ
Président

Mattia MELLONI
Conseiller

Tom MANNES
Conseiller

Théa HARLES-WALCH
Conseillère suppléante

Anick WOLFF
Conseillère suppléante

¹⁴ Avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes, p.15.

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8009/06

N° 8009⁶

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**
- 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;**
- 3° du Code de la sécurité sociale**

* * *

AVIS COMMUN DE LA CHAMBRE DE COMMERCE ET DE LA CHAMBRE DES METIERS

(3.3.2023)

Le projet de loi sous avis (ci-après le « Projet ») a pour objet de modifier la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ainsi que le Code de la sécurité sociale, afin de favoriser davantage la prise en charge ambulatoire des soins de santé via la création de sites hospitaliers supplémentaires dédiés.

Dans la lettre annexée au projet, il est stipulé que les avis du Collège médical, de la Chambre des salariés, du Conseil supérieur des professions de santé et de la Commission permanente du secteur hospitalier ont été demandés pour avis. Ce n'est pas le cas s'agissant de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers.

Au regard de l'importance de ce Projet pour l'avenir du système des soins de santé et de ses répercussions sur les finances publiques et l'équilibre financier des organismes de sécurité sociale, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ont estimé utile et nécessaire de s'autosaisir et de prendre position à travers le présent avis commun.

*

CONSIDERATIONS GENERALES

Le contexte du Projet et le « virage ambulatoire »

Les soins ambulatoires sont des soins donnant lieu à une prise en charge médicale ou dans un service de santé d'un patient sans hospitalisation ou pour une durée de quelques heures. Le « virage ambulatoire » correspond au transfert d'activités intrahospitalières conventionnelles vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpitaux de jour, consultations) et vers des antennes extrahospitalières.

Il est prévu dans l'accord de coalition 2018-2023 que « [d]es mesures favorisant et accompagnant le « virage ambulatoire » seront mises en place. Il s'agira d'assurer la promotion des alternatives à l'hospitalisation classique lorsque cela est possible sans perte de qualité, en accord et dans l'intérêt du patient. Des incitants financiers seront introduits en faveur des prestataires et des patients tant dans la nomenclature des actes et des services médicaux, que dans les financements des hôpitaux et au niveau des modalités de remboursement. La création de structures de soins d'aval sera soutenue, permettant de réduire les délais de séjour en milieu hospitalier. Les offres d'hospitalisation à domicile

ou dans d'autres structures de soins intermédiaires et moins coûteuses seront soutenues en développant un plan d'action « out of hospital ». »

Le Projet, qui devrait se situer dans la continuité de réformes précédentes en matière de soins de santé, vise à répondre à cette ambition en introduisant des sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires, en élargissant notamment la couverture des besoins en infrastructures d'imagerie médicale et en recourant à des modalités de collaboration et de financement plus flexibles à l'activité ciblée sur les soins ambulatoires.

Ainsi, la mesure principale du Projet est l'introduction de la possibilité d'ouverture de sites hospitaliers supplémentaires (antennes) dédiés aux soins de santé ambulatoires suivants :

- Dialyse
- Imagerie médicale
- Hospitalisation de jour non chirurgicale
- Traitement oncologique ambulatoire

Ces sites devront être exploités par un établissement hospitalier seul ou, à l'avenir, en collaboration avec un groupe de médecins. Ces sites supplémentaires entreront dans le cadre légal global de planification tenant compte des besoins sanitaires.

Le financement des coûts d'exploitation se fera, le cas échéant, sur base d'un financement des activités par forfait à définir, hors de l'enveloppe budgétaire globale. Les coûts à charge de l'assurance maladie-maternité (AMM) sont difficiles à estimer à ce stade. S'y ajoutent, en outre, les actes médicaux couverts par la nomenclature des actes et des services médicaux.

La base légale pour cette approche forfaitaire repose sur l'article 65 du Code de la sécurité sociale, qui prévoit que lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. Malgré la précision donnée par le Projet que ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapie et des ressources utilisées, la logique de plafonnement des coûts ne semble pas être prise en compte, comme c'est actuellement le cas pour l'enveloppe budgétaire globale du secteur hospitalier.

Pour les Chambres, il importe d'avoir un concept global de planification extrahospitalière ainsi qu'un plan de financement à respecter avec des attributions clairement définies afin de préserver un système de santé de qualité, efficient et soutenable à terme.

L'implication des médecins dans la gestion de ces antennes sera à régler au niveau des contrats de collaboration pour lesquels des clauses devraient être revues, rendues transparentes et uniformisées en vue de se conformer à l'idée d'une approche holistique et intégrée. Les modalités de financement pourront prendre la forme, en sus de l'investissement propre, de la location et du leasing. Le nombre de ces sites n'est pas limité dans l'absolu.

L'objectif est, toutefois, de limiter « *les antennes de services au maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire.* » De plus, la législation hospitalière s'appliquera aux structures extrahospitalières dans la limite des antennes qui sont créées. Il s'ensuit qu'au niveau des conditions de travail, la convention collective des hôpitaux s'appliquera, de même que les obligations auxquelles sont soumises les prestataires de soins, telles que les gardes et les astreintes.

Par ailleurs, l'urgence du Projet s'explique par l'ouverture d'un centre médical d'imagerie au Potaschberg, qui ne disposerait pas de base légale pour fonctionner, selon le ministère de la Santé, situation qui montre clairement la nécessité de légiférer dans ce domaine dans l'intérêt de la planification sanitaire et financière et de la sécurité du patient. Si des solutions pourraient exister pour ce cas particulier, car certains hôpitaux luxembourgeois peuvent encore légalement ouvrir une antenne supplémentaire, cette solution ponctuelle ne saurait pouvoir être multipliée pour de nouveaux centres à venir. Au Luxembourg, les centres hospitaliers disposent actuellement de 11 machines d'IRM et ce nombre passerait à 12 dès que la situation du centre médical d'imagerie Potaschberg sera régularisée.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers soutiennent un « virage ambulatoire » du système de santé, mais, dans la mesure du possible, planifié et visant à assurer la complémentarité entre les soins hospitaliers et extrahospitaliers. Les deux Chambres rappellent, par ailleurs, que les

activités de dialyse et de chimiothérapie, toutes deux incluses dans le Projet, sont déjà actuellement ambulatoires.

Dans un contexte de digitalisation et de progrès médical, il importe également d'assurer l'avancement et l'utilisation d'outils digitaux tels que la documentation hospitalière qui constitue la base d'un fonctionnement optimal et permet d'évaluer et encadrer les besoins sanitaires. Le dossier de soins partagé est un autre exemple en la matière. Idéalement, un système IT unique au niveau hospitalier et extrahospitalier permettrait d'assurer un suivi cohérent du parcours du patient et de dégager des données médicales nécessaires à la planification sanitaire et au progrès médical.

Dans un esprit de sécurité à la fois juridique, financière et systémique, le Projet doit s'intégrer davantage dans une vision continue prenant en compte les intentions développées dans le passé avec, entre autres, les lois sur les soins de santé, les droits et obligations du patient, la réforme du Contrôle médical de la Sécurité sociale (CMSS) et la planification hospitalière. Les remarques formulées par les Chambres lors de la rédaction d'avis antérieurs restent applicables.

Il est important de prévoir une coordination cohérente des différents projets envisagés ainsi que des gardes fous afin d'éviter un redressement *ex post* des législations. Dans ce contexte, il importe de :

- revoir les mécanismes de gouvernance pour améliorer la collaboration entre décideurs et parties prenantes,
- assurer une continuation dans la planification sanitaire du pays,
- soutenir davantage les acteurs responsables du pilotage de l'écosystème de santé,
- sanctionner les abus plutôt que de démultiplier les incitatifs financiers,
- fusionner les centres de décision,
- clarifier les bases légales des dossiers de santé,
- finaliser les principes de financement applicables pour l'acquisition d'équipements médicaux en milieu hospitalier et extrahospitalier,
- revoir et peaufiner l'approche forfaitaire en introduisant des gardes fous dans le sens d'une meilleure prévisibilité des dépenses dans le domaine extrahospitalier et introduire des règles anti-cumul et de cadrage pour tout remboursement de prestations ou rémunération (par exemple : gardes, équipements, location d'appareil),
- généraliser l'accessibilité du dossier patient et assurer que la documentation hospitalière et le dossier patient soient tenus à jour et accessibles.

Pour une vision globale du système de santé

o Meilleure coordination et pilotage du système

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment que le Projet est une étape importante dans l'évolution du système de santé depuis qu'a été promulguée la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Ainsi, les propositions du Projet doivent s'inscrire dans le contexte d'une analyse et vision globale du système de soins de santé, qui s'oriente notamment vers une meilleure coordination et un meilleur pilotage de ce système. De fait, il s'agit de définir une stratégie cohérente et commune pour un système de santé de qualité et efficient qui soit accessible à tout le monde. Il est nécessaire de protéger et constamment améliorer un système de santé qui est sujet aux règles de gouvernance et de redistribution propres aux systèmes de sécurité sociale et de santé luxembourgeois. Actuellement, le plan national de santé auquel l'Union des entreprises luxembourgeoises (UEL) a fait part de sa contribution est en voie de finalisation. A voir quelles seront les actions concrètes envisagées visant à mettre en place les mesures retenues dans ce plan de santé et si elles seront susceptibles d'améliorer le système de santé national.

o Soutenabilité du système de santé

Pour la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, le système de santé luxembourgeois fait aujourd'hui face à plusieurs défis, confirmés par la crise sanitaire, qui incitent à l'adapter aux nouvelles réalités et ceci rapidement. Le premier de ces défis est le nécessaire redressement à court terme de la situation financière de l'AMM pour préserver la soutenabilité du système de santé, dans le contexte

d'un premier pilier particulièrement généreux et qui n'intègre que très peu les atouts que peuvent apporter le pilier complémentaire. Dans ce cadre, les instruments de pilotage du système prévus par la loi tels que l'enveloppe budgétaire globale (EBG), y compris les contrôles, doivent être appliqués et renforcés. La réforme des soins de santé de 2010 a introduit l'EBG, un instrument de cadrage prometteur qui vise le plafonnement des dépenses hospitalières. Toutefois, les adaptations opérées en 2018 ont remis en cause l'efficacité de cet instrument. L'EBG nécessite ainsi une nouvelle refonte qui la rapproche à nouveau de ses principes initiaux. Le rapport de l'IGSS sur l'enveloppe budgétaire globale, avec son avis complémentaire sur l'EBG de 2021 et 2022, qui inclut pour la première fois une analyse sur les réserves des établissements hospitaliers, donne à réfléchir à maints égards.

Le CMSS devrait être davantage reconnu et renforcé dans ses missions dans le sens des intentions développées initialement par le projet sur la réforme du Contrôle médical¹.

La redéfinition des missions du CMSS avait déjà été discutée dans le contexte de la réforme des soins de santé de 2015 dans le sens d'un renforcement de ses missions d'évaluation et de contrôle tant des assurés que des prestataires, mais aussi d'un élargissement de ses pouvoirs en lui conférant une mission de conseil tant pour la Caisse nationale de santé que pour les assurés.

Il est regrettable que l'importance de cette mission d'encadrement et, par ce biais, le besoin d'un pilotage efficace du système de soins de santé généreux à l'égard des assurés et prestataires, ne fasse pas l'unanimité. La tendance à l'augmentation des abus et fraudes devra être surveillée et sanctionnée et le maintien d'une prise en charge de qualité n'est réalisable qu'avec l'aide d'une institution telle que le CMSS qui devrait se voir octroyer des moyens nécessaires pour évaluer la qualité des prestations à charge de la sécurité sociale et, par ce biais, des prestataires.

Le coût important du système de santé doit avoir pour contrepartie de garantir l'accès aux soins médicaux, la sécurité du patient ainsi que la qualité des soins prestés. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers rappellent le besoin absolu de respecter le concept de l'utile et du nécessaire décrit par l'article 23 du Code de la sécurité sociale : « *Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.* »

o Prise en compte des besoins en fonction de la démographie

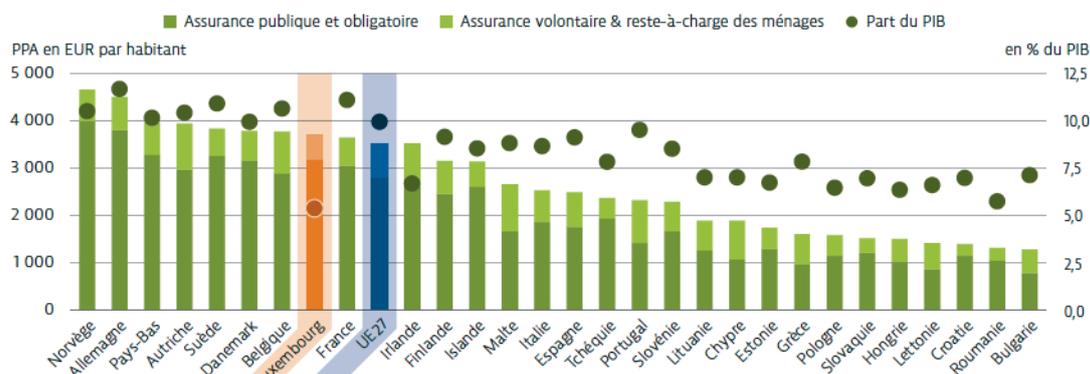
L'égalité de traitement des patients et prestataires de soins doit se faire, tout en préservant la pérennité du système. Il est nécessaire d'éviter, en lien avec le Projet, une situation où tous les soins de santé seraient proposés partout. La taille du pays, tant du point de vue géographique que démographique, est à prendre en compte dans le cadre de la planification sanitaire afin de préserver la qualité médicale en s'assurant d'une masse critique dans les domaines hospitaliers et extrahospitaliers. Cette planification doit passer par le développement de centres de compétences qui nécessitent une masse critique de patients et de moyens mis en œuvre. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers considèrent que le « virage ambulatoire » ne devra pas aboutir à une limitation des compétences humaines dans les hôpitaux, alors que l'encadrement du travail en équipe est indispensable à la qualité des soins dispensés.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ont bien conscience qu'une égalité de traitement des professions de soins de santé avec d'autres professions libérales est difficile à envisager par rapport aux contraintes sociales, juridiques et financières du système de santé dans lesquelles les prestataires de santé évoluent. Ainsi, elles soutiennent le maintien, voire le renforcement, de la planification de l'activité, voire de l'offre, dans le contexte d'un système de santé préfinancé par les cotisations sociales payées par les entreprises, les salariés et les finances publiques. Cependant, les Chambres s'inquiètent des répercussions possibles d'une évolution du système de santé qui tend de plus en plus vers la gratuité, en raison des risques de déresponsabilisation individuelle de chacun que ce soit aussi bien au niveau des prestataires de soins que des assurés.

D'après les données publiées par l'OCDE dans le profil de santé par pays 2019, au Luxembourg « *les niveaux de dépenses par habitant pour l'ensemble des fonctions de santé sont élevés comparés*

¹ Lien vers la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la Sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

à ceux d'autres pays de l'Union européenne (UE). Le Luxembourg dépense 1.213 euros par habitant en soins ambulatoires, 996 euros en soins hospitaliers et 667 euros en soins de longue durée, dans chaque cas plus que la moyenne de l'UE. En pourcentage des dépenses de santé, les soins ambulatoires (33,9%) et les soins de longue durée (18,7%) sont supérieurs à la moyenne de l'UE (29,7% et 16,3% respectivement), tandis que les soins hospitaliers (27,9%) sont juste en dessous de ce que dépensent les autres pays de l'UE (28,9%). Le Luxembourg dépense 2,2% des moyens qu'il consacre à la santé à des programmes de prévention, ce qui est également en-dessous de la moyenne de l'UE (3,1%) ».



Remarque: la moyenne de l'UE est pondérée.

Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (les données concernent l'année 2019, sauf pour Malte: 2018).

De plus, « la part des dépenses de santé prises en charge par les assurés est la 2ème plus faible de l'UE après la France, et bien en-dessous de la moyenne de l'UE ».

Pour faire face à une dérive possible des coûts, les Chambres incitent à davantage pousser la digitalisation. En effet, la digitalisation de la santé est certes un processus continu depuis bon nombre d'années, mais elle est encore insuffisamment exploitée. Elle constitue une grande opportunité en tant qu'élément de réponse à beaucoup de défis auxquels le système est confronté. Que ce soit dans le cadre de la prévention, d'un accès/partage formalisé aux informations/données médicales pour mieux assurer le suivi du patient et les échanges entre acteurs concernés, de l'allègement des démarches de santé, de nouvelles méthodes de travail et d'autres encore, la digitalisation, pour en garantir le succès, doit faire l'objet d'une stratégie globale cohérente et concertée. Cette digitalisation devra se faire sous un contrôle public national et un respect de la législation en matière de la protection des données personnelles dans le contexte de la gestion de données sensibles.

Pour une amélioration de la gouvernance du système de santé

Pour la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, la gouvernance est l'un des axes principaux d'amélioration du système de santé. Un alignement dans les objectifs et les priorités des deux ministères de la Santé et de la Sécurité sociale est requis. Plus globalement, le dialogue avec l'ensemble des parties prenantes du système de santé devrait être plus systématique et étendu à toutes les décisions stratégiques liées à l'AMM, qu'elles mènent ou non à une obligation de légiférer au niveau du droit de la Sécurité sociale.

Les Chambres pensent plus particulièrement aux représentants patronaux alors que les employeurs contribuent fortement au financement de l'assurance maladie-maternité. Les responsables patronaux militent pour une gestion saine, prudente et responsable de l'AMM, une vision essentielle alors que l'assurance maladie-maternité enregistre un déficit de 55 millions d'euros en 2021, en forte augmentation par rapport aux 12,4 millions d'euros de déficit en 2020. Au-delà de la pandémie de la Covid, le creusement de ce déficit est notamment dû à une augmentation structurelle des dépenses.

Par ailleurs, les Chambres encouragent la gouvernance du système de santé à intégrer davantage le concept de responsabilité sociale des organisations (RSO) dans sa mise en œuvre, en impliquant toutes les parties prenantes, y compris les gestionnaires, à développer davantage une vision qualité dans l'intérêt du patient et à respecter le fonctionnement inhérent à tout système d'assurance qui repose sur le principe que tout droit à prestation devrait être financé par une cotisation.

Dans ce cadre, il s'agirait de développer une gestion de qualité à tous les niveaux, y compris médical, qui reposerait sur des indicateurs de qualité (KPI) à concevoir et perfectionner. L'aspect environnemental de la RSO est aussi à prendre en compte dans cette démarche.

La situation financière de l'assurance-maladie et le renforcement des mécanismes de contrôle

Le budget de l'AMM est passé d'un excédent de 100 millions d'euros en 2019 à un déficit de 55 millions d'euros en 2021, situation qui n'est pas seulement due à l'impact de la crise sanitaire sur la hausse des dépenses pour prestation et à la baisse des recettes de cotisation sur les exercices 2020 et 2021, mais aussi à la hausse de facteurs structurels. Cette augmentation des dépenses structurelles ne contribue que dans une moindre mesure à une amélioration des soins prestés. Ainsi, pour 2022, un résultat négatif de 55,3 millions d'euros est estimé et pour 2023, un solde négatif des opérations courantes est à nouveau prévu.

Les dépenses augmentent plus rapidement que les recettes et ce malgré un apaisement des dépenses COVID. Dès lors, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'inquiètent de ce déficit chronique ou structurel de l'AMM. Elles recommandent, dans ce contexte, d'adopter une attitude prudente dans la gestion du système de santé.

Au sein du rapport « Le système des comptes de la santé la dépense de santé courante au Luxembourg : une comparaison internationale », publié en septembre 2020 par l'OCDE, il est établi que les dépenses de santé par habitant sont passées de 4.870 euros en 2014 à 5.221 euros en 2018. Le niveau des dépenses de santé par habitant était en 2017, de 5.010 euros par habitant au Luxembourg, 4.460 euros en Allemagne, 4.080 euros en Belgique et 3.910 euros en France, malgré un âge médian de la population significativement plus faible au Grand-Duché par rapport aux pays voisins. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers soulignent, sur la période allant de 2011 à 2021, l'importance de l'évolution des dépenses pour le secteur extrahospitalier (+77,7%), par rapport aux prestations du secteur hospitalier (+65,8%) et des prestations à l'étranger (+50,7%).

Face à la hausse de ces dépenses, il est utile de rappeler l'absolue nécessité du maintien du niveau de cotisations actuelles pour les employeurs et les employés afin de préserver la compétitivité-coût et l'attractivité du territoire économique luxembourgeois. Toute augmentation des taux de cotisations constituerait une charge financière supplémentaire pour les salariés et pour les entreprises confrontées déjà actuellement à une perte de compétitivité-coût.

Ainsi, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers insistent sur la nécessité d'analyser tant le volet recettes que dépenses des soins de santé et de renforcer les mécanismes de contrôles des dépenses de l'AMM. Une analyse détaillée et transparente de l'efficacité des dépenses s'impose d'urgence et fait l'objet d'un groupe de travail décidé à la Quadripartite de mai 2022.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers soulignent le besoin d'avoir une stratégie de santé efficace et cohérente visant à améliorer le système de santé au Luxembourg et, ainsi, l'état de santé des citoyens, dans le cadre d'une politique de santé soutenable à long terme. A cette fin, la réalisation d'un bilan technique d'évaluation périodique avec des mécanismes régulateurs autres que le simple relèvement de taux de cotisations, tel qu'il existe par exemple pour l'assurance pension, devrait être envisagé. Les discussions et analyses entamées au sein du groupe de travail « soutenabilité financière » sur les différentes pistes à explorer dans ce but devront avancer pour rapidement venir à des conclusions.

*

Après consultation de leurs ressortissants, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne peuvent approuver le projet de loi sous avis que sous la réserve expresse de leurs remarques.

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

10



Commission de la Santé et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 7 mars 2023

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 13 décembre 2022 et des réunions jointes du 21 septembre 2022 (pétition publique 2301), du 3 octobre 2022 (pétition publique 2232) et du 17 octobre 2022 (pétition publique 2193)
2. 8009 Projet de loi portant modification :
1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
3° du Code de la sécurité sociale

- Présentation du projet de loi
- Désignation d'un rapporteur
3. Motion de M. Marc Goergen relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance (7 juillet 2022)
4. Motion de Mme Nathalie Oberweis relative à la création d'une maison de naissance (7 juillet 2022)
5. Divers

*

Présents : M. Gilles Baum, M. Mars Di Bartolomeo, M. Yves Cruchten, remplaçant Mme Francine Closener, M. Jeff Engelen, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, M. Max Hengel, Mme Josée Lorsché, Mme Nathalie Oberweis, M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler

M. Sven Clement, observateur délégué

M. Sven Clement, remplaçant M. Marc Goergen, auteur de la motion relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance

Mme Nathalie Oberweis, auteure de la motion relative à la création d'une maison de naissance

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

M. Jean-Paul Freichel, M. Laurent Mertz, du Ministère de la Santé

M. Thomas Dominique, Mme Sonja Trierweiler, du Ministère de la Sécurité sociale

M. Nicolas Anen, du groupe parlementaire LSAP

M. Dan Schmit, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Francine Closener, M. Georges Mischo

M. Marc Goergen, auteur de la motion relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance

*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission

*

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 13 décembre 2022 et des réunions jointes du 21 septembre 2022 (pétition publique 2301), du 3 octobre 2022 (pétition publique 2232) et du 17 octobre 2022 (pétition publique 2193)

Les projets de procès-verbal sous rubrique sont approuvés à l'unanimité des membres présents.

2. 8009 Projet de loi portant modification :
1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
3° du Code de la sécurité sociale

En guise d'introduction, Monsieur Mars Di Bartolomeo (groupe politique LSAP), Président de la Commission de la Santé et des Sports, précise que le projet de loi sous rubrique ayant trait au virage ambulatoire a été déposé en date du 2 juin 2022. Il rappelle que les grandes lignes de ce projet de loi ont été présentées lors d'une réunion jointe de la Commission de la Santé et des Sports et de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale qui a eu lieu le 18 mai 2022.

Par la suite, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports passe la parole à Madame Paulette Lenert, Ministre de la Santé.

Madame la Ministre rappelle d'emblée que la mise en œuvre du virage ambulatoire a été entamée il y a plusieurs années en milieu hospitalier. Ce concept développé au Canada a pour objectif de limiter les traitements stationnaires dans la mesure du possible, à condition que l'état de santé du patient le permette et que la qualité de la prise en charge ambulatoire puisse être garantie. Dans ce contexte, le ministère de la Santé surveille de près les efforts visant à réduire la durée moyenne des séjours hospitaliers et notamment le nombre de nuitées à l'hôpital. Le virage ambulatoire permet dès

lors aux hôpitaux d'augmenter le nombre de prestations de soins de santé, tout en maintenant constant celui des lits hospitaliers.

Madame la Ministre de la Santé précise que le projet de loi sous rubrique vise notamment à régulariser la situation suite à l'arrêt 148 relatif au refus du ministre de la Santé d'autoriser l'installation d'un IRM (*imagerie* par résonance magnétique) en milieu extrahospitalier que la Cour constitutionnelle a rendu en date du 5 juillet 2019. La Cour constitutionnelle a considéré dans cet arrêt que l'établissement, par voie de règlement grand-ducal, de la liste des équipements et appareils médicaux qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, prévue à l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin qui, en tant que telle, doit être réglée au niveau de la loi. Partant, la Cour constitutionnelle a déclaré inconstitutionnel l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983 comme constituant une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin sur base des articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution.

Madame la Ministre de la Santé procède ensuite à une présentation plus détaillée du projet de loi sous rubrique.

Article 1^{er} – Loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

L'article 1^{er} du projet de loi regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Point 1^o – article 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Face aux défis du vieillissement de la population et aux risques futurs y associés en matière d'engorgement des structures de santé, de hausse des coûts globaux de santé et de pénurie de professionnels de santé, il est proposé de développer davantage la prise en charge ambulatoire. Étant définie comme la prise en charge d'un patient sans qu'il y ait de nuitée dans un établissement hospitalier, la prise en charge ambulatoire ne doit pourtant pas être une fin en soi, mais plutôt contribuer à atteindre les objectifs suivants :

- améliorer la sécurité et la qualité pour le patient en évitant de longs séjours hospitaliers et en réduisant les risques d'infection nosocomiale en milieu hospitalier ;
- désengorger les structures hospitalières ;
- améliorer l'accès aux soins de santé en délocalisant des procédures ne nécessitant pas de nuitée dans un hôpital vers des structures spécialisées dans les prises en charge ambulatoires ;
- contribuer à maîtriser la croissance des coûts des soins de santé ;
- réduire la pénurie de personnel de santé en diminuant de manière générale le nombre de ressources nécessitées pour les services de nuit.

Il est dès lors important de concentrer les prises en charge ambulatoires dans des infrastructures dédiées afin de profiter pleinement des gains d'efficacité et de confort pour le patient. En effet, les prises en charge nécessitent un cadre

infrastructurel et organisationnel distinct des prises en charge en milieu stationnaire.

Afin de répondre à ces exigences, il est proposé d'insérer un nouvel alinéa 4 dans le paragraphe 1^{er} de l'article 4 de la loi précitée du 8 mars 2018 visant à autoriser les quatre centres hospitaliers existants à disposer de sites supplémentaires se situant en dehors des murs des hôpitaux existants et dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services concernant la dialyse, l'hospitalisation de jour non chirurgicale, l'imagerie médicale et l'oncologie.

Ces sites supplémentaires peuvent être exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins libéraux. Conformément au projet de loi autorisant les médecins à s'organiser sous forme de société¹, il sera également possible que les sites supplémentaires soient exploités par un établissement hospitalier en collaboration soit avec un ou plusieurs médecins, soit avec une personne morale au sens du projet de loi autorisant la médecine sous forme sociétale.

Suite à l'insertion du nouvel alinéa 4, l'ancien alinéa 4 devient le nouvel alinéa 5 de l'article 4 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Point 2° – article 8 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 2° de l'article 1^{er} modifie le point 3° du paragraphe 1^{er} de l'article 8 de la loi précitée du 8 mars 2018 afin de préciser que le ministre ayant la Santé dans ses attributions peut désormais autoriser des projets de construction nouvelle en relation avec les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires. Ces projets seront financés par le biais du Fonds spécial des investissements hospitaliers selon les mêmes procédures qui sont applicables aux sites existants.

Dans ce contexte, la référence au service d'hospitalisation de jour s'avère superflue et peut dès lors être supprimée.

Point 3° – article 9 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 3° de l'article 1^{er} propose de compléter le paragraphe 6 de l'article 9 de la loi précitée du 8 mars 2018 par une nouvelle disposition suivant laquelle chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire dédié aux soins de santé ambulatoires.

En effet, du fait d'une offre de soins nécessitant des ressources différentes et en vue d'une délocalisation de cette offre, une telle limitation sur base d'un nombre absolu de sites supplémentaires ne pourrait satisfaire les besoins d'une planification. Par contre, et en ligne avec le leitmotiv de la réforme du système de santé de 2010, le « *pas tout partout* », il s'agit de limiter en nombre

¹ Projet de loi 8013 portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ;

3° de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute

les antennes de service à un maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire.

Aussi, l'approche retenue est de limiter une délocalisation de l'offre des soins de santé ambulatoires à des services hospitaliers présentant des prestations de soins éligibles de par leur nature à une certaine délocalisation, tout en assurant un lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondant aux domaines d'activité médicale couverts ainsi qu'avec les plateaux médico-techniques associés à cette prise en charge. Les antennes de service devront disposer de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis.

Point 4° – article 14 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 4° de l'article 1^{er} apporte des modifications à l'article 14, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018 relatif aux équipements et appareils médicaux.

La volonté du législateur est celle de réglementer le marché des équipements lourds et coûteux du domaine de la santé dans un but de protection sociale. La sanction d'inconstitutionnalité, dans le cadre précis de l'exercice d'une profession libérale, d'une disposition identifiée comme simple corollaire sécurisant ne permet pas de remettre en cause cette volonté.

L'analyse de la disposition sanctionnée par l'arrêt 148 de la Cour constitutionnelle du 5 juillet 2019 a montré que la réglementation des appareils lourds et coûteux constitue un outil de planification important aux mains de l'État, lui permettant d'assurer, aux moyens de fonds publics, la protection de la santé de la population et de garantir l'accès égalitaire aux soins de santé utiles et nécessaires.

Ainsi, sur base d'une planification, l'ensemble des équipements et appareils médicaux à réserver au milieu hospitalier qui, soit en raison de leur coût, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, est dès à présent fixé par la loi.

De même, en ce qui concerne des équipements spécifiques ne pouvant être déployés sur base des critères cités ci-avant dans l'ensemble des établissements hospitaliers, un nombre maximum est à fixer par la loi, en assurant l'offre de service par le système de santé sans pour autant prévoir un déploiement dans l'ensemble des établissements.

En ligne avec les travaux parlementaires menés dans le cadre du projet de loi 7056 devenu la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, il est prévu de soumettre à l'autorisation du ministre ayant la Santé dans ses attributions, à côté des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, de façon générale tous les équipements et appareils médicaux dépassant un certain coût.

Il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros

qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale, ni les laboratoires d'analyses médicales.

Point 5° – article 15 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 5° de l'article 1^{er} adapte le point 1° de l'article 15 de la loi précitée du 8 mars 2018 en précisant que l'État participe à hauteur de 80 pour cent des coûts générés par les équipements et appareils médicaux dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er}, et qui sont soumis à planification nationale.

Point 6° – article 20bis nouveau de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 6° de l'article 1^{er} entend insérer un article 20bis nouveau dans la loi précitée du 8 mars 2018.

Cette disposition a pour objet d'assurer la participation financière de l'État à hauteur de 80 pour cent des coûts générés par les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale situés sur des sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires et les frais immobiliers de ces sites, à condition que l'investissement mobilier ou immobilier ne soit pas subventionné par l'État, à hauteur de 80 pour cent, soit par le Fonds spécial des investissements hospitaliers, soit par le budget de l'État en ce qui concerne les équipements et appareils nécessitant une planification nationale.

À ce sujet, des forfaits sont à établir selon les dispositions afférentes du Code de la sécurité sociale, à savoir l'article 74, alinéa 6, l'article 76, alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret, et l'article 78, alinéa 3. Ces forfaits, qui sont pris en charge par la Caisse nationale de santé, devront nécessairement tenir compte de manière explicite, le cas échéant, des frais de location des infrastructures mobilières et immobilières des établissements hospitaliers, afin de permettre à la Caisse nationale de santé d'établir un décompte annuel y relatif et dont 80 pour cent des coûts seront dans la suite à prendre en charge par le budget de l'État.

Point 7° – article 33 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 7° de l'article 1^{er} apporte des modifications à l'article 33, paragraphe 7, alinéas 1^{er} et 4, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Dans le contexte des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires, une implication des médecins libéraux dans la gestion des antennes de service sera à régler au niveau de contrats de collaboration qui doivent correspondre à un contrat-type. Il s'ensuit que chaque médecin doit être agréé à un établissement hospitalier et participer au service de garde de ce dernier.

À ce sujet, il est inséré dans l'alinéa 4 du paragraphe 7 de l'article 33 de la loi précitée du 8 mars 2018 un point 9° nouveau qui prévoit une gestion organisationnelle participative faisant référence à une forme ouverte de gestion, avec des médecins participant activement au processus décisionnel de l'organisation. Ce concept innovateur met en avance l'importance d'une

relation forte entre tous les acteurs impliqués en tant que facilitateurs qui traitent directement avec les patients et satisfont leurs besoins.

Point 8° – article 45 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 8° de l'article 1^{er} apporte des adaptations au régime des sanctions dans le chef des personnes physiques ou morales prévu à l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Le paragraphe 2 de l'article 45 est complété par une nouvelle phrase disposant que l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite.

Par analogie avec la première phrase du paragraphe 2 de l'article 45, le paragraphe 4 nouveau introduit une amende de 5 000 à 100 000 euros au cas où une personne physique ou morale utiliserait, exploiterait ou mettrait à la disposition soit un appareil ou équipement visé à l'article 14, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients, sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Par analogie avec l'article 14 de ladite loi, il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale, ni les laboratoires d'analyses médicales.

Point 9° – annexe 2 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 9° de l'article 1^{er} apporte une précision au point D de l'annexe 2 intitulée « Définitions des services hospitaliers » de la loi précitée du 8 mars 2018.

Cette disposition a pour objet de ne pas prévoir une présence sur le même site de services en liens fonctionnels étroits avec le service de dialyse (service de médecine interne, service d'imagerie médicale et service de soins intensifs).

Point 10° – annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 10° de l'article 1^{er} entend modifier l'intitulé et compléter le tableau de l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Ainsi, l'annexe 3 définit désormais les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières réservés aux établissements hospitaliers. Partant, le tableau actuel reprenant les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale et réservés aux établissements hospitaliers est complété par les équipements et appareils médicaux nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières.

Sur base du constat du recours à du personnel hautement qualifié, associé à l'exigence d'une prise en charge adéquate en cas de complication par de

nouvelles structures nécessitant du personnel hautement qualifié et à une pénurie de ressources humaines, les critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des équipements et appareils médicaux repris dans le tableau sont donnés comme suit :

1) *Tomographe à résonance magnétique nucléaire :*

En sus du coût de l'équipement, la complexité des mesures de sécurité nécessaires en raison de l'utilisation des champs magnétiques et électromagnétiques (architecturales, techniques, en lien avec la protection des patients, du public et des professionnels), l'utilisation des produits de contraste et une prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste, la nécessité du déploiement d'un système d'assurance qualité tel que prévu par le règlement grand-ducal du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d'imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonance magnétique nucléaire et la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale en application de la définition des services d'imagerie médicale de l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018 sont à l'origine d'une réservation de cet équipement au milieu hospitalier ;

2) *Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire :*

En sus du coût de l'équipement, des contraintes architecturales nécessaires pour son installation, l'application de la procédure de justification des examens pour minimiser l'exposition aux rayonnements ionisants, en application de la définition des services d'imagerie médicale, annexe 2, de la loi précitée du 8 mars 2018 et du règlement grand-ducal du 1^{er} août 2019 relatif à la radioprotection, et la prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste sont mis en compte dans le contexte d'une affectation de cet équipement seul au milieu hospitalier. Outre le coût réduit de cet équipement, concernant la possibilité d'acquisition et d'utilisation du tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) dans les cabinets dentaires, celle-ci se justifie par la nécessité de continuité des soins en médecine dentaire pour le domaine de l'implantologie dans lequel le CBCT est indiqué. L'autorisation du CBCT dans les cabinets dentaires facilite ainsi la prise en charge des patients évitant la multiplication des rendez-vous et des déplacements pour le patient ;

3) *Équipements de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires :*

La fréquence d'occurrence et la gravité potentielle des complications liées à la pratique de ces examens (hémorragie, embolie, réaction allergique grave aux produits de contraste) imposent leur réalisation au sein d'un établissement hospitalier disposant sur le même site de services permettant la surveillance et la prise en charge des patients. En plus du coût de l'équipement, la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale et l'exposition aux rayonnements ionisants sont en faveur d'un usage réservé aux établissements hospitaliers ;

- 4) *Équipement de diagnostic et de surveillance thérapeutique utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons :*

Équipements nécessitant des dispositions spécifiques notamment des contrôles qualité en raison de l'utilisation de radioéléments ouverts ou non scellés avec risque de contamination radioactive (risque pour la population, les travailleurs exposés et les patients), conditions qui exigent dès lors que ces équipements soient réservés aux établissements hospitaliers autorisés ;

- 5) *Lasers à utilisation endovasculaire et lasers urologiques :*

Du fait de l'existence de complications potentielles graves, l'utilisation de ces techniques et de cet équipement nécessite la surveillance médicale des patients en secteur hospitalier après leur prise en charge ; cet équipement est dès lors à réserver aux établissements hospitaliers ;

- 6) *Équipement d'épuration extra-rénale par hémodialyse :*

La prise en charge des patients dialysés est sous la responsabilité d'un service hospitalier de dialyse au sens de l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018 ;

- 7) *Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle :*

Équipement dont l'utilisation est indiquée dans le cadre d'interventions chirurgicales lourdes sur le système cardio-vasculaire et qui implique une surveillance intensive en milieu hospitalier en lien avec les risques encourus pour la santé des patients ;

- 8) *Tout équipement supplémentaire à l'appareil EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie incluant l'EEG :*

Équipement utilisé dans le cadre d'une démarche diagnostique nécessitant des avis pouvant relever de plusieurs spécialités médicales pour une prise en charge optimale du patient. Cette possibilité est uniquement présente au sein des établissements hospitaliers ;

- 9) *Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale :*

Équipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus ;

- 10) *Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur :*

Les disciplines qui en bénéficient à ce jour sont la chirurgie générale et digestive, la chirurgie vasculaire et thoracique, l'urologie et la chirurgie gynécologique, avec comme ambition d'étendre encore les domaines d'application de cette nouvelle chirurgie assistée par robotique afin d'en faire bénéficier le plus de patients possibles. Il s'agit d'un équipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus ;

11) *Équipement de mammographie :*

L'équipement mammographique doit être utilisé seulement par des personnes qualifiées qui ont reçu la formation adéquate relative à l'équipement et aux procédures. Spécifiquement dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du sein, les femmes asymptomatiques subissent des examens mammographiques afin que l'on puisse détecter les tumeurs cancéreuses de façon précoce et réduire les décès par le cancer du sein. Dans ces programmes, il est important de réduire au minimum l'exposition au rayonnement des participantes, tout en s'assurant d'avoir des images de qualité diagnostique optimale. Par conséquent, un programme de dépistage du cancer du sein ne doit être établi que si les doses glandulaires moyennes se situent dans les limites acceptées et qu'un programme d'assurance de la qualité est mis en œuvre. Il incombe au technologue de maintenir l'exposition de la patiente ou du participant à la mammographie de dépistage au niveau le plus faible possible. De manière générale, la mammographie doit être réalisée uniquement avec de l'équipement spécialement conçu pour la mammographie.

Article 2 – *Loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire*

L'article 2 du projet de loi regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Point 1° – article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

Le point 1° de l'article 2 entend abroger l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983, article que la Cour constitutionnelle a déclaré inconstitutionnel dans son arrêt 148 du 5 juillet 2019.

Dans la version actuelle de la loi précitée du 29 avril 1983, l'article 19 prévoit qu'un règlement grand-ducal fixera une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ainsi qu'une liste des équipements et appareils qui peuvent seulement être détenus ou utilisés par les médecins-spécialistes pour les besoins de leurs spécialités. La nouvelle teneur des articles 14 et 45 de la loi précitée du 8 mars 2018 rend cette disposition caduque.

Point 2° – article 42 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

Suite à l'abrogation de l'article 19, il convient de supprimer la deuxième phrase du paragraphe 2 de l'article 42 de la loi précitée du 29 avril 1983, qui est devenue superfétatoire.

Article 3 – *Code de la sécurité sociale*

L'article 3 du projet de loi modifie l'alinéa 4 de l'article 65 du Code de la sécurité sociale.

Si les prises en charge ambulatoires qui impliquent des équipements lourds seront concentrées davantage sur des sites dédiés, il est également prévu de clarifier, voire de lever les restrictions actuelles concernant l'installation dans les cabinets de ville de certains équipements et appareils médicaux qui ne sont pas considérés comme lourds. Certains équipements et appareils médicaux non coûteux, ne nécessitant pas de personnel hautement qualifié et n'exigeant pas de conditions d'emploi particulières pourront donc être installés dans des cabinets de ville sans être soumis à une planification. Ainsi, il sera possible de renforcer le rôle des hôpitaux dans la prise en charge de cas complexes et nécessitant des compétences avancées tout en promouvant les soins primaires.

Tout en précisant le cadre légal fixé dans le contexte de la loi précitée du 8 mars 2018, cette disposition permet dorénavant des forfaits établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. À cet égard, sont à considérer les investissements y relatifs et les frais d'exploitation des équipements et appareils médicaux visés. En outre, il faut assurer que l'établissement de tels forfaits par passage soit basé sur une exploitation efficiente sur base d'une utilisation à plein régime et en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « *pas tout partout* ».

Cette disposition est à considérer en relation avec l'article 76, alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret, du Code de la sécurité sociale.

Suite à l'introduction de la documentation hospitalière par la loi précitée du 8 mars 2018, l'analyse de l'exhaustivité et l'intégration des données de la documentation hospitalière dans les bases de données sur les prises en charge au Luxembourg ont prouvé la fiabilité des diagnostics principaux collectés dans le cadre de la documentation hospitalière et ont permis de valider leur utilisation future. Ainsi, les dispositions du Code de la sécurité sociale, à savoir l'article 74, alinéa 6, l'article 76, alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret, et l'article 78, alinéa 3, admettent que l'approche forfaitaire s'applique notamment pour les prestations de soins de santé ambulatoires dans le cadre des sites dédiés. À l'instar des forfaits en milieu extrahospitalier, il sera à assurer que leur détermination se base sur une utilisation à plein régime, tout en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « *pas tout partout* ».

Au sujet de l'élaboration des forfaits, aussi bien au niveau des prestations hospitalières qu'au niveau des prestations extrahospitalières, la Cellule d'expertise médicale, introduite par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, pourra fournir des expertises à la demande des ministres ayant la Sécurité sociale ou la Santé dans leurs attributions ou de la Caisse nationale de santé « *concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier* ».

Un représentant du ministère de la Sécurité sociale précise encore que l'approche forfaitaire a pour objet de faire en sorte que le financement des activités de soins ambulatoires prestées sur des sites hospitaliers existants ou des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires ne soit pas limité par l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier,

conformément aux revendications de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL). Il est ainsi proposé de prévoir des modalités de financement plus flexibles ne se limitant pas à un investissement propre, mais permettant également la location et le leasing d'équipements et d'appareils médicaux ainsi que la prise en charge des coûts annexes liés à l'exploitation de ceux-ci. Alors que la location de matériel est d'ores et déjà pratiquée, il s'agit d'adopter une approche cohérente à cet égard qui s'applique à toutes les activités de soins ambulatoires prestées aussi bien en milieu hospitalier qu'en milieu extrahospitalier.

Madame la Ministre de la Santé souligne que cette nouvelle approche s'inscrit dans une logique d'amortissement susceptible de promouvoir l'innovation par le biais d'un renouvellement régulier des équipements et appareils médicaux utilisés.

Article 4

Il est prévu que le dispositif du projet de loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

*

Suite à la présentation du projet de loi, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports présente brièvement les différents avis qui ont été rendus suite au dépôt du projet de loi.

La Chambre des salariés (CSL), dans son avis du 28 juin 2022, salue l'approche du Gouvernement de maintenir les sites supplémentaires à créer dans le cadre de la planification hospitalière ainsi que la volonté de donner une assise légale à l'utilisation des équipements médicaux lourds limitée à ces structures. Elle estime toutefois que le projet de loi sous rubrique soulève de nombreuses questions quant à sa mise en œuvre pratique.

Le Collège médical estime, dans son avis du 29 juin 2022, que le projet de loi sous avis est un projet élaboré sous pression politique afin de régulariser une situation de fait créée par un centre médical. Il est d'avis que ce projet de loi ne fait qu'entériner une situation de fait, à savoir une offre et un exercice de la médecine dominés par les hôpitaux. Le Collège médical recommande dès lors d'élaborer un projet de loi régulant et valorisant le secteur extrahospitalier.

Dans son avis du 19 septembre 2022, la FHL apprécie le fait que le Gouvernement envisage la nouvelle offre de soins secondaires dans le cadre de l'activité hospitalière avec ses caractéristiques propres, tout en émettant un certain nombre d'observations.

Dans son avis du 14 octobre 2022, le Conseil supérieur de certaines professions de santé salue la volonté du Gouvernement de se rapprocher de la population en envisageant la création de sites supplémentaires sous la responsabilité des établissements hospitaliers, tout en exprimant un certain nombre de préoccupations.

Enfin, l'Autorité de la concurrence a émis un avis en date du 21 février 2023, dans lequel elle marque de sérieuses réserves quant au respect du principe de la liberté du commerce et de l'industrie, de la liberté d'établissement et du principe de proportionnalité. Elle se réfère à un avis de l'Association des

médecins et médecins-dentistes (AMMD) dont elle dit rejoindre les considérations. Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports s'interroge dans ce contexte sur l'opportunité d'évoquer la liberté du commerce dans le cadre d'un projet de loi concernant les prestations de soins de santé.

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Se référant à l'avis précité de l'Autorité de la concurrence, Monsieur Sven Clement (*de la sensibilité politique Piraten*) constate que le projet de loi sous rubrique pose une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin et se demande si les moyens employés pour atteindre l'objectif recherché sont appropriés et proportionnels. L'orateur s'interroge notamment sur l'opportunité de prévoir une amende de 5 000 à 100 000 euros au cas où une personne physique ou morale utiliserait, exploiterait ou mettrait à la disposition un appareil réservé au milieu hospitalier sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation. Il estime que le projet de loi sous rubrique risque de mener à une réglementation excessive qui pourrait avoir pour effet qu'un cabinet médical établi de l'autre côté de la frontière offre des prestations de soins de santé qui restent proscrites au Luxembourg en dehors des sites hospitaliers existants et des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires.

En guise de réponse, Madame la Ministre de la Santé donne à considérer que les systèmes de santé des pays limitrophes sont différents de celui qui existe au Luxembourg. Ce dernier ne semble pas être le moins performant, considérant le fait qu'un nombre croissant d'assurés frontaliers préfère recourir aux prestations de soins de santé offertes au Luxembourg. En outre, Madame la Ministre de la Santé rappelle que la sanction pénale évoquée par l'orateur précédent est de toute façon déjà prévue par la loi précitée du 29 avril 1983. Elle considère une telle sanction comme étant proportionnée dans un domaine aussi sensible que celui de la santé.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports souligne dans ce contexte que le système de santé luxembourgeois est basé sur le conventionnement général et obligatoire des médecins et des médecins-dentistes qui présente l'avantage de garantir des tarifs uniformes aux assurés et aux prestataires. Il renvoie en outre à 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 et rappelle que le Luxembourg s'était engagé lors de la négociation de cette directive pour que les prestations de soins de santé soient soumises à des règles spécifiques dans le cadre du marché intérieur.

Monsieur Sven Clement constate encore que le tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières contenu dans l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018 est complété par neuf nouveaux équipements et appareils médicaux, alors que le nombre maximum de ces nouveaux équipements et appareils n'est pas indiqué dans la colonne prévue à cet effet. L'orateur se demande si cette omission ne risque pas de créer une insécurité juridique et propose de préciser dans le projet de loi que le nombre

des équipements et appareils médicaux en question n'est pas soumis à une limitation maximale.

Madame la Ministre de la Santé est d'accord avec cette observation et annonce l'intention d'apporter les clarifications nécessaires par voie d'amendement suite à la publication de l'avis du Conseil d'État. Elle précise à cet égard que les équipements et appareils médicaux figurant actuellement dans l'annexe 3, qui sont assortis d'un nombre maximum, sont soumis à planification nationale, alors que les nouveaux équipements et appareils médicaux seront soumis à une autorisation d'exploitation. Elle souligne que seuls les équipements limités en nombre feront l'objet d'un subventionnement par l'État.

Afin d'éviter toute confusion, Monsieur Sven Clement propose alors de prévoir deux tableaux distincts pour énumérer les deux catégories d'équipements et appareils médicaux mentionnées par Madame la Ministre (annexe 3 et annexe 3bis).

Madame Carole Hartmann (du groupe politique DP) se réfère à l'exposé des motifs accompagnant le projet de loi et qui précise que « *des actes complexes se prêtent certainement mieux pour des centres spécialisés et où le patient n'hésite pas de faire des déplacements spécifiques pour être traité par des spécialistes dans un environnement spécialisé* » (page 4). L'oratrice demande des précisions sur la définition de la notion d'actes complexes. Elle cite l'exemple de la mammographie qui nécessite certes un équipement spécifique et le respect de certaines normes. Or, selon certains acteurs du terrain, il serait concevable d'exploiter un équipement de mammographie en milieu extrahospitalier, ce qui pourrait contribuer à réduire le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous dans un établissement hospitalier.

Madame la Ministre de la Santé précise dans sa réponse que la complexité des actes et le risque auquel est exposé le patient justifient le dispositif proposé. En ce qui concerne plus précisément la mammographie, la complexité de l'acte même est certes limitée, mais l'exploitation d'un équipement de mammographie en milieu extrahospitalier risquerait d'exacerber la pénurie d'assistants techniques médicaux (ATM) de radiologie. Or, les établissements hospitaliers, qui sont chargés de la mise en œuvre du programme national de dépistage du cancer du sein (« *Programme Mammographie* »), ont besoin d'un nombre suffisant d'ATM de radiologie pour pouvoir s'acquitter de leur obligation vis-à-vis du ministère de la Santé. Vu la petite taille du pays, il faut en effet éviter une situation qui risquerait de porter atteinte aux activités essentielles des établissements hospitaliers en créant une offre alternative et potentiellement plus attrayante en milieu extrahospitalier.

Madame Carole Hartmann constate ensuite que les sites supplémentaires peuvent être exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins. Elle souhaite savoir si un ou plusieurs médecins peuvent prendre l'initiative d'exploiter un tel site supplémentaire en collaboration avec un établissement hospitalier ou si le droit d'initiative appartient d'office à l'établissement hospitalier. L'oratrice constate en outre qu'une implication des médecins libéraux dans la gestion des antennes de service sera à régler au niveau de contrats de collaboration. Elle demande dans ce contexte quel sera le pouvoir de décision des médecins impliqués dans la gestion d'une antenne de service dans le cadre de l'exercice libéral de la médecine. En outre, l'oratrice juge opportun de mettre au point le contrat-

type prévu par le projet de loi afin de déterminer dès à présent les moyens dont disposent les médecins dans le cadre de la collaboration avec un établissement hospitalier.

Madame la Ministre de la Santé réplique que l'initiative peut être prise soit par un établissement hospitalier, soit par un ou plusieurs médecins libéraux, pour autant que la collaboration entre ces acteurs soit réglée dans le cadre d'un contrat de collaboration à conclure entre les parties. Aussi bien des établissements hospitaliers que des médecins libéraux ont d'ores et déjà signalé leur intérêt de mettre en place une telle collaboration. En ce qui concerne le contrat-type mentionné par l'oratrice précédente, Madame la Ministre de la Santé indique qu'elle a invité la FHL et l'AMMD à élaborer un tel document, mais ce processus facilité par le ministère de la Santé n'a pas encore abouti. Elle renvoie dans ce contexte à la convention signée le 23 décembre 2022 entre l'État et le Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) visant à régulariser la situation du Centre médical Potaschbiert en tant que site supplémentaire sous forme d'une antenne du service d'imagerie médicale du CHL. Il appartient à ce dernier de garantir la qualité des actes offerts au site Potaschbiert qui remplissent les mêmes normes de qualité que les actes effectués sur les autres sites du CHL.

Madame Carole Hartmann se réfère encore à l'avis précité de la CSL qui estime qu'une extension de sites supplémentaires dédiés aux soins ambulatoires n'est pas justifiée sur base des chiffres de la carte sanitaire de 2019 dont les données sont reprises dans les documents accompagnant le projet de loi. L'oratrice souhaite savoir dans ce contexte pourquoi le nombre d'antennes de service relevant d'un même service hospitalier est limité à deux par centre hospitalier.

Un représentant du ministère de la Sécurité sociale précise à cet égard que l'annexe contenue dans le document de dépôt décrit des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers pour l'année 2019. L'annexe en question présente en détail la répartition des examens IRM, des examens CT-Scan, des mammographies et des hémodialyses selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation ainsi qu'une modélisation du besoin prospectif lié à l'imagerie médicale et à l'hémodialyse. Cette analyse réalisée à des fins de planification permet de conclure que la proportion de soins consommée par canton par rapport à la consommation totale est de manière générale en ligne avec la proportion de la population du canton dans la population totale. Alors qu'il est prévu de couvrir les besoins régionaux en matière de soins de santé ambulatoires, les contraintes et flexibilités inscrites dans le projet de loi sous rubrique peuvent mener à la création de sites de taille réduite et facilement accessibles, qui sont susceptibles d'attirer également les habitants d'autres cantons. L'orateur souligne que la limite maximale de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier par centre hospitalier devrait permettre de couvrir les besoins régionaux en matière de soins de santé ambulatoires et de répondre aux demandes des prestataires de soins, sachant que le dépassement de cette limite maximale risquerait de créer une offre excédentaire par rapport à la demande.

Madame la Ministre de la Santé ajoute encore que la création de sites supplémentaires devrait permettre d'améliorer l'offre régionale de soins ambulatoires dans les différentes régions du pays et de contribuer ainsi à combler les disparités constatées dans le cadre de l'analyse susmentionnée.

Madame Carole Hartmann reprend la parole pour constater que cette analyse se limite aux résidents, alors qu'un nombre croissant d'assurés frontaliers bénéficie également de prestations de soins de santé au Luxembourg. L'oratrice demande si ces derniers ont été pris en compte lors de la détermination du nombre maximal de sites supplémentaires.

Madame la Ministre de la Santé répond par la négative et explique que la planification nationale des équipements et appareils médicaux s'est toujours basée sur la population protégée résidente. Or, une étude est en train d'être réalisée visant à analyser le phénomène décrit par l'oratrice précédente qui semble être causé par des problèmes inhérents aux systèmes de santé des pays limitrophes. Madame la Ministre confirme que ce phénomène peut prendre une certaine ampleur en fonction des soins de santé offerts (jusqu'à 20 pour cent).

Monsieur Claude Wiseler (*du groupe politique CSV*) estime que le nombre de patients en provenance de la Grande Région risque d'augmenter encore au vu de la situation en Belgique qui pourrait mener à la fermeture de l'hôpital d'Arlon et inciter les communes limitrophes belges à renforcer la coopération avec le Luxembourg en matière de santé. En outre, l'orateur se réfère à l'avis précité de l'Autorité de la concurrence et se demande si le projet de loi sous rubrique ne constitue pas une entrave à la liberté d'établissement et, partant, une violation du droit européen en la matière. L'orateur juge opportun de clarifier cette question en amont afin d'éviter qu'un médecin se voyant refuser l'exploitation d'un équipement ou d'un appareil médical sur base de la loi future n'engage une procédure judiciaire contre l'État.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports donne à considérer que le principe de la planification et de la limitation du nombre d'équipements et d'appareils médicaux n'est pas un phénomène exclusivement luxembourgeois et renvoie au rôle joué à cet égard par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en Belgique et par les agences régionales de santé en France.

Madame la Ministre de la Santé se montre compréhensive à l'égard des préoccupations exprimées par l'Autorité de la concurrence et souligne la nécessité de bien motiver le choix politique de restreindre l'exercice de la profession libérale de médecin. Au Luxembourg, les médecins libéraux sont ainsi soumis au principe du conventionnement général et obligatoire, un principe qui pourrait effectivement être remis en cause par un arrêt judiciaire. Or, une libéralisation de la profession de médecin au Luxembourg pourrait avoir pour conséquence une concurrence indésirable, comme celle à laquelle se voient actuellement confrontés les médecins-dentistes.

Par la suite, Monsieur Claude Wiseler souhaite obtenir des détails sur les sites supplémentaires qui ont déjà été créés ainsi que sur les sites potentiels qui font d'ores et déjà l'objet d'une demande concrète.

Madame la Ministre de la Santé réplique que la création du site Potaschbiert du CHL est conforme à la version actuelle de la loi précitée du 8 mars 2018 qui prévoit que chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers (*article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 3*). Or, le CHL ne disposait que de deux sites hospitaliers (Centre et Eich) et avait donc la possibilité de créer un troisième site au Potaschbiert. Le même constat vaut pour le Centre

hospitalier du Nord (CHdN) qui a l'intention de créer le Centre Schlasskéier à Wiltz dont le service d'imagerie médicale sera doté, entre autres, d'un équipement IRM. En revanche, il ne sera plus possible de procéder à la création de sites supplémentaires aussi longtemps que le projet de loi sous rubrique n'est pas voté. Il semble que les quatre centres hospitaliers sont demandeurs pour créer des sites supplémentaires, alors que plusieurs médecins libéraux ont à leur tour demandé des renseignements auprès du ministère de la Santé. Madame la Ministre estime que des projets concrets lui seront soumis dès que la loi future sera entrée en vigueur.

Monsieur Claude Wiseler se renseigne, enfin, sur les critères selon lesquels sera opéré le choix entre les médecins libéraux intéressés par une collaboration avec un établissement hospitalier au cas où le nombre de demandes excéderait le nombre maximal de sites supplémentaires.

Madame la Ministre de la Santé rappelle à cet égard que les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent d'ores et déjà sur base d'un contrat de collaboration (*conformément à l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018*) et que la mise en place d'une telle collaboration n'est pas soumise à des critères imposés par le ministère de la Santé. En tant qu'entités gérées selon le droit privé, les établissements hospitaliers sont en effet libres de choisir les médecins avec lesquels ils souhaitent collaborer sur base d'une évaluation du dossier du médecin candidat. Le contrat de collaboration prévu par le projet de loi sous rubrique s'inscrit ainsi dans la continuité.

Monsieur Marc Hansen (*du groupe politique déi gréng*) salue le fait que, suite à l'arrêt 148 de la Cour constitutionnelle et aux discussions qui ont eu lieu autour de la question du virage ambulatoire, un projet de loi a été déposé qui vise à introduire certaines flexibilités dans le système existant et qui offre de nouvelles possibilités de développement aussi bien aux établissements hospitaliers qu'aux professions libérales.

Ceci dit, l'orateur souligne l'importance de faire en sorte qu'une réforme du système de santé ne risque pas de remettre en cause le bon fonctionnement des hôpitaux qui doivent continuer à être opérationnels 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Sans insister sur la nécessité de disposer d'un système centré sur l'hôpital, l'orateur juge nécessaire de clarifier certaines questions liées à la création prévue de nouvelles antennes de service. Il demande ainsi des précisions sur la coopération concrète entre les établissements hospitaliers et les antennes de service au niveau des gardes, estimant que cette question doit faire l'objet de réflexions plus poussées afin de garantir que les hôpitaux puissent continuer à remplir leurs missions. L'orateur renvoie dans ce contexte à la situation en France où certains services hospitaliers se voient obligés de fermer faute de professionnels de santé.

Monsieur Marc Hansen se renseigne encore sur les conditions de travail et de rémunération des professionnels de santé affectés aux antennes de service et demande si ces derniers seront couverts par la Convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers et dans les établissements membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (CCT FHL), ceci afin d'éviter toute concurrence déloyale. De plus, l'orateur juge important de définir en détail quels actes seront autorisés dans une antenne de service et sous quelles conditions ces actes seront exécutés. En outre, il faudrait clairement définir les responsabilités incombant aux différents acteurs

et mettre à la disposition de ces derniers les moyens nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités respectives.

Madame la Ministre de la Santé confirme la nécessité d'assurer une situation équitable (« *level playing field* ») au niveau des salaires et des conditions de travail afin d'éviter une aggravation de la pénurie des professionnels de santé. Force est de constater que le modèle proposé, qui prévoit la création de sites hospitaliers supplémentaires sous forme d'antennes de service, a pour conséquence que le personnel employé dans ces antennes de service est automatiquement couvert par la CCT FHL. Le ministère de la Santé souhaite en effet éviter une situation où les conditions de travail soient moins contraignantes dans les antennes de service afin d'éviter une migration des professionnels de santé occupés dans l'hôpital vers ces services extra-muros. En ce qui concerne la question des gardes et astreintes, Madame la Ministre souligne que tout médecin agréé à un établissement hospitalier est tenu de participer à la continuité des soins et des gardes (*conformément à l'article 33, paragraphe 3, de la loi précitée du 8 mars 2018*). Cette question est réglée dans le cadre du contrat de collaboration que le médecin libéral exerçant dans une antenne de service doit signer avec l'établissement hospitalier en question. Madame la Ministre conclut que le modèle proposé vise donc expressément à ne pas compromettre le bon fonctionnement des hôpitaux.

Monsieur Marc Hansen juge encore nécessaire de disposer d'une carte sanitaire extrahospitalière plus détaillée visant à définir en détail quels soins de santé sont nécessités dans quelles parties du pays afin de faire un choix informé sur la localisation des antennes de service et sur l'organisation des soins de santé primaires. L'orateur se demande si des critères sont prévus pour assurer une répartition géographique équitable des antennes de service afin d'éviter une concentration de certains soins de santé dans une zone de desserte restreinte. À cet égard, il renvoie à la situation dans la région Est du pays où, après l'installation d'un équipement IRM au Potaschbiérg, il est prévu d'installer un IRM supplémentaire à Junglinster.

Madame la Ministre de la Santé réplique que le nouveau mécanisme de financement, qui prévoit un financement forfaitaire par passage des coûts d'exploitation, devrait inciter l'exploitant potentiel d'une antenne de service d'estimer la rentabilité de celle-ci. Par conséquent, il semble peu probable que des antennes de service soient créées dans des endroits où la demande en soins de santé ambulatoires est faible. D'après les données dont dispose le ministère de la Santé, et afin de désengorger les hôpitaux dans la région Centre, il semble que la demande sera suffisamment grande pour justifier la création d'antennes de service dans la périphérie orientale de Luxembourg-Ville. Madame la Ministre indique encore que ses services procèdent à une évaluation des prescriptions d'examen d'imagerie médicale afin d'éviter des prescriptions inutiles ou excessives, sachant que les résultats de la dernière évaluation réalisée en 2017 sont perfectibles. Il s'agit en effet d'éviter une situation comme en Allemagne ou en Suisse où l'offre croissante d'équipements d'imagerie médicale a eu pour effet de stimuler la demande.

En ce qui concerne l'avis précité de l'Autorité de la concurrence, Monsieur Marc Hansen reconnaît que la profession de médecin est une profession libérale, tout en rappelant que le système de santé au Luxembourg est financé par des fonds publics et ne peut donc guère être comparé à un secteur soumis aux règles de la concurrence. Par conséquent, il appartient au législateur de

prendre des décisions visant à garantir le bon fonctionnement du système de santé.

Madame la Ministre de la Santé dit partager le point de vue exprimé par l'orateur précédent et confirme que les restrictions prévues par le projet de loi sous rubrique visent à assurer la pérennité du système de santé luxembourgeois.

Suite à des questions afférentes de Madame Nathalie Oberweis (*de la sensibilité politique déi Lénk*), Madame la Ministre de la Santé confirme que les antennes de service peuvent être exploitées par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins. Dans les deux cas de figure, les professionnels de santé sont couverts par la CCT FHL, alors que les médecins sont tenus de participer au système de gardes et d'astreintes de l'établissement hospitalier auquel ils sont agréés.

Madame Nathalie Oberweis souhaite encore savoir si la convention concernant le Centre médical Potaschbiërg contient un contrat-type de collaboration entre les médecins de ce centre médical et le CHL qui pourrait servir de modèle pour des collaborations futures.

Madame la Ministre de la Santé promet d'explorer la possibilité de mettre la convention signée entre l'État et le CHL à la disposition des membres de la commission parlementaire.

Monsieur Mars Di Bartolomeo (*du groupe politique LSAP*) est nommé rapporteur du projet de loi sous rubrique.

3. Motion de M. Marc Goergen relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance (7 juillet 2022)

Il est convenu de traiter le point 4 dans le cadre du point 3 à l'ordre du jour.

En guise d'introduction, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports indique que les motions sous rubrique ont été déposées dans le cadre de l'heure d'actualité au sujet des violences gynécologiques et obstétricales qui s'est tenue le 7 juillet 2022 à la demande de la sensibilité politique déi Lénk et que ces motions ont été renvoyées devant la commission parlementaire le même jour.

Il passe ensuite la parole à Monsieur Sven Clement, qui remplace l'auteur de la motion relative à l'inventaire des lacunes juridiques dans les maisons de naissance.

Monsieur Sven Clement constate que le cadre légal au Luxembourg est lacunaire en ce qui concerne les maisons de naissance et se demande si l'interprétation faite par le ministère de la Santé pour justifier la fermeture d'une maison de naissance à Bertrange est correcte. L'orateur juge utile d'établir, en coopération avec les représentantes des sages-femmes et la Caisse nationale de santé, un état des lieux des lacunes juridiques en la matière qu'il s'agit de combler avant de pouvoir autoriser l'ouverture d'une maison de naissance. En revanche, la motion sous rubrique n'a pas pour objet d'autoriser l'ouverture

d'une maison de naissance en l'absence d'un cadre légal clair et de normes de qualité applicables à de telles maisons.

Par la suite, Madame Nathalie Oberweis procède à la présentation de la motion relative à la création d'une maison de naissance. Se référant à l'avis juridique émis par un cabinet d'avocats, l'oratrice se demande si les exploitantes de la maison de naissance à Bertrange ont effectivement violé la loi. Elle se renseigne sur la base juridique qui a guidé le ministère de la Santé dans sa décision de procéder à la fermeture du centre concerné et s'interroge sur le bien-fondé de cette décision, ceci d'autant plus que l'accouchement à domicile est autorisé, y inclus au domicile d'une tierce personne. De manière générale, l'oratrice juge approprié d'autoriser l'accouchement au sein d'une maison de naissance qui, selon elle, peut constituer une alternative valable à l'accouchement à la maternité et à l'accouchement à domicile.

Madame la Ministre de la Santé précise dans sa réponse que la problématique autour de la maison de naissance à Bertrange concerne les lacunes juridiques qui existent en la matière. En effet, le droit luxembourgeois ne connaît pas la notion de maison de naissance, contrairement à la législation des pays qui offrent la possibilité d'accoucher au sein d'une telle institution. En revanche, la profession de sage-femme et les attributions de celle-ci sont réglées par la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé et par le règlement grand-ducal du 22 novembre 2019 déterminant le statut, les attributions et les règles de l'exercice de la profession de santé de sage-femme. En outre, toute femme enceinte peut librement choisir l'endroit où elle souhaite donner naissance, que ce soit à domicile ou dans la maternité d'un établissement hospitalier. Si la femme choisit d'accoucher à domicile, elle peut le faire soit dans son propre domicile, soit dans un autre lieu d'habitation (par exemple chez les parents), et la sage-femme peut accompagner l'accouchement à l'adresse indiquée par la femme concernée.

Dans sa communication avec les sages-femmes qui offrent leurs services au sein du centre susmentionné à Bertrange, le ministère de la Santé a rappelé ces réalités et souligné que le Luxembourg ne connaît pas la maison de naissance en tant qu'institution. En outre, il s'est engagé à mettre sur pied un groupe de travail dédié à cette question qui réunit les acteurs concernés (maternités, gynécologues, obstétriciens, sages-femmes). Ce groupe de travail a lancé ses travaux entretemps, ceci malgré le fait que la question de la réglementation des maisons de naissance n'est pas prévue par l'accord de coalition 2018-2023. La possibilité de créer un cadre juridique permettant l'autorisation d'une maison de naissance est donc en train d'être analysée, mais aucune décision n'a été prise à ce stade. En attendant, le ministère de la Santé a saisi le Conseil scientifique du domaine de la santé en vue de l'élaboration de lignes directrices en la matière. Il est par ailleurs loisible aux sages-femmes libérales de s'associer entre elles à l'instar des autres professions libérales. Madame la Ministre de la Santé fait savoir qu'elle a été approchée par une telle association de sages-femmes qui désire créer à son tour une maison de naissance, mais qui préfère attendre la mise en place d'un cadre juridique avant de lancer des activités en ce sens. Cette position serait partagée par les représentantes des sages-femmes.

Madame Nathalie Oberweis réagit aux explications fournies par Madame la Ministre de la Santé en donnant à considérer que la maison de naissance à Bertrange n'a violé aucune loi et que le centre en question ne se considère pas

comme étant une institution. Elle appelle à faire preuve d'une plus grande flexibilité en attendant la mise en place d'un cadre juridique.

Monsieur Yves Cruchten (du groupe politique LSAP) s'interroge sur les conséquences pour les sages-femmes qui exerceraient au sein d'une maison de naissance en l'absence de toute réglementation en cas de complications pendant l'accouchement.

Dans le même ordre d'idées, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports se demande s'il serait possible de modifier les attributions des sages-femmes le cas échéant.

Monsieur Sven Clement se réfère aux précisions fournies par Madame la Ministre de la Santé qui lui semblent être compatibles avec les demandes formulées dans la motion de Monsieur Goergen et exprime le souhait de soumettre cette motion à un vote positif. Il réitère la nécessité d'identifier et de combler les lacunes juridiques existantes afin de clarifier la question de la responsabilité civile des sages-femmes impliquées et d'éviter, partant, une situation comme celle évoquée par Monsieur Cruchten. En outre, l'orateur réitère l'importance d'élaborer une charte de qualité afin de garantir la qualité des services offerts dans une maison de naissance.

Madame la Ministre de la Santé rappelle dans sa réponse qu'elle n'est pas en mesure d'autoriser une maison de naissance dans les circonstances actuelles, le droit luxembourgeois ne connaissant pas cette notion. En même temps, une femme enceinte a la possibilité de se faire accompagner par une sage-femme lors d'un accouchement à domicile qui peut se dérouler au domicile propre ou dans un autre lieu d'habitation. En cas de problème survenu lors de l'accouchement, la responsabilité de la sage-femme est engagée et celle-ci doit démontrer qu'elle a agi dans le cadre de ses attributions et qu'elle a fait le nécessaire pour que l'accouchement se déroule selon les règles de l'art.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports propose de fusionner le contenu des deux motions dans un esprit consensuel ; dans le cas contraire, il faudrait soumettre les deux motions au vote.

4. Motion de Mme Nathalie Oberweis relative à la création d'une maison de naissance (7 juillet 2022)

Il est renvoyé au point 3 ci-avant.

5. Divers

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports fait savoir que le prochain projet de loi portant modification de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19 sera probablement déposé en date du 10 mars 2023. Ce dernier sera présenté aux membres de la commission parlementaire lors d'une réunion prévue le 13 mars 2023 à 8.00 heures.

Procès-verbal approuvé et certifié exact

8009/07

N° 8009⁷

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL SUPERIEUR DE CERTAINES PROFESSIONS DE SANTE

(22.3.2023)

Madame la Ministre,

Nous nous permettons de vous soumettre un avis complémentaire à notre avis du 13 octobre 2022 concernant le projet de loi N°8009.

Commentaires sur le projet de loi 8009 portant modification :

- De la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin ; de médecin dentiste et de médecine vétérinaire
- De la loi modifiée du 8 mars relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
- Du Code de la sécurité sociale

L'exposé des motifs est principalement axé sur le virage ambulatoire indispensable à une meilleure prise en charge des patients dans la politique du domaine de la santé. Ce virage ambulatoire implique une réflexion :

1. sur la participation du secteur libéral dans le cadre de la planification hospitalière,
2. sur le financement résultant de cette planification,
3. sur la législation actuellement en vigueur.

Le projet de loi portant modification des lois précitées est en l'occurrence nécessaire afin de permettre à tous les acteurs engagés dans la politique de santé de pouvoir exercer dans un cadre législatif adéquat.

Afin d'atteindre cet objectif, la révision des lois précitées est opportune et s'avère nécessaire.

Cependant, la teneur du projet de loi n'apporte pas de clarification sur la vision stratégique du secteur de santé entre le secteur libéral et le secteur public. Les multiples modifications parcellaires des lois actuelles ne facilitent pas la compréhension des objectifs.

Les éléments ajoutés concernant le financement des infrastructures et structures hospitalières, déjà sujets à diverses interprétations, ne sont toujours pas clarifiés.

D'autre part, les changements récents concernant les réglementations européennes sur les dispositifs médicaux MDR 2017/745 et 2017/746 et la sécurité y associée qui ont rendu caduques les règlements nationaux luxembourgeois sur les dispositifs médicaux et leurs transpositions nationales, n'ont pas été

intégrées dans leurs grandes lignes dans le projet de loi de révision de la loi hospitalière, ce serait ce que pour les termes appropriés d'usage « des dispositifs médicaux », des points de vigilance sanitaire associés et des compétences d'expertise de surveillance à mettre en place.

Par conséquent, nous considérons que les objectifs de révision de la loi hospitalière ne sont pas atteints par le texte proposé.

Nous proposons donc les commentaires et modifications suivantes sur le texte du projet de loi 8009.

Commentaires concernant le texte du projet de loi 8009 :

Article 1^{er}, 1^o, a)

L'alinéa 4 proposé comme ajout porte sur une restriction de l'activité des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires. Les disciplines cliniques autorisées

- 3(2) = Dialyse
- 7(2) = Hospitalisation de Jour non-chirurgical
- 8(2) = Imagerie Medical
- 5(3) = Oncologie

Ne coïncident pas avec la logique ambulatoire voulue car elle exclue certaines disciplines telles que la cardiologie, la gastroentérologie, l'urologie et la médecine interne par exemple qui sont associées à l'ambulatoire. D'autre part elle inclut un service tel que la dialyse ou l'imagerie médicale dans son ensemble alors que les prérequis techniques et d'infrastructure nécessaires sont complexes et soumis à des normes de sécurité fonctionnelles. La proposition faite, si elle doit exclure ou autoriser certaines disciplines cliniques pour les sites supplémentaires, doit reposer sur une réflexion logique et permettre toutes les disciplines ambulatoires possibles.

On propose de ne pas exclure à priori un service énuméré dans loi hospitalière de 2018 et de conditionner leur existence à une autorisation du Ministère sous réserve du respect des exigences des prérequis techniques, sécuritaires et de performance nécessaires.

Il est donc proposé de ne pas restreindre l'activité des sites externes et de retirer l'alinéa 4.

Article 1^{er}, 1^o, b)

Sans commentaire.

Article 1^{er}, 2^o, a)

Sans commentaire.

Article 1^{er}, 2^o, b)

Sans commentaire.

Article 1^{er}, 2^o, c)

Sans commentaire.

Article 1^{er}, 3^o

L'ajout proposé de restreindre à deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire n'est pas approprié. Le nombre de ces antennes dépend de la géographie (proximité avec les patients) et des besoins sanitaires régionaux du pays.

On propose de ne part restreindre le nombre d'antennes supplémentaires.

Article 1^{er}, 4^o,

Les propositions faites sur la modification de l'article 14 changent radicalement la nature et l'objet de cet article. Elles portent sur les définitions suivantes :

- Equipement médical restreint à l'usage d'une prise en charge médicale
- Planification hospitalière supérieure à 250 000 €

- Equipements réservés aux établissements hospitaliers de l'annexe 3

Les propositions sont ambiguës sur les objectifs visés, à savoir soit une clarification du financement des établissements hospitaliers soit une clarification sur la planification de l'activité libérale versus activité hospitalière. Le manque de clarté ne permet pas de valider les propositions faites sur le nouveau projet de loi concernant l'article 14 paragraphe 1^{er}.

Article 1er, 4°, a)

La modification des termes « médicaux ainsi que leur nombre » par les termes « utilisés en vue d'une prise en charge médicale » n'est pas appropriée. Ce qui voudrait dire que les équipements utilisés par les professions de santé seront exclus de la loi hospitalière. En effet, le terme d'origine dans la loi 2018 « équipements et appareils médicaux » fait référence à une norme législative à savoir la directive européenne 93/42 et au règlement européen 2017/745 et 2017/746. La définition des dispositifs médicaux dans ces textes de loi n'est pas restreinte à une prise en charge médicale mais est élargie à sa finalité (diagnostique, thérapeutique, prévention, etc.) quel que soit l'utilisateur (médical ou soignant).

Donc, on ne pourra pas accepter cette modification, et on propose de garder l'ancienne terminologie.

Article 1er, 4°, b)

L'ajout des termes « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf » à la liste des équipements déterminés à l'annexe 3 est inutile, car il mène à une restriction de coût qui entre en contradiction avec la notion d'« équipements nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières ». En effet certains équipements, notamment ceux pour la PMA sont inférieurs à cette valeur et seront par conséquent exclus.

On remarque une deuxième contradiction ; si l'on fait référence à l'article 10 b) proposé dans ce texte de loi qui apporte une modification du contenu de la liste de l'annexe 3, et qui inclut les lasers et les respirateurs dont le coût est inférieur au seuil de « 250.000 € ».

On propose donc de ne pas accepter cette modification.

Article 1er, 4°, c)

Le retrait des termes « sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3 » par «, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 » est inapproprié et change radicalement le sens de la finalité de l'annexe 3. En effet, l'annexe 3 concerne la liste des équipements nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières, et ne peut être détournée pour définir le matériel réservé aux établissements hospitaliers et donc exclu de l'ambulatoire sur des sites externes.

On propose donc de ne pas accepter cette modification.

Article 1er, 4°, d)

L'ajout des deux phrases supplémentaires est difficilement compréhensible, quelle sera la plus-value de cet ajout (prise en charge médicale?)

Article 1er, 4°, e)

La question que l'on se pose est : Est-ce qu'un équipement de laboratoire ne fait pas partie des équipements en vue d'une prise en charge médicale telle que décrite en 4.a.1. ?

Pour nous inacceptable on ne peut pas les exclure.

Article 1er, 5°

Aux vues de ce qui est précisé dans l'article 14 cet ajout nous semble inutile.

Article 1er, 6°

Location de quoi ? (Mobilier-locaux-équipement.) Au vue de la situation financière de la CNS ne serait-il pas judicieux de proposer un financement de l'état à 100% pour la location et les investissements (voir article 15) ?

Article 1^{er}, 7^o, a)

Sans commentaire.

Article 1^{er}, 7^o, b), i)

Sans commentaire

Article 1^{er}, 7^o, b), ii)

Il faudra rajouter aux « médecins libéraux » aussi « les professionnels de santé libéraux »

Article 1^{er}, 7^o, b), iii)

Cosmétique

Article 1^{er}, 7^o, b), iv)

Il faudra rajouter « les professionnels de santé libéraux »

Le rajout du terme « aux soins de santé ambulatoires » n'apporte-t-il pas une confusion ? (Voir Wiltz et Eich)

Article 1^{er}, 8^o, a)

Les termes « peut être interdite » ne sont pas clairs; on pourrait sous-entendre que l'on puisse ne pas vouloir respecter la loi elle-même.

Article 1^{er}, 8^o, b)

L'expression « en vue d'une prise en charge médicale » dans le texte proposé est superflue et apporte une confusion inutile. A voir Article 1er, 4^o, a)

L'expression « ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales, » ne fait pas de sens. Il est donc proposé de retirer cet ajout voir Article 1er, 4^o, e)

Article 1^{er}, 9^o

La suppression des mots « situés sur le même site » nous amène à la réflexion que pour toute externalisation d'une activité celle-ci devra obligatoirement entraîner des règles précises à définir et à publier dans un règlement élaboré par les experts en la matière (à voir Direction de la Santé).

Article 1^{er}, 10^o, a)

L'intitulé de l'annexe 3 est en contradiction avec la proposition faite à l'Article 1er, 4^o, c).

Il est proposé de garder cet intitulé proposé dans l'article 1^{er}, 10^o, a).

Article 1^{er}, 10^o, b)

On propose que le mot « complété » utilisé à l'alinéa b) soit remplacé par « ajouté » à l'annexe 3 existante de la loi hospitalière.

L'annexe 3, vu l'exposé des motifs en préambule du projet de loi, et la proposition faite à l'Article 1er, 4^o, c) doit elle aussi s'entendre comme la liste du matériel « interdit » au secteur libéral ou ambulatoire et uniquement réservé au secteur hospitalier ? Cette question doit impérativement être clarifiée afin de se mettre d'accord sur les éléments figurant sur la liste des équipements de l'annexe 3.

Le nombre des équipements se trouvant sur cette liste n'est pas précisé. Pourquoi ?

Il y a donc lieu de revoir le nombre des équipements. Par exemple, en ce qui concerne le Tomographe à émission de positrons (PET) il serait opportun d'augmenter le nombre d'équipement à au moins 2 réparti sur l'ensemble du pays.

Autre modification proposée : Celle de la DXA (seule procédure validée par les experts internationaux). Coût minime d'acquisition mais coût élevé pour la CNS vu l'activité et le tarif associé. Cela concerne l'appareil pour la mesure de la densité osseuse sous procédé DXA qui vu sa généralisation dans le traitement rhumatologique, ne devrait plus être identifié comme équipement figurant à l'annexe 3.

En résumé, l'annexe 3 doit être associée à son objet initial à savoir les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulière.

A notre avis cette liste ne devra pas servir de moyen de défendre au secteur libéral ou ambulatoire d'acquiescer les éléments de cette liste. Si tel serait le but il faudra proposer un article supplémentaire à la loi 8009.

Sur ces principes, sont proposées les modifications suivantes :

- a) L'exclusion du CBCT dentaire n'est pas justifiée donc à biffer.
- b) Les lasers à usage opératoire d'une manière générale doivent être ajoutés.
- c) L'équipement de radiologie d'électrophysiologie utilisé en complément des tables de coronarographie doit être ajouté.
- d) L'équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie » ne fait pas de sens si l'appareil EEG lui-même n'est pas compris donc à modifier.
- e) L'appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale ne fait pas de sens au regard d'autres appareils comme les respirateurs, ou tout autre système d'intubation, à modifier.

En outre on propose comme ajout à l'annexe 3 les points suivants :

- f) L'appareil accélérateur de particules (cyclotrons)
- g) Le laboratoire chaud de radioéléments nécessaire au fonctionnement des équipements de médecine nucléaire
- h) L'équipement pour l'électro-rétinographie.
- i) Les lasers à utilisation ophtalmologique.
- j) Les équipements servant à la navigation opératoire et microscopes associés
- k) Tout appareil ou ensemble d'appareils ainsi que tout système de traitement ou de sécurisation de l'information associé à un appareil figurant à l'annexe 3 et nécessaire au fonctionnement dudit appareil.

Ainsi que les points suivants dans le cadre de la mission de service national et ou de programme de dépistage, faisant partie de la planification hospitalière :

- l) Tout appareil ou ensemble d'appareils nécessaire à l'activité d'un service national inscrit dans la loi hospitalière
- m) Tout appareil ou ensemble d'appareils nécessaire à l'activité d'un programme de dépistage autorisé par le ministère de la Santé.

Article 2

Sans commentaires

Article 3

Sans commentaires

Article 4

Sans commentaires

Ajouts et commentaires proposés concernant la modification de la loi hospitalière du 8 mars 2018 :

Article 8 paragraphe 1, alinéa 1 de la loi hospitalière

On propose les modifications suivantes pour l'article 81 paragraphe 1, alinéa 1 de la loi hospitalière :

L'expression « de biens mobiliers et immobiliers » est insérée entre les termes « ou d'hygiène » et « de structures hospitalières existantes ».

L'expression « des obligations réglementaires, » est insérée entre les termes « en conformité avec » et « des normes de sécurité »

L'expression « des contraintes d'obsolescence provoquant une mise en insécurité, » est inséré entre les termes « des normes de sécurité » et « ou d'hygiène »

L'expression « des obligations en lien avec les vigilances sanitaires ou de cybersécurité, » est inséré entre les termes « des normes de sécurité » et « ou d'hygiène ».

Argumentation

La définition de mise en sécurité ou de conformité ayant donné lieu à des interprétations non consensuelles à ce jour, doivent faire l'objet de clarification pour permettre de répondre aux risques actuels auxquels les structures hospitalières sont confrontées que ce soit pour les bâtiments ou les installations (dispositifs médicaux inclus).

Les normes sur lesquelles le texte initial s'appuie ne peuvent pas être considérées exclusivement comme des textes règlementaires pouvant décider d'une mise en sécurité ou de conformité. Les obligations liées à la surveillance des vigilances sanitaires (matéiovigilance, hémovigilance, cybersécurité,) doivent être prises en considération dans le cadre de la mise en sécurité ou de la mise en conformité puisqu'elles sont généralement à portée internationale. Il en va de même avec les contraintes d'obsolescence déclarées par les fabricants ou l'évolution des technologies et des avancées cliniques.

Article 1^{er}, alinéa 3 de la loi hospitalière du 8 mars 2018

Etant donné que l'on ne retrouve pas de définition exacte d'un équipement médical, on propose donc de rajouter à l'article 1^{er}, alinéa (3) de la loi hospitalière du 8 mars 2018 la définition suivante au point 7. « **équipement(s) et/ou appareil(s) medical(ux)** », **tout dispositif médical défini selon les règlements européens MDR 2017/745 et/ou 2017/746** et d'enlever le terme « en vue d'une prise en charge médicale » du projet de loi.

Argumentation

Les termes « équipements et/ou appareils médicaux » utilisés dans la loi hospitalière du 8 mars 2018 doivent se rapporter à la définition inscrite dans les Règlements européens 2017/745 et 2017/746 sur les dispositifs médicaux. En effet, il n'est fait aucune référence aux textes fondateurs européens sur les dispositifs médicaux.

Cette référence au cadre législatif européen permettra d'éviter une interprétation sur la définition des dispositifs médicaux comme introduite dans la modification proposée Article 1^{er}, paragraphe 4, alinéa a) « *les termes médicaux ainsi que leur nombre sont remplacés par les termes utilisés en vue d'une prise en charge médicale* ». En effet, un dispositif médical se définit par l'usage qu'il en est fait (Article 2 du Règlement 2017/745) à savoir le diagnostic, la prévention, le contrôle, la prédiction, le pronostic, le traitement ou l'atténuation d'une maladie, quel que soit l'utilisateur (médecin ou soignant). La notion de « prise en charge médicale » restreint la définition du dispositif médical et introduit une notion induite de matériel utilisé par un médecin et pour un usage particulier qui pourrait ne pas être celui qui correspond à son champ de définition du règlement européen.

Article 25 et 35, de la loi hospitalière du 8 mars 2018

On ne retrouve pas dans les vigilances sanitaires les obligations inscrites dans le nouveau MDR (Medical-Device-Regulation) sur les dispositifs médicaux.

On propose donc les modifications suivantes :

Insérer « **ainsi que la surveillance de la conformité des dispositifs médicaux à la législation en vigueur** » à l'Article 25 paragraphe (1), et ceci entre les termes « **infections nosocomiales** » et le « . »,

Ainsi que l'ajout d'un paragraphe (3) dans l'Article 25, ceci comme suggéré dans le chapitre II art. 15 du MDR 2017-745 qui précise la nécessité d'une personne chargée de veiller au respect de la réglementation sur les dispositifs médicaux (PCRR) tout au long de leur cycle de vie. Ce PCRR est recommandé au sein de chaque établissement de santé.

Argumentation

Le nouveau règlement européen sur les dispositifs médicaux 2017/745 qui se substitue à la directive européenne 93/42 précédemment transposée en droit luxembourgeois par la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux ainsi que dans le règlement grand-ducal modifié du 11 août

1996 relatif aux dispositifs médicaux, n'a fait l'objet d'aucune référence dans la proposition de modification de la loi hospitalière.

Le champ de définition du dispositif médical, sa conformité à la certification CE, sa surveillance en termes de risques associés, son usage conforme aux prescriptions cliniques et aux recommandations d'installation et de maintenances des fabricants, ainsi que la déclaration obligatoire des incidents auprès des instances européennes sanitaires sont des éléments à intégrer dans la loi hospitalière de manière générale.

Les chapitres de référence du règlement européen MDR sur les dispositifs médicaux 2017/745 et 2017 / 746 à intégrer dans la loi hospitalière du 8 mars 2018 sont notamment :

- 1) *Chapitre II, Article 2 : Définitions*
- 2) *Chapitre II, Article 5 : Mise sur le marché ou mis en service*
- 3) *Chapitre II, Article 15 : Personne chargée de veiller au respect de la réglementation (PCRR)*

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Oliver KOCH
Secrétaire Général

Silvana ANTUNES-XAVIER
Présidente

Annexes:

- Notre avis relatif du 13 octobre 2022 concernant le Projet de loi N° 8009 portant modification : 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ; 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 3° du Code de la sécurité sociale

Copie à :

- Conseil d'Etat

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8009/08

N° 8009⁸

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

(25.4.2023)

Par dépêche du 24 mai 2022, le Premier ministre, ministre d'État, a soumis à l'avis du Conseil d'État le projet de loi sous rubrique, élaboré par la ministre de la Santé.

Le projet de loi était accompagné d'un exposé des motifs, d'un commentaire des articles, d'une fiche d'évaluation d'impact, d'une fiche financière ainsi que des textes coordonnés, par extraits, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ainsi que du Code de la sécurité sociale que le projet de loi sous avis vise à modifier.

Le Conseil d'État constate que le dossier qui lui a été transmis comprend par ailleurs un document intitulé « annexe ». Aux yeux du Conseil d'État, ce document contient des considérations d'ordre purement descriptif qui font, sous forme abrégée, également partie de l'exposé des motifs avancé par les auteurs. Au vu des développements qui précèdent, le Conseil d'État ne procède pas à un examen dudit document, étant donné que ce dernier n'est pas censé faire partie du projet de loi sous avis.

Les avis du Collège médical et de la Chambre des salariés ont été communiqués au Conseil d'État en date du 4 juillet 2022.

Les avis de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois et du Conseil supérieur de certaines professions de santé ont été communiqués en date des 28 septembre et 19 octobre 2022.

L'avis de l'Autorité de la concurrence du Grand-Duché de Luxembourg ainsi que l'avis commun de la Chambre de commerce et de la Chambre des métiers ont été communiqués au Conseil d'État en date des 28 février et 7 mars 2023.

L'avis complémentaire du Conseil supérieur de certaines professions de santé a été communiqué au Conseil d'État en date du 28 mars 2023.

L'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, demandé selon la lettre de saisine, n'est pas encore parvenu au Conseil d'État au moment de l'adoption du présent avis.

Par dépêche du 11 octobre 2022, le Conseil d'État a informé le Premier Ministre que le projet de loi sous avis comporte des dispositions qui n'avaient pas fait l'objet d'un examen de proportionnalité au sens de la loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions et a exprimé le souhait de pouvoir disposer du formulaire nécessaire pour lui permettre de vérifier la conformité de l'examen de proportionnalité.

Par dépêche du 20 janvier 2023, le Premier ministre, ministre d'État, a communiqué au Conseil d'État le formulaire relatif à l'examen de proportionnalité.

CONSIDERATIONS GENERALES

Le Conseil d'État constate que le projet de loi sous avis apporte des modifications à un certain nombre d'articles de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Les auteurs affirment que ces modifications ont pour objet de ne pas confiner l'activité des établissements hospitaliers sur leurs sites actuels et de consacrer la pratique déjà existante de délocaliser des activités sur des « sites supplémentaires » destinés à des services spécifiques accueillant des patients pour des interventions ou examens en mode ambulatoire. Les modifications proposées suscitent un certain nombre de questions auxquelles le Conseil d'État reviendra à l'endroit de l'examen des articles.

En ce qui concerne plus particulièrement les modifications proposées aux articles 1^{er}, point 4^o, et 2, les auteurs expliquent qu'ils entendent répondre à l'arrêt n° 148/19 du 5 juillet 2019 de la Cour constitutionnelle¹. En effet, celle-ci a dû se prononcer sur la question de savoir si l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, est conforme aux articles 11, paragraphe 6 et 32, paragraphe 3, de la Constitution, en ce que, selon le tribunal administratif, « le législateur n'a donné aucune indication quant à la nature, aux raisons pour lesquelles, dans quelles circonstances ou sous quelles conditions différents équipements devraient figurer sur une liste d'équipements interdits par rapport à d'autres ainsi que, d'une manière générale, quant aux modalités d'une telle interdiction² ».

Dans l'arrêt précité, la Cour constitutionnelle a notamment considéré que « l'article 19 de la loi du 29 avril 1983 n'est pas conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution », en ce qu'il « ne donne aucune indication quant à l'objectif des mesures d'exécution » dans une matière réservée à la loi.

Le Conseil d'État note que l'article 2 du projet de loi sous avis vise à abroger l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983. La loi précitée ne contenant ainsi plus de restriction quant aux équipements et appareils pouvant être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans un cabinet médical, il n'est plus nécessaire d'insérer des indications quant à l'objectif des mesures d'exécution dans ladite loi.

Afin de rester toutefois dans la logique du système actuellement en vigueur, les auteurs prévoient de modifier l'article 14 de la loi précitée du 8 mars 2018 ainsi que l'annexe 3 visée audit article, en insérant dans la loi précitée les conditions liées à la limitation de l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers.

Le Conseil d'État constate ainsi que le principe selon lequel un certain nombre d'équipements et d'appareils sont réservés au milieu hospitalier, ne pouvant donc pas être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans leurs cabinets médicaux, n'est donc pas remis en cause par les auteurs de la loi en projet. Ainsi, en particulier les modifications proposées à l'endroit de l'article 1^{er}, point 4^o, tendent à modifier l'article 14, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, afin de lui donner la teneur suivante : « (1) Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale, qui soit en raison de leur coût dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. [...] ».

Le Conseil d'État relève que le fait de réserver l'utilisation de ces équipements et appareils en vue d'une prise en charge médicale aux établissements hospitaliers constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale, matière qui constitue une matière réservée à la loi en vertu de l'article 11, paragraphe 6, de la Constitution. Dans ce contexte, le Conseil d'État rappelle que, d'après l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, « [l']article 11, paragraphe 6, alinéa 1, de la Constitution permet à la loi d'établir des restrictions à la liberté en cause. Pour être conformes à la Constitution,

1 Cour constitutionnelle, arrêt n° 00148/19 du 5 juillet 2019 (Mém. A – n° 491 du 12 juillet 2019).

2 Tribunal administratif, jugement n° 40845 du 14 février 2019.

celles-ci doivent être rationnellement justifiées, adéquates et proportionnées à leur but³ ». Cet arrêt cadre avec la clause transversale de l'article 37 de la Constitution révisée, qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2023 et en vertu de laquelle « [t]oute limitation de l'exercice des libertés publiques doit être prévue par la loi et respecter leur contenu essentiel. Dans le respect du principe de proportionnalité, des limitations ne peuvent être apportées que si elles sont nécessaires dans une société démocratique et répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui. » Le Conseil d'État relève que ladite clause est inspirée de l'article 52, paragraphe 1^{er}, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Par ailleurs, d'après la jurisprudence de la Cour de l'Union européenne et les termes de l'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions⁴, qui a été transposée par la loi précitée du 2 novembre 2021, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante et les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux objectifs visés⁵.

Le Conseil d'État constate que selon l'exposé des motifs, le projet de loi sous avis prévoit entre autres la mise en place de « sites supplémentaires ». Ces sites sont dédiés à accueillir quatre services spécifiques. Cette extension de l'offre hospitalière est justifiée, toujours selon l'exposé des motifs, par le souci de « réduire les délais d'attente ».

Le Conseil d'État note que le formulaire relatif à l'examen de proportionnalité communiqué au Conseil d'État explique que « l'évaluation des besoins sanitaires a bien montré qu'il faut des sites additionnels [...] afin de répondre aux besoins de la population. [...] Ceci permettra de contribuer au virage ambulatoire et sera une réponse aux longues [*sic*] délais que nécessitent les projets de construction ».

Si les objectifs précités poursuivent ainsi des buts légitimes, à savoir notamment la protection de la santé, consacrée de manière indirecte par l'article 11, paragraphe 5, de la Constitution⁶, le Conseil d'État estime pourtant qu'il existe la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs que de limiter l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers et de restreindre ainsi l'exercice d'une profession libérale pour atteindre ces buts.

Les auteurs justifient la restriction comme suit : « la réglementation des appareils lourds et coûteux constitue un outil de planification important aux mains de l'État, à savoir le pouvoir législatif, lui permettant d'assurer, aux moyens de fonds publics, la protection de la santé de la population et de garantir l'accès égalitaire aux soins de santé utiles et nécessaire. »

Aux yeux du Conseil d'État, les objectifs de la maîtrise des coûts, de la qualité de gestion et d'un haut niveau de compétence du personnel peuvent valablement être réalisés dans des structures extra-hospitalières, à condition bien évidemment d'instaurer une procédure d'autorisation en vue de l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. Concernant plus précisément la restriction relative aux équipements et appareils qui dépassent 250 000 euros, cet argument ne tient pas en présence d'une personne physique ou morale qui ne requiert pas un financement de la part de l'État. Une telle personne se voit imposer une limitation de l'exercice de sa profession, même si elle respecte tous les critères imposés, sans que cette limitation ne soit autrement justifiée.

Étant donné que les explications des auteurs concernant la restriction envisagée et les motifs de celle-ci manquent à apporter les éléments nécessaires quant à son adéquation et proportionnalité, le Conseil d'État doit, à défaut de plus amples renseignements, réserver sa position quant à la dispense du second vote constitutionnel.

*

3 Arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, n° 176 (Mém. A n° 19 du 13 janvier 2023).

4 L'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 dispose ce qui suit : « À cette fin, avant l'adoption des dispositions visées au paragraphe 1, les États membres tiennent compte des éléments suivants : f) la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs pour atteindre l'objectif d'intérêt général ; »

5 CJUE, arrêt du 26 septembre 2013, Texdata Software GmbH., aff. C-418/11, point 52.

6 Arrêt de la Cour constitutionnelle n° 172/22 du 25 novembre 2022 (Mém. A – n° 605 du 11 décembre 2022).

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

L'article sous avis tend à modifier la loi précitée du 8 mars 2018.

Point 1^o

Le point sous revue tend plus précisément à modifier l'article 4, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Lettre a)

La modification prévue par la lettre sous examen a pour objet de prévoir l'insertion d'un alinéa 4 disposant que les centres hospitaliers peuvent disposer de « sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires » et ceci par dérogation à l'alinéa 3 qui prévoit qu'un centre hospitalier peut disposer de trois sites hospitaliers au maximum.

L'introduction de la notion de « sites supplémentaires » par la loi en projet sous examen amène le Conseil d'État à se pencher sur la signification du terme « site ». Selon les travaux préparatoires de la loi précitée du 8 mars 2018⁷, « les quatre hôpitaux [...] sont actuellement tous multi-sites c.-à-d. leurs activités hospitalières ont lieu dans plusieurs bâtiments dans des lieux géographiques distincts et bien identifiés ». D'après le commentaire portant sur l'article 4 du projet de loi n° 7056, « [l]e Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) se compose des sites de Strassen et d'Eich ; – le Centre hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman (CHRS) se compose des sites de la Gare de Luxembourg, du Kirchberg et d'Esch/Alzette ; – le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) se compose des sites d'Esch/Alzette, de Dudelange et de Niederkorn ; – le Centre hospitalier du Nord (CHDN) se compose des sites de Wiltz et d'Ettelbrück⁸. »

Si à l'époque, la loi précitée du 8 mars 2018 introduisait la notion de « site » pour différencier les sites des différents centres hospitaliers existants en ayant recours à un critère implicite de distanciation géographique, le Conseil d'État constate néanmoins que la notion en elle-même n'est pas définie dans la loi précitée. En effet, l'article 4, alinéas 2 et 3, de la loi précitée du 8 mars 2018, se limite à prévoir qu'« [u]n centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites. Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites. » Par l'introduction de la notion de « site supplémentaire », la nécessité de définir la notion de « site » s'impose. Ainsi, faudrait-il clarifier ce qui conditionne le nombre de sites d'un centre hospitalier : S'agit-il du fait de disposer de plusieurs bâtiments ou du fait que les bâtiments soient situés sur des lieux géographiques distincts et espacés de sorte à ne pas être facilement joignable ? En appréciant la notion de « site » en fonction des centres hospitaliers existants, le nombre de bâtiments ne peut à l'évidence pas servir de critère, puisque par exemple le Centre hospitalier de Luxembourg dispose de trois bâtiments (Maternité, Kannerklinik, Bâtiment Centre) séparés sur les terrains situés entre la rue Barblé et la rue Federspiel à Luxembourg, dont l'ensemble est pourtant considéré former un seul site selon le commentaire des articles précité. Partant, des « lieux géographiques distincts » et espacés de sorte à impliquer un déplacement plus ou moins long semblent conditionner la notion de sites « distincts ». Au vu des développements qui précèdent, le Conseil d'État demande aux auteurs de préciser le terme « site » dans la loi précitée du 8 mars 2018, en ayant par exemple recours à un critère géographique (distance entre les bâtiments). Le Conseil d'État constate donc que le terme « site » ainsi que, par ricochet, celui-ci de « site supplémentaire » ne sont pas définis. En effet, qu'en est-il de bâtiments nouveaux construits à proximité d'un centre hospitalier existant ? S'agit-il de « sites supplémentaires » pour lesquels les limitations quant aux services éligibles à y être installés proposées par la loi en projet s'appliqueraient ou s'agit-il simplement de l'extension d'un site existant qui peut offrir toutes les activités pour lesquelles le centre hospitalier est compétent ? Dans la mesure où la nature du site joue un rôle important dans le cadre de la procédure d'autorisation en ce qu'il revient au ministre de donner une autorisation d'exploitation soit pour un « site », soit pour une antenne d'un service d'un site existant, soit pour un « site supplémentaire », soit pour une antenne d'un service d'un « site supplémentaire », il faut que celui-ci puisse s'appuyer sur un critère légal permettant de délimiter un site de ses « sites

⁷ Doc. parl. n° 7056, page 49.

⁸ *Ibid.*

supplémentaires ». Le flou qui encadre la notion de « site » et qui implique ainsi un manque de précision au niveau de la notion de « site supplémentaire » étant source d'insécurité juridique, le Conseil d'État doit s'opposer formellement à la disposition sous revue.

Le nouvel alinéa 4, dans sa teneur proposée, dispose ensuite que ces « sites supplémentaires » sont dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3°, 7° et 8° du paragraphe 2 et au point 5° du paragraphe 3, ainsi que dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Sont ainsi visés les services de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale et d'oncologie. Le Conseil d'État constate que malgré de nombreuses considérations démographiques et épidémiologiques (chapitre III de l'exposé des motifs), les auteurs du projet de loi sous avis restent muets sur les raisons qui sont à l'origine du choix opéré quant aux services éligibles pour les « sites supplémentaires ». D'autres services dans lesquels les prises en charge ambulatoires jouent déjà actuellement un rôle important, tels que certains actes de chirurgie ainsi que les polycliniques spécialisées réalisant des examens à visée diagnostique, ne peuvent donc pas être installés dans les « sites supplémentaires » visés. Le « virage ambulatoire » mis en avant par les auteurs pour justifier la mise en place de « sites supplémentaires » se limite ainsi aux services précités. Le Conseil d'État estime qu'il appartient au législateur d'apprécier l'opportunité du choix des services opéré.

La dernière phrase de l'alinéa 4 dans sa teneur proposée dispose que les « sites supplémentaires » sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine, sans pour autant définir quelle forme juridique revêt une telle « collaboration ». Selon le commentaire portant sur l'article 1^{er}, les collaborations pourraient se faire « soit avec un ou plusieurs médecins, soit avec une personne morale au sens de la loi autorisant la médecine sous forme sociétale ».

Le Conseil d'État s'interroge sur la nature des contrats conclus entre les établissements hospitaliers et les médecins. À cet égard, il constate que la notion de « contrat de collaboration » est utilisée à l'endroit de l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018, qui dispose que les « médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration ». Est-ce que les auteurs visent la même nature de contrat ? Étant donné que les auteurs proposent d'insérer au point 7° de l'article sous examen le bout de phrase « et ceux exerçant sur un site supplémentaire », le contrat visé semble effectivement être le contrat de collaboration mentionné à l'endroit de l'article 33. Dans un souci de sécurité juridique, le Conseil d'État demande, sous peine d'opposition formelle, de compléter l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, en ce sens. À cet égard, il est, en outre, renvoyé aux observations formulées à l'égard du point 7°.

Dans cette logique, le Conseil d'État se doit encore d'attirer l'attention des auteurs sur les dispositions de l'article 32 de la même loi qui instaure un Conseil médical dans chaque hôpital, qui est censé constituer « l'organe représentant les médecins [...] exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital. » Ainsi, les médecins ou associations de médecins qui exercent sur un « site supplémentaire » sur base d'un contrat de collaboration devraient en toute logique participer aux travaux du Conseil médical.

Par ailleurs, d'après l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018 « [l]a gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurés par un même organisme gestionnaire ». Le Conseil d'État se demande si la deuxième phrase de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, dans sa teneur proposée, implique avec la rigueur nécessaire que les « sites supplémentaires » rentrent d'un point de vue de leur gestion entièrement dans les compétences de l'organisme de gestion du centre hospitalier. Tel que formulé, le texte sous avis risque de créer une insécurité juridique au niveau des règles de gouvernance applicables aux « sites supplémentaires » du centre hospitalier, de sorte que le Conseil d'État doit s'opposer formellement aux modifications proposées à la lettre sous examen. Le Conseil d'État renvoie encore aux observations formulées à l'endroit de l'article 1^{er}, point 7°.

Le Conseil d'État demande par ailleurs de remplacer les termes « établissement hospitalier » par ceux de « centre hospitalier » étant donné que seul un centre hospitalier peut disposer de sites, voire de « sites supplémentaires ». La même observation vaut pour le point 4°, lettre c).

Lettre b)

Sans observation.

Point 2°

Sans observation.

Point 3°

Le Conseil d'État note que l'article 9, paragraphe 6, de la loi précitée du 8 mars 2018, tel qu'actuellement en vigueur, dispose que « [c]haque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service » ». Par le point sous examen, les auteurs entendent ajouter une phrase au paragraphe 6 précité qui précise que dans le cadre des « sites supplémentaires » dédiés à des services particuliers, « chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que « site supplémentaire » dédié aux soins de santé ambulatoire ». Selon le commentaire des articles cette disposition provient du fait que la « réforme prévoit de ne pas limiter les sites dédiés [à lire « supplémentaires »] en termes de nombre, mais plutôt en termes d'antennes de service à autoriser. En effet, du fait d'une offre de soins nécessitant des ressources différentes, et en vue d'une délocalisation de cette offre, une telle limitation sur base d'un nombre absolu de sites supplémentaires ne pourrait satisfaire les besoins d'une planification. Par contre, et en ligne avec le *leit-motif* de la réforme du système de santé de 2010, le « pas tout partout » il s'agit de limiter en nombre les antennes de services au maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire. » Par le point sous examen, les auteurs semblent donc vouloir limiter, pour les « sites supplémentaires », le nombre d'antennes à deux antennes par service établi sur un « site supplémentaire ». Cependant, telle que formulée, la disposition n'est pas compréhensible sans les explications fournies à l'endroit du commentaire des articles. Elle se heurte ainsi au principe de sécurité juridique, de sorte que le Conseil d'État doit s'y opposer formellement.

Point 4°

Concernant le libellé sous examen, le Conseil d'État renvoie à ses considérations générales et en particulier à sa réserve quant à la dispense du second vote constitutionnel en ce qui concerne le principe de limiter l'utilisation d'un certain nombre d'équipements et d'appareils au secteur hospitalier.

Point 5°

Le point sous examen a pour objet de modifier l'article 15, point 1°, de la loi précitée du 8 mars 2018 comme suit : « L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait : 1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er} et soumis à planification nationale. » Le Conseil d'État comprend donc que l'État ne participe pas directement aux frais des investissements mobiliers et immobiliers pour recevoir des équipements et appareils qui ne sont pas soumis à planification nationale.

Point 6°

Sans observation.

Point 7°

Lettre a)

La lettre sous examen tend à modifier l'article 33, paragraphe 7, alinéa 1^{er}, première phrase, de la loi précitée du 8 mars 2018 afin de lui donner la teneur suivante : « Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, y exercent sur base d'un contrat de collaboration. »

Le Conseil d'État ne comprend pas la nécessité de compléter la phrase précédente dans la mesure où l'article 33 a vocation à s'appliquer à tous les établissements hospitaliers, donc y compris les centres hospitaliers disposant de « sites supplémentaires ». Afin d'éviter toute confusion et pour des raisons de sécurité juridique, le Conseil d'État exige, sous peine d'opposition formelle, de supprimer la disposition sous examen.

Lettre b)

Dans la même logique, le Conseil d'État demande de supprimer à la lettre b), les points i) et ii).

Le point iv) confirme les interrogations du Conseil d'État quant à la nature juridique des « sites supplémentaires » ainsi que quant aux règles de gouvernance applicables aux « sites supplémentaires ». En effet, le point iv) entend ajouter un nouveau point 9° à l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018 qui détermine le contenu essentiel du contrat type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés ou les médecins exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. Ce point 9° dispose que le contrat type doit comprendre « les modalités de gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires ». Le Conseil d'État renvoie dans ce cadre à ses observations et son opposition formelle émises à l'endroit de l'examen de l'article 1^{er}, point 1°.

Point 8°

Lettre a)

L'article 45, paragraphe 2, deuxième phrase, dans sa teneur proposée, prévoit qu'« [e]n outre l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite. »

Le Conseil d'État a du mal à saisir la nécessité de cette modification au vu de l'article 14, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, qui prévoit implicitement que toute installation en dehors d'un « établissement hospitalier » est interdite en prévoyant que les appareils et équipements y visés sont réservés aux « établissements hospitaliers ». Si l'intention des auteurs est d'incriminer l'utilisation d'un équipement ou appareil réservé, la disposition sous avis est à reformuler sous peine d'opposition formelle pour violation du principe de la légalité de la peine, tel que consacré par l'article 14 de la Constitution, lequel a comme corollaire le principe de la spécification de l'incrimination. En effet, selon la jurisprudence constante de la Cour constitutionnelle, « le principe de la légalité de la peine implique la nécessité de définir dans la loi les éléments constitutifs des infractions en des termes suffisamment clairs et précis pour exclure l'arbitraire et permettre aux intéressés de mesurer exactement la nature et le type des agissements sanctionnés⁹ ». Ainsi, la disposition proposée sanctionne l'utilisation d'équipements et appareils médicaux installés en « violation de l'annexe 3 », alors que cette annexe se limite à fixer une liste sans déterminer de manière claire et précise les faits à incriminer, voire sans constituer une infraction.

Lettre b)

Concernant la lettre sous examen qui vise à insérer un paragraphe 4 à l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018, le Conseil d'État note que ce paragraphe 4 prévoit notamment que « la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er} soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 4 » est punie d'une amende de 5 000 à 100 000 euros. Or, l'article 7, paragraphe 4, dispose que « [l]'autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à un établissement hospitalier reprendra les points 1. à 8. retenus ». Ainsi, le paragraphe 4 de l'article 7 décrit uniquement ce que l'autorisation d'exploitation doit contenir, mais ne constitue pas une obligation à l'égard de l'exploitant de disposer d'une telle autorisation, dont le non-respect serait sanctionnable. Partant, le Conseil d'État doit s'y opposer formellement pour violation de l'article 14 de la Constitution.

Point 9°

Sans observation.

Point 10°

Lettre a)

Sans observation.

⁹ Cour constitutionnelle, arrêt n° 138/18 du 6 juin 2018 (Mém. A – n° 459 du 8 juin 2018), Cour constitutionnelle, arrêts n°s 134 et 135/18 du 2 mars 2018 (Mém. A – n°s 198 et 199 du 20 mars 2018) et Cour constitutionnelle, n° 43/07 du 14 décembre 2007 (Mém. A – n° 1 du 11 janvier 2008, p. 7).

Lettre b)

Par la lettre sous revue, les auteurs complètent le tableau des équipements et appareils médicaux visés à l'annexe 3 en y ajoutant aux équipements et appareils nécessitant une planification nationale, ceux qui ne nécessitent pas de planification nationale, mais du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières. Le Conseil d'État ne commentera pas en détail les « critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des appareils et équipements médicaux repris dans le tableau [de l'annexe 3] » fournis à l'endroit du commentaire des articles, ceux-ci étant de nature purement médicale. Il procède néanmoins à une comparaison des termes repris à l'annexe en vigueur avec ceux utilisés par l'annexe 3 telle que complétée par le projet de loi sous avis étant donné que cette comparaison soulève un certain nombre de questions. En effet, l'annexe 3 telle qu'elle actuellement en vigueur contient uniquement des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières, mais elle ne distingue pas les uns des autres. D'après les dispositions de la loi en projet, seul le nombre des équipements et appareils nécessitant une planification nationale est limité. À cet égard, le Conseil d'État constate que tous les équipements et appareils déjà contenus dans la liste de l'annexe 3 en vigueur y sont maintenus avec le nombre maximum à autoriser, de sorte qu'ils revêtiront tous le caractère « à planification nationale » une fois que la loi en projet sortira ses effets. La liste est encore complétée par certains dispositifs ou équipements dont le nombre n'est pas limité, de sorte que ceux-ci ne revêtent apparemment pas le caractère « à planification nationale », mais requièrent probablement du personnel hautement qualifié voire des conditions d'emploi particulières.

Article 2

Sans observation.

Article 3

Point 1°

Le point sous examen tend à modifier l'article 65, alinéa 4, première phrase, du Code de la sécurité sociale afin de lui donner la teneur suivante : « Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil médical non visé à l'article 14, paragraphe 1 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. »

Le Conseil d'État note que l'article 65 concerne les appareils utilisés par les prestataires « en dehors du secteur hospitalier » et que les « forfaits » visés par cet article ne trouvent leur application que pour les appareils utilisés dans le secteur extrahospitalier. Étant donné que les appareils visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, ne peuvent de toute manière pas être utilisés dans le secteur extrahospitalier, la précision apportée par le point sous examen est superflue. Partant, le point sous examen est à supprimer.

Point 2°

Sans observation.

Article 4

Sans observation.

*

OBSERVATIONS D'ORDRE LEGISTIQUE

Observation générale

Il convient de faire abstraction des termes « de la même loi », pour être superfétatoires.

Intitulé

Il est signalé que les actes destinés à être modifiés sont énoncés à l'intitulé dans l'ordre dans lequel ils figurent au dispositif. Partant, il convient de reformuler l'intitulé comme suit :

« Projet de loi portant modification :

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

3° du Code de la sécurité sociale ».

Article 1^{er}

Au point 1°, pour ce qui concerne l'article 4, alinéa 4, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, dans sa teneur proposée, il y a lieu de relever que dans le cadre de renvois à des alinéas, l'emploi du terme « précédent » est à écarter. Mieux vaut viser le numéro de l'alinéa en question, étant donné que l'insertion d'une nouvelle disposition à l'occasion d'une modification ultérieure peut avoir pour conséquence de rendre le renvoi inexact. Partant, il convient de remplacer le terme « précédent » par le chiffre « 3 ».

En ce qui concerne le même article 4, alinéa 4, il est signalé qu'il y a lieu d'indiquer avec précision et de manière correcte les textes auxquels il est renvoyé, en commençant par le paragraphe et ensuite les points visés. Partant, il y a lieu d'écrire « visés aux paragraphes 2, points 3, 7 et 8 et 3, point 5, ».

La lettre a) est à terminer par un point-virgule.

Au point 2°, lettre a), il y faut accorder le terme « le » au pluriel, pour écrire « les termes ».

Au point 6°, pour ce qui concerne l'article 20*bis*, dans sa teneur proposée, il est recommandé d'écrire « [...] projets visés aux articles 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, et 15, [...] ».

Au point 7°, phrase liminaire, il y a lieu d'insérer une virgule après les termes « paragraphe 7 ».

Au point 7°, lettre b), sous ii), il y a lieu d'insérer des guillemets fermants après les termes « paragraphe 1^{er} ».

Au point 7°, lettre b), sous iii), il est recommandé d'écrire : « Au point 8, le point final est remplacé par un point-virgule. »

Au point 8°, lettre a), pour ce qui concerne l'article 45, paragraphe 2, dans sa teneur proposée, il y a lieu d'insérer une virgule après les termes « En outre ».

Au point 8, lettre b), pour ce qui concerne l'article 45, paragraphe 4, dans sa teneur proposée, il convient d'insérer une virgule après les termes « paragraphe 1^{er} » et d'ajouter l'article éliminé « l' » avant les termes « article 7, paragraphe 4 ».

Article 3

Au point 2°, il convient de remplacer les termes « du point de vue » par les termes « d'un point de vue ».

Formule de promulgation

La formule de promulgation est à omettre dans les projets de loi. Elle est seulement à ajouter au même moment que le préambule et la suscription.

Texte coordonné de la loi précitée du 8 mars 2018

L'article 14, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, première phrase, est à reformuler comme suit :

« Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale ~~qui soit en raison de leur~~ dont soit le coût dépassent 250.000 euros HTVA valeur à neuf, ~~soit en raison~~ soit l'utilisation requiert du personnel hautement qualifié ~~que leur utilisation requiert~~, ou qui exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4. »

Ainsi délibéré en séance plénière et adopté à l'unanimité des 17 votants, le 25 avril 2023.

Le Secrétaire général,

Marc BESCH

Le Président,

Christophe SCHILTZ

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau



Commission de la Santé et des Sports

Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 2 mai 2023

Ordre du jour :

1. *Uniquement pour les membres de la Commission de la Santé et des Sports :*

Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 7, 13 et 21 mars 2023 et de la réunion jointe du 27 mars 2023 (pétition publique 2301)
2. 2504 Pétition publique - Garantir et améliorer l'accès utile, rapide et équitable aux moyens de diagnostic d'imageries médicales (la mammographie, la coloscopie, l'IRM, la densitométrie, le scanner, etc.)

Suivi des conclusions du débat public sur la pétition publique 2504 ayant eu lieu le 8 mars 2023
3. 8009 Projet de loi portant modification :
1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
3° du Code de la sécurité sociale
- Rapporteur : Monsieur Mars Di Bartolomeo

- Examen de l'avis du Conseil d'État
4. Divers

*

Présents : M. Gilles Baum, Mme Francine Closener, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, M. Max Hengel, M. Claude Lamberty, remplaçant M. Gusty Graas, Mme Josée Lorsché, Mme Nathalie Oberweis, M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler, membres de la Commission de la Santé et des Sports

M. Sven Clement, observateur délégué

M. Frank Colabianchi, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, M. Dan Kersch,

M. Marc Spautz, M. Carlo Weber, membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

M. Sven Clement, observateur délégué

Mme Nancy Arendt épouse Kemp, Présidente de la Commission des Pétitions

M. Claude Haagen, Ministre de la Sécurité sociale

Dr Jean-Claude Schmit, Directeur de la santé

Mme Paule Flies, M. Laurent Mertz, M. Tom Rausch, du Ministère de la Santé

Mme Sonja Trierweiler, du Ministère de la Sécurité sociale

M. Thomas Dominique, Directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)

M. Nicolas Anen, du groupe parlementaire LSAP

Mme Patricia Pommerell, M. Joé Spier de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Gusty Graas, M. Georges Mischo, membres de la Commission de la Santé et des Sports

Mme Myriam Cecchetti, M. Paul Galles, M. Aly Kaes, M. Pim Knaff, M. Charles Margue, M. Gilles Roth, membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission de la Santé et des Sports

M. Dan Kersch, Président de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

*

1. *Uniquement pour les membres de la Commission de la Santé et des Sports :*

Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 7, 13 et 21 mars 2023 et de la réunion jointe du 27 mars 2023 (pétition publique 2301)

Les projets de procès-verbal sous rubrique sont approuvés à l'unanimité des membres présents.

2. 2504 Pétition publique - Garantir et améliorer l'accès utile, rapide et équitable aux moyens de diagnostic d'imageries médicales (la mammographie, la coloscopie, l'IRM, la densitométrie, le scanner, etc.)

En guise d'introduction, Monsieur Mars Di Bartolomeo (du groupe parlementaire LSAP), Président de la Commission de la Santé et des Sports, excuse l'absence de Madame la Ministre de la Santé qui ne peut pas participer à la présente réunion pour des raisons de santé. L'orateur précise que la réunion est consacrée au suivi des conclusions du débat public du 8 mars 2023 sur la pétition publique 2504 intitulée « *Garantir et améliorer l'accès utile, rapide et équitable aux moyens de diagnostic d'imageries médicales (la mammographie, la coloscopie, l'IRM, la densitométrie, le scanner, etc.)* ». Lors du débat public, le Gouvernement a annoncé son intention de mettre en œuvre un certain nombre de mesures visant à améliorer la situation critiquée par la pétition publique 2504. L'orateur renvoie également à la mission qu'il convient de donner à l'Observatoire national de la santé en vue d'étudier un système permanent de gestion des accès aux imageries médicales dans le cadre d'un monitoring.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports passe ensuite la parole à Madame Nancy Arendt épouse Kemp (du groupe politique CSV), Présidente de la Commission des Pétitions, qui renvoie à son tour au débat public du 8 mars 2023 au cours duquel la pétitionnaire, Madame Isabelle Faber, a avancé un délai d'attente allant jusqu'à dix-huit mois pour une mammographie. Son co-pétitionnaire, le Dr Jean-Baptiste Olivier, a indiqué que quelque 33 000 femmes âgées de cinquante à soixante-dix ans sont visées chaque année par le programme national de dépistage du cancer du sein (« *Programme Mammographie* »), alors que seulement 54 pour cent des femmes concernées y prennent part. Le Dr Olivier a précisé en outre que 95 pour cent des mammographies réalisées dans le cadre du « *Programme Mammographie* » sont normales. Selon le Dr Olivier, cette statistique met en évidence une saturation des installations radiologiques au sein des hôpitaux par des personnes non malades, alors même que les hôpitaux devraient accueillir prioritairement des personnes malades. Ceci semble d'autant plus vrai que les chances de guérison dépendent notamment de la taille de la tumeur et des dates du diagnostic ainsi que de la prise en charge thérapeutique.

Madame la Présidente de la Commission des Pétitions rappelle que les participants au débat public se sont renseignés sur les raisons qui expliquent les délais d'attente actuels. Ils se sont interrogés sur la possibilité de réorganiser les plages horaires disponibles afin de raccourcir les délais d'attente pour la conduite d'examen supplémentaires après qu'une suspicion a été établie et d'externaliser les infrastructures s'adressant notamment à des personnes en bonne santé en créant par exemple un centre national de dépistage externe. En outre, il a été constaté qu'il y a une tendance à réserver plusieurs créneaux pour le même patient. Afin de porter remède à cette situation, il a été jugé nécessaire de faire évoluer la digitalisation, notamment au niveau de la prise de rendez-vous.

L'oratrice conclut que la présente réunion devait permettre à Madame la Ministre de la Santé et à Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale de faire le point sur les nouvelles initiatives annoncées lors du débat public du 8 mars 2023 et en particulier sur le système de centralisation et de numérisation de la prise de rendez-vous qui devra permettre de gérer avec efficacité les plages libres et les plages supplémentaires à créer pour l'utilisation de l'imagerie médicale.

Par la suite, Monsieur Claude Haagen, Ministre de la Sécurité sociale, présente les mesures envisagées par le Gouvernement pour porter remède aux problèmes soulevés lors du débat public. Il se réfère dans ce contexte à l'aperçu n° 21 élaboré par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) au sujet de la réalisation des examens d'imagerie médicale au Luxembourg (mars 2023) et annonce son intention de mettre cet aperçu à la disposition des membres des commissions parlementaires. Il ressort de l'aperçu n° 21 que le Centre Hospitalier Émile Mayrisch (CHEM) a la plus grande activité pour les examens d'imagerie médicale à visée d'exploration diagnostique et qu'il accueille un nombre élevé d'assurés non-résidents.

Afin de pouvoir diminuer les délais d'attente pour un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM), Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale fait savoir que le Gouvernement a exprimé le souhait que les quatre centres hospitaliers veillent à une meilleure disponibilité des plateaux IRM. À cette fin, les équipements IRM devraient également fonctionner en dehors des horaires d'ouverture actuels, et notamment pendant le week-end. Le ministère de la Santé et le ministère de la Sécurité sociale ont mené des consultations à cette fin avec la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) et d'autres acteurs du terrain. Suite à ces consultations, il a été décidé de prévoir dans le cadre d'un projet pilote une ouverture des plateaux IRM le samedi pendant huit heures. Alors que ce projet pilote est déjà mis en œuvre par deux centres hospitaliers, les autres devraient faire de même à partir du 1^{er} juin 2023 au plus tard.

Certains centres hospitaliers ont annoncé leur intention de prévoir une ouverture des plateaux IRM également le dimanche. Cette décision relève de l'autonomie des hôpitaux, sachant qu'une utilisation des équipements IRM sept jours sur sept aura des répercussions sur le plan de travail du personnel et sur la prochaine Convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers et dans les établissements membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (CCT FHL). Les acteurs ont également évoqué la possibilité de prévoir des heures d'ouverture prolongées en semaine, de 6.00 heures à 22.00 heures, les équipements IRM étant actuellement exploités de 7.00 heures à 20.00 heures. De manière générale, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale donne à considérer qu'un élargissement des plages horaires rend nécessaire un renforcement de l'effectif du personnel spécialisé en imagerie médicale.

Alors qu'il appartient aux centres hospitaliers de définir les modalités de mise en œuvre de ce projet pilote, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale souligne qu'il s'agit de réduire dans un premier temps les retards accumulés. Il précise encore que les frais supplémentaires engendrés par la prolongation des heures d'ouverture des plateaux IRM seront pris en charge par la Caisse nationale de santé (CNS).

En outre, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale fait savoir que la commune de Wiltz et le Centre hospitalier du Nord (CHdN) ont développé le projet « *Schlasskéier* », une nouvelle antenne du service d'imagerie médicale du CHdN, qui sera doté d'un équipement IRM supplémentaire. En attendant la construction du centre Schlasskéier, cet équipement IRM supplémentaire, sur lequel la Commission permanente pour le secteur hospitalier vient d'émettre un avis favorable, sera provisoirement installé dans la Clinique Saint-Joseph (site Wiltz du CHdN), de préférence dans le courant de l'année en cours.

Monsieur le Directeur de la santé, de son côté, informe l'assistance que le Luxembourg dispose actuellement de sept équipements de mammographie qui seront bientôt remplacés par des appareils plus performants, la procédure d'attribution de marché étant sur le point d'être conclue. Les centres hospitaliers ont été d'accord pour acquérir le même type d'appareil, ce qui est susceptible de faciliter la comparabilité et l'échange des données. Dans le contexte du renouvellement du parc d'équipements de mammographie, il est par ailleurs prévu d'acquérir un appareil supplémentaire, ce qui porte le nombre total à huit. Dans la mesure où les nouveaux appareils seront plus performants et plus rapides, leur rendement sera plus important. Le plus grand problème consiste à disposer du personnel spécialisé nécessaire et notamment de radiologues, tous les radiologues n'étant pas en mesure d'interpréter correctement les résultats d'une mammographie. Dans ce contexte, l'orateur se félicite du fait qu'un établissement hospitalier vient de lui annoncer qu'il a recruté un radiologue supplémentaire spécialisé en mammographie.

Monsieur le Directeur de la santé précise ensuite que les femmes qui se soumettent à une mammographie peuvent être divisées en trois catégories, à savoir les participantes au « *Programme Mammographie* » qui s'adresse aux femmes âgées de cinquante à soixante-dix ans, les cas d'urgence et les femmes qui font réaliser une mammographie à des fins préventives en dehors du « *Programme Mammographie* ». Pour des raisons organisationnelles, la Direction de la santé est en train de discuter avec les gynécologues de l'opportunité de faire participer cette troisième catégorie de femmes au « *Programme Mammographie* ». Une telle façon de procéder semble d'autant plus indiquée que l'Union européenne recommande d'ouvrir les programmes de dépistage aux femmes à partir de l'âge de quarante-cinq ans.

En outre, la Direction de la santé œuvre en faveur d'une meilleure organisation du système grâce à la mise en place d'une prise de rendez-vous centralisée afin d'éviter que les femmes concernées prennent des rendez-vous dans plusieurs établissements hospitaliers. En effet, les hôpitaux recommandent souvent aux patientes de contacter également d'autres hôpitaux pour obtenir un rendez-vous plus rapidement. De nombreuses patientes prennent donc un deuxième rendez-vous et n'ont pas forcément le réflexe d'annuler le premier. Un groupe de travail a été créé afin de discuter de ces questions avec les établissements hospitaliers, tout en respectant l'autonomie hospitalière.

Monsieur le Directeur de la santé précise encore que l'intelligence artificielle est un bon moyen pour lire les mammographies, ceci notamment dans le cadre d'un programme de dépistage où la grande majorité des clichés est normale. Un projet en ce sens vient d'être soumis au ministère de la Digitalisation en vue d'un cofinancement. Le recours à l'intelligence artificielle serait susceptible d'augmenter le rendement de l'interprétation des mammographies et de réduire ainsi les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports constate que le nombre d'équipements IRM est passé de sept à treize dans une période de deux ans, y inclus l'équipement supplémentaire prévu à Wiltz. L'orateur salue en outre la proposition de prévoir une prise de rendez-vous centralisée qui permettra d'exploiter les capacités non utilisées, ainsi que la volonté des centres hospitaliers de faire preuve d'une plus grande coopération entre eux.

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Madame Josée Lorsché (*du groupe parlementaire déi gréng*) se réfère aux propos tenus par le Dr Olivier lors du débat public du 8 mars 2023 au sujet de la pénurie de médecins spécialistes capables de lire et d'interpréter les clichés réalisés dans le cadre des mammographies. Elle estime que le recrutement d'un radiologue supplémentaire spécialisé en mammographie n'est pas susceptible de résoudre ce problème. Au vu de cette situation, l'oratrice souhaite savoir si des pistes ont déjà été identifiées pour recourir à l'intelligence artificielle, voire à des experts à l'étranger pour interpréter les clichés mammaires.

Monsieur le Directeur de la santé précise dans ce contexte que le radiologue supplémentaire spécialisé en mammographie a accepté de venir travailler au Luxembourg grâce à l'amélioration des conditions de travail qui résulte de la décision concernant l'indemnisation des gardes et astreintes. L'orateur exprime l'espoir que la création d'un environnement de travail attrayant est susceptible d'attirer les médecins spécialistes dont le Luxembourg a besoin. Il donne cependant à considérer que tous les pays européens se voient confrontés à une pénurie de radiologues.

En ce qui concerne le recours à des experts externes, le Directeur de la santé fait savoir que tous les clichés réalisés dans le cadre du « *Programme mammographie* » sont adressés aux deux radiologues de la Direction de la santé pour une deuxième lecture. Vu la surcharge de travail qui en résulte, la Direction de la santé a mis en place une coopération avec des radiologues français qui lisent les clichés mammaires en tant que consultants externes. La Direction de la santé est également en train d'explorer la possibilité d'une coopération avec le Portugal dans ce domaine. Le recours à l'intelligence artificielle serait susceptible d'améliorer la situation dans la mesure où un programme informatique pourrait éliminer les clichés normaux, de sorte que les radiologues pourraient se concentrer sur les clichés affichant des anomalies.

En réponse à une question afférente de Madame Francine Closener (*du groupe parlementaire LSAP*), Monsieur le Directeur de la santé précise que l'ouverture du « *Programme mammographie* » aux femmes à partir de l'âge de quarante-cinq ans sera réalisée rapidement, étant donné que l'Union européenne a émis une recommandation en ce sens. Ceci dit, il faut d'abord procéder à une modification de la convention avec la CNS afin d'assurer la prise en charge financière d'une telle extension du programme de dépistage. Il faut ensuite procéder à la mise en œuvre de ce projet, sachant que le Luxembourg n'est pas le seul État membre qui n'a pas encore donné suite à la recommandation de l'Union européenne.

Madame Carole Hartmann (*du groupe politique DP*) demande si le délai d'attente de dix-huit mois pour une mammographie qui a été mentionné par la pétitionnaire a pu être raccourci entretemps.

Monsieur le Directeur de la santé réplique que l'établissement hospitalier ayant annoncé un délai d'attente de dix-huit mois pour les cas non-urgents a pu ramener ce délai à douze mois. En cas d'urgence, ce délai est beaucoup plus court ; l'orateur se réfère à un cas où la patiente a obtenu un rendez-vous dans un délai de deux jours. Cela dépend toutefois de la volonté du médecin traitant de contacter lui-même le radiologue pour lui expliquer l'urgence de la situation.

En réponse à une question afférente de Madame Carole Hartmann, Monsieur le Directeur de la santé précise que toutes les plages horaires réservées dans le cadre du « *Programme Mammographie* » ne sont pas utilisées, alors que les femmes réalisant une mammographie de dépistage en dehors du programme national utilisent les autres plages horaires qui ne sont donc pas disponibles pour les mammographies de diagnostic. Il serait dès lors préférable que cette dernière catégorie de femmes utilise les créneaux prévus dans le cadre du « *Programme Mammographie* », d'où la nécessité de réorganiser le système dans ce sens.

Madame Carole Hartmann se réfère ensuite aux propos de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale selon lesquels le CHEM accueille un nombre élevé d'assurés non-résidents et donne à considérer que l'analyse réalisée à des fins de planification dans le cadre du projet de loi 8009¹ est exclusivement basée sur la population protégée résidente. Elle s'interroge sur l'opportunité de prendre en compte également les assurés frontaliers dans le cadre de la planification nationale des équipements et appareils médicaux.

Monsieur le Directeur de l'IGSS confirme que les statistiques contenues dans le document de dépôt relatif au projet de loi 8009 précité utilisent en effet comme indicateur la population protégée résidente. Ceci dit, il y est également fait référence à une documentation sur la consommation de prestations de soins de santé dans les différents hôpitaux par tous les assurés, y inclus les assurés non-résidents.

Tout en saluant l'annonce de la mise en place d'un système de prise de rendez-vous centralisée, Madame Carole Hartmann renvoie à certains problèmes soulevés par les pétitionnaires lors du débat public du 8 mars 2023. D'une part, le patient souhaite souvent rester chez le médecin qui l'a déjà pris en charge lors d'une maladie précédente dans la mesure où celui-ci connaît mieux son historique médical. D'autre part, les données de santé des patients détenues par un hôpital ne sont pas forcément accessibles dans les autres hôpitaux. Ce problème se pose également au niveau de la coopération avec des hôpitaux situés à l'étranger. Il faudrait dès lors garantir un échange sécurisé des données de santé entre les acteurs concernés, ceci d'autant plus que certains médecins semblent avoir recours à l'application Whatsapp pour échanger des données de santé.

Monsieur le Directeur de la santé précise dans sa réponse que le transfert de données de santé ne devrait poser aucun problème, les quatre centres hospitaliers étant rattachés à un système permettant l'échange des résultats des examens radiologiques. En revanche, l'échange avec un hôpital étranger n'est pas toujours garanti.

Dans ce contexte, Monsieur le Directeur de l'IGSS se réfère aux discussions qui sont en train d'être menées au niveau de l'Union européenne sur la création de l'Espace européen des données de santé (« *European Health Data Space* »), qui vise précisément à résoudre les questions liées à la transférabilité des données de santé entre États membres de l'Union

¹ Projet de loi portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

européenne. La proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à l'espace européen des données de santé préconise plusieurs catégories prioritaires de données de santé électroniques à caractère personnel à des fins d'utilisation primaire, y inclus les images médicales et les comptes rendus d'imagerie médicale, dont l'émission et l'acceptation se feront dans le cadre du format européen d'échange de dossiers médicaux électroniques. Une fois en vigueur, ce règlement devrait donc permettre à un hôpital situé dans un pays limitrophe d'accéder aux données de santé des assurés luxembourgeois.

Monsieur Claude Wiseler (du groupe politique CSV) demande des précisions sur les coûts supplémentaires engendrés par l'ouverture prolongée des équipements IRM.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale précise que les coûts supplémentaires sont occasionnés par la multiplication prévue des actes et, le cas échéant, le travail du dimanche. Ils sont calculés par rapport à l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier. Le surcoût a été évalué en fonction des besoins exprimés par les différents centres hospitaliers en vue d'une exploitation prolongée des équipements IRM. À l'issue de l'exercice budgétaire en cours, il est prévu d'évaluer l'estimation de surcoût en vue d'inscrire des chiffres ajustés dans le projet de budget pour l'exercice 2024.

Monsieur Claude Wiseler demande si la planification se base sur la consommation de soins de santé par tous les assurés, qu'ils soient résidents ou non-résidents. Il estime dans ce contexte que le nombre de patients en provenance de la Grande Région risque encore d'augmenter au vu de la situation en Belgique qui pourrait mener à la fermeture de l'hôpital d'Arlon. Cela pourrait avoir pour conséquence que les hôpitaux luxembourgeois devraient traiter des patients affiliés à la sécurité sociale belge.

En guise de réponse, Monsieur le Directeur de l'IGSS renvoie aux publications de l'IGSS au sujet des questions soulevées par l'orateur précédent, dont notamment les cahiers statistiques n° 12 (Analyse portant sur les dépenses de l'assurance maladie-maternité liées aux soins transfrontaliers et sur la population concernée par les soins transfrontaliers) et n° 14 (Prestations de soins au Luxembourg pour des assurés qui résident dans les zones frontalières francophones). Il propose de diffuser aux membres des commissions parlementaires ces publications qui sont par ailleurs disponibles sur le site de l'IGSS. Il en ressort que le système de santé luxembourgeois prend en charge une grande partie des assurés non-résidents ; ces chiffres sont évidemment pris en compte dans toute planification du secteur hospitalier. Il est aussi évident qu'un éventuel accès élargi aux prestations de soins de santé luxembourgeois nécessiterait des capacités additionnelles afin de pouvoir accueillir des patients supplémentaires en provenance de la Grande Région.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports donne à considérer que la fermeture de l'hôpital d'Arlon pourrait également inciter des médecins et professionnels de santé belges à venir exercer au Luxembourg.

Monsieur Marc Hansen (du groupe politique déi gréng) exprime sa surprise devant le constat que le transfert des clichés d'imagerie médicale semble toujours poser problème, alors que ces clichés figurent normalement dans le dossier de soins partagé (DSP) des patients. Il regrette que l'accès au DSP ne soit toujours pas suffisamment efficace pour que son utilisation par les assurés

et les prestataires de soins de santé soit garantie. Or, un bon fonctionnement du DSP serait de nature à résoudre les problèmes liés à l'accès des clichés réalisés qui sont normalement intégrés dans le DSP dans un délai de deux jours.

Dans sa réponse, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale se réfère aux critiques qui ont été exprimées à l'égard du DSP lors de l'assemblée générale extraordinaire de l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) du 26 avril 2023. Monsieur le Ministre explique que la priorité du Gouvernement était l'introduction du paiement immédiat direct grâce auquel l'assuré n'a plus besoin d'avancer le montant qui lui est remboursé par la CNS. Alors que le DSP est certes perfectible, l'orateur souligne qu'il s'agit d'un outil très utile qui permet de centraliser toutes les informations de santé essentielles à un seul endroit et de faciliter ainsi le suivi et la coordination de la prise en charge des assurés. Tout en jugeant opportun de ne pas recourir à l'application Whatsapp pour échanger des données de santé, Monsieur le Ministre relève l'importance pour tous les cabinets médicaux d'accélérer le passage à la digitalisation.

Monsieur le Directeur de la santé souligne l'opportunité pour les assurés et les prestataires de soins de santé d'utiliser le DSP, même si la qualité des clichés d'imagerie médicale versés dans le DSP n'est pas toujours parfaite. Alors que le degré de digitalisation des cabinets médicaux est variable, l'orateur fait savoir que le système d'échange de données de santé par lequel les centres hospitaliers sont reliés entre eux permet le transfert de clichés de haute résolution.

Monsieur Marc Hansen souligne la nécessité de procéder sans tarder à un monitoring non seulement des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, mais également du nombre d'équipements et d'appareils médicaux nécessaires, considérant que la situation est évolutive au niveau de la consommation par la population protégée résidente et non-résidente et que les décisions politiques des pays limitrophes, comme la fermeture éventuelle de l'hôpital d'Arlon, ont un impact majeur sur la situation au Luxembourg. Un tel monitoring devrait également permettre de parvenir à une répartition des équipements et appareils lourds qui correspond aux besoins réels des patients, non seulement dans l'agglomération de Luxembourg, mais également en zone rurale, en évitant une prolifération d'équipements dans certaines régions.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale est d'accord pour dire que la répartition des équipements et appareils médicaux doit faire l'objet d'une planification détaillée et qu'elle doit se faire en fonction de la population et de l'accessibilité. À cette fin, le projet pilote sur la prolongation des heures d'ouverture des plateaux IRM permettra de collecter des données supplémentaires sur les besoins en la matière, y inclus au niveau du personnel.

Monsieur le Directeur de la santé fait savoir que l'Observatoire national de la santé, en coopération avec le Luxembourg Institute of Health, a d'ores et déjà développé une méthodologie pour procéder au monitoring susmentionné. En outre, la Direction de la santé fait un monitoring régulier des délais d'attente en requérant des informations afférentes aux établissements hospitaliers et en demandant des rendez-vous en tant que patient « *mystère* ». Cette façon de procéder a permis de constater que le délai d'attente pour une mammographie dans l'hôpital concerné est passé de dix-huit à douze mois. L'orateur se dit également d'accord avec la proposition de procéder à un monitoring du nombre d'équipements et d'appareils médicaux nécessaires, tout en soulignant qu'il faut

également prendre en considération le degré de performance des appareils utilisés qui est en amélioration constante.

En ce qui concerne la répartition des équipements et appareils médicaux, Monsieur le Directeur de l'IGSS ajoute que l'IGSS s'est donnée les moyens pour collecter, préparer, interpréter et publier les données nécessaires. Ces données sont mises à la disposition de l'Observatoire national de la santé afin de lui permettre de procéder au monitoring susmentionné.

Dans ce contexte, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports souligne l'importance pour les prestataires de soins de santé d'accompagner le monitoring à réaliser par l'Observatoire national de la santé et de prendre connaissance des évolutions constatées.

Monsieur Sven Clement (*de la sensibilité politique Piraten*) se dit étonné d'entendre que la Direction de la santé appelle les établissements hospitaliers en tant que patient « *mystère* » pour vérifier les informations officielles communiquées sur les délais d'attente.

Monsieur le Directeur de la santé réplique que la Direction de la santé se donne des moyens objectifs pour confirmer les données fournies par les établissements hospitaliers sur les délais d'attente, ce qui ne signifie pas qu'elle considère ces données comme étant peu fiables.

En ce qui concerne la prise de rendez-vous pour une mammographie, Monsieur Sven Clement se réfère aux réponses à plusieurs questions parlementaires posées à ce sujet et dont il ressort que le nombre de rendez-vous non honorés dans le cadre d'une prise de rendez-vous multiple ne peut pas être déterminé. La seule façon de porter remède à cette situation est dès lors la mise en place d'une plateforme centralisée permettant aux femmes concernées de prendre un rendez-vous unique. Une prise de rendez-vous centralisée est également la seule façon de vérifier si les rendez-vous attribués ont été respectés. L'orateur estime en effet qu'un délai d'attente de douze ou de dix-huit mois est susceptible d'inciter les patientes qui ont les moyens financiers à faire réaliser une mammographie à l'étranger et à oublier, le cas échéant, d'annuler le rendez-vous préalablement pris dans un hôpital luxembourgeois.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale confirme que la prise de rendez-vous centralisée constituera une mesure de simplification administrative au profit des patients et des centres hospitaliers. En ce qui concerne l'affirmation de l'orateur précédent selon laquelle les patients qui ont les moyens financiers préfèrent se faire soigner à l'étranger, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale se réfère aux statistiques publiées par l'IGSS d'où il ressort que le nombre d'assurés résidents qui font réaliser un examen d'imagerie médicale à l'étranger est plus faible que supposé. Par ailleurs, la prise en charge dans un établissement hospitalier situé dans un autre État membre de l'Union européenne peut être autorisée par la CNS sous certaines conditions.

Monsieur Sven Clement exprime encore son désarroi par rapport à la prétendue pratique de certains médecins de recourir à l'application Whatsapp pour échanger des données de santé et souligne que les plateformes numériques exploitées par des opérateurs privés ne se prêtent pas à un tel échange. L'orateur estime que cette pratique est un désaveu des plateformes numériques mises à la disposition des prestataires de soins de santé, dont le

DSP. Dans ce contexte, Monsieur Clement exprime son indignation quant à un courrier qui lui a été adressé par le directeur général de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (« Agence eSanté ») en réaction aux critiques qu'il avait formulées à l'égard du DSP.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale réfute l'analyse faite par l'orateur précédent selon laquelle le recours par certains médecins à l'application Whatsapp constituerait un désaveu du DSP.

Alors que Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports fait siens les propos formulés par Monsieur Clement au sujet du courrier mentionné, il estime que la mise en œuvre des projets de l'Agence eSanté est entravée par certaines polémiques et en raison d'intérêts commerciaux qui ne semblent pas mettre le patient au centre des préoccupations.

Monsieur Jeff Engelen (de la sensibilité politique ADR) souhaite savoir pourquoi l'équipement IRM prévu à Wiltz, qui sera installé provisoirement dans la Clinique Saint-Joseph, sera transféré ultérieurement au centre Schlasskéier, alors que cette façon de procéder obligera les patients hospitalisés à faire des aller-retours entre la Clinique Saint-Joseph et le futur centre Schlasskéier.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale confirme que l'équipement IRM sera installé dans la Clinique Saint-Joseph, qui remplit les conditions techniques pour accueillir un tel équipement, en attendant que le centre Schlasskéier sera opérationnel. Il précise que la mise en service du centre Schlasskéier ira de pair avec une restructuration des activités de la Clinique Saint-Joseph et une coordination optimale entre les deux sites. En effet, la Clinique Saint-Joseph accueillera à l'avenir les traitements stationnaires dans le domaine de la gériatrie et de la rééducation gériatrique ainsi que la clinique de jour pour la rééducation gériatrique. Une fois le centre Schlasskéier achevé, les services de diagnostic et de traitement ambulatoires, actuellement situés dans la clinique, seront installés dans le nouvel établissement.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports constate que le Gouvernement est en train de mettre en place une panoplie de mesures pour raccourcir les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous pour un examen d'imagerie médicale, à savoir un monitoring des délais d'attente et du nombre d'équipements et d'appareils médicaux nécessités par les assurés résidents et non-résidents, la création de plages horaires supplémentaires pour réaliser des examens IRM, l'installation de plateaux IRM supplémentaires dont le nombre est passé de sept à treize dans une période de deux ans et la mise en place d'un système de prise de rendez-vous centralisée pour les mammographies.

3. 8009 **Projet de loi portant modification :**
1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
3° du Code de la sécurité sociale

Après une brève introduction de Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports, qui est également rapporteur du projet de loi sous rubrique, un représentant du ministère de la Santé présente l'avis que le

Conseil d'État a émis en date du 25 avril 2023. Le ministère de la Santé est en train d'analyser cet avis en vue de la rédaction d'une série d'amendements.

Le Conseil d'État constate, dans ses considérations générales, que le projet de loi sous avis apporte des modifications à un certain nombre d'articles de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Les auteurs affirment que ces modifications ont pour objet de ne pas confiner l'activité des établissements hospitaliers sur leurs sites actuels et de consacrer la pratique déjà existante de délocaliser des activités sur des « *sites supplémentaires* » destinés à des services spécifiques accueillant des patients pour des interventions ou examens en mode ambulatoire. Les modifications proposées suscitent un certain nombre de questions auxquelles le Conseil d'État reviendra à l'endroit de l'examen des articles.

La Haute Corporation constate qu'en ce qui concerne plus particulièrement les modifications proposées aux articles 1^{er}, point 4^o, et 2 du projet de loi, le Gouvernement entend répondre à l'arrêt n° 148/19 du 5 juillet 2019 de la Cour constitutionnelle². Celle-ci a dû se prononcer sur la question de savoir si l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, est conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution, en ce que, selon le tribunal administratif, « *le législateur n'a donné aucune indication quant à la nature, aux raisons pour lesquelles, dans quelles circonstances ou sous quelles conditions différents équipements devraient figurer sur une liste d'équipements interdits par rapport à d'autres ainsi que, d'une manière générale, quant aux modalités d'une telle interdiction*³ ».

Dans l'arrêt précité, la Cour constitutionnelle a notamment considéré que « *l'article 19 de la loi du 29 avril 1983 n'est pas conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution* », en ce qu'il « *ne donne aucune indication quant à l'objectif des mesures d'exécution* » dans une matière réservée à la loi.

Le Conseil d'État note que l'article 2 du projet de loi sous avis vise à abroger l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983. La loi précitée ne contenant ainsi plus de restriction quant aux équipements et appareils pouvant être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans un cabinet médical, il n'est plus nécessaire d'insérer des indications quant à l'objectif des mesures d'exécution dans ladite loi.

Afin de rester toutefois dans la logique du système actuellement en vigueur, le Gouvernement prévoit de modifier l'article 14 de la loi précitée du 8 mars 2018 ainsi que l'annexe 3 visée audit article, en insérant dans la loi précitée les conditions liées à la limitation de l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers.

Le Conseil d'État constate ainsi que le principe selon lequel un certain nombre d'équipements et d'appareils sont réservés au milieu hospitalier, ne pouvant donc pas être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans leurs cabinets médicaux, n'est pas remis en cause par les auteurs de la loi en projet. Ainsi, en particulier les modifications proposées à l'endroit de l'article 1^{er}, point

² Cour constitutionnelle, arrêt n° 00148/19 du 5 juillet 2019 (Mém. A - n° 491 du 12 juillet 2019).

³ Tribunal administratif, jugement n° 40845 du 14 février 2019.

4°, tendent à modifier l'article 14, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, afin de lui donner la teneur suivante : « (1) *Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale, qui soit en raison de leur coût dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. [...]* ».

Le Conseil d'État relève que le fait de réserver l'utilisation de ces équipements et appareils en vue d'une prise en charge médicale aux établissements hospitaliers constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale, matière qui constitue une matière réservée à la loi en vertu de l'article 11, paragraphe 6, de la Constitution. Dans ce contexte, le Conseil d'État rappelle que, d'après l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, « *[l']article 11, paragraphe 6, alinéa 1, de la Constitution permet à la loi d'établir des restrictions à la liberté en cause. Pour être conformes à la Constitution, celles-ci doivent être rationnellement justifiées, adéquates et proportionnées à leur but* »⁴. Cet arrêt cadre avec la clause transversale de l'article 37 de la Constitution révisée, qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2023 et en vertu de laquelle « *[t]oute limitation de l'exercice des libertés publiques doit être prévue par la loi et respecter leur contenu essentiel. Dans le respect du principe de proportionnalité, des limitations ne peuvent être apportées que si elles sont nécessaires dans une société démocratique et répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui.* » Le Conseil d'État relève que ladite clause est inspirée de l'article 52, paragraphe 1^{er}, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Par ailleurs, d'après la jurisprudence de la Cour de l'Union européenne et les termes de l'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions⁵, qui a été transposée par la loi précitée du 2 novembre 2021, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante et les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux objectifs visés⁶.

Le Conseil d'État constate que, selon l'exposé des motifs, le projet de loi sous avis prévoit entre autres la mise en place de « *sites supplémentaires* ». Ces sites sont dédiés à accueillir quatre services spécifiques. Cette extension de l'offre hospitalière est justifiée, toujours selon l'exposé des motifs, par le souci de « *réduire les délais d'attente* ».

Le Conseil d'État note que le formulaire relatif à l'examen de proportionnalité qui lui a été communiqué explique que « *l'évaluation des besoins sanitaires a bien montré qu'il faut des sites additionnels [...] afin de répondre aux besoins*

⁴ Arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, n° 176 (Mém. A n° 19 du 13 janvier 2023).

⁵ L'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 dispose ce qui suit : « À cette fin, avant l'adoption des dispositions visées au paragraphe 1, les États membres tiennent compte des éléments suivants : f) la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs pour atteindre l'objectif d'intérêt général ; »

⁶ CJUE, arrêt du 26 septembre 2013, Texdata Software GmbH., aff. C-418/11, point 52.

de la population. [...] Ceci permettra de contribuer au virage ambulatoire et sera une réponse aux longues [sic] délais que nécessitent les projets de construction ».

Si les objectifs précités poursuivent ainsi des buts légitimes, à savoir notamment la protection de la santé, consacrée de manière indirecte par l'article 11, paragraphe 5, de la Constitution⁷, le Conseil d'État estime pourtant qu'il existe la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs que de limiter l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers et de restreindre ainsi l'exercice d'une profession libérale pour atteindre ces buts.

La Haute Corporation note que la restriction est justifiée comme suit : « *la réglementation des appareils lourds et coûteux constitue un outil de planification important aux mains de l'État, à savoir le pouvoir législatif, lui permettant d'assurer, aux moyens de fonds publics, la protection de la santé de la population et de garantir l'accès égalitaire aux soins de santé utiles et nécessaire.* »

Aux yeux du Conseil d'État, les objectifs de la maîtrise des coûts, de la qualité de gestion et d'un haut niveau de compétence du personnel peuvent valablement être réalisés dans des structures extrahospitalières, à condition bien évidemment d'instaurer une procédure d'autorisation en vue de l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. Concernant plus précisément la restriction relative aux équipements et appareils qui dépassent 250 000 euros, cet argument ne tient pas en présence d'une personne physique ou morale qui ne requiert pas un financement de la part de l'État. Une telle personne se voit imposer une limitation de l'exercice de sa profession, même si elle respecte tous les critères imposés, sans que cette limitation ne soit autrement justifiée.

Étant donné que les explications du Gouvernement concernant la restriction envisagée et les motifs de celle-ci manquent à apporter les éléments nécessaires quant à son adéquation et sa proportionnalité, le Conseil d'État doit, à défaut de plus amples renseignements, réserver sa position quant à la dispense du second vote constitutionnel.

Afin de justifier la restriction envisagée par la loi en projet, le représentant du ministère de la Santé annonce l'intention du Gouvernement de fournir des explications pour chaque équipement et appareil médical réservé aux établissements hospitaliers, ceci également à la lumière de la pénurie de personnel hautement qualifié nécessité pour l'exploitation de ces équipements et appareils.

Ad article 1^{er}, point 1^o, lettre a)

Le point 1^o de l'article 1^{er} du projet de loi sous rubrique tend à modifier l'article 4, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018.

La modification prévue par la lettre a) a pour objet de prévoir l'insertion d'un alinéa 4 disposant que les centres hospitaliers peuvent disposer de « *sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires* », et ceci par

⁷ Arrêt de la Cour constitutionnelle n° 172/22 du 25 novembre 2022 (Mém. A – n° 605 du 11 décembre 2022).

dérogation à l'alinéa 3 qui prévoit qu'un centre hospitalier peut disposer de trois sites hospitaliers au maximum.

L'introduction de la notion de « *sites supplémentaires* » par la loi en projet sous examen amène le Conseil d'État à se pencher sur la signification du terme « *site* ». Selon les travaux préparatoires de la loi précitée du 8 mars 2018⁸, « *les quatre hôpitaux [...] sont actuellement tous multi-sites c.-à-d. leurs activités hospitalières ont lieu dans plusieurs bâtiments dans des lieux géographiques distincts et bien identifiés* ». D'après le commentaire portant sur l'article 4 du projet de loi 7056 devenu la loi précitée du 8 mars 2018, « *[l]e Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) se compose des sites de Strassen et d'Eich ; – le Centre hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman (CHRS) se compose des sites de la Gare de Luxembourg, du Kirchberg et d'Esch/Alzette ; – le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) se compose des sites d'Esch/Alzette, de Dudelange et de Niederkorn ; – le Centre hospitalier du Nord (CHDN) se compose des sites de Wiltz et d'Ettelbrück*⁹. »

Si, à l'époque, la loi précitée du 8 mars 2018 introduisait la notion de « *site* » pour différencier les sites des différents centres hospitaliers existants en ayant recours à un critère implicite de distanciation géographique, le Conseil d'État constate néanmoins que la notion en elle-même n'est pas définie dans la loi précitée. En effet, l'article 4, alinéas 2 et 3, de la loi précitée du 8 mars 2018, se limite à prévoir qu'« *[u]n centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites. Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites.* » Par l'introduction de la notion de « *site supplémentaire* », la nécessité de définir la notion de « *site* » s'impose.

Ainsi faudrait-il clarifier ce qui conditionne le nombre de sites d'un centre hospitalier : S'agit-il du fait de disposer de plusieurs bâtiments ou du fait que les bâtiments soient situés sur des lieux géographiques distincts et espacés de sorte à ne pas être facilement joignable ? En appréciant la notion de « *site* » en fonction des centres hospitaliers existants, le nombre de bâtiments ne peut à l'évidence pas servir de critère, puisque par exemple le Centre hospitalier de Luxembourg dispose de trois bâtiments (Maternité, Kannerklinik, Bâtiment Centre) séparés sur les terrains situés entre la rue Barblé et la rue Federspiel à Luxembourg, dont l'ensemble est pourtant considéré former un seul site selon le commentaire des articles précité. Partant, des « *lieux géographiques distincts* » et espacés de sorte à impliquer un déplacement plus ou moins long semblent conditionner la notion de sites « *distincts* ». Au vu des développements qui précèdent, le Conseil d'État demande aux auteurs de préciser le terme « *site* » dans la loi précitée du 8 mars 2018, en ayant par exemple recours à un critère géographique (distance entre les bâtiments).

Le Conseil d'État constate donc que le terme « *site* » ainsi que, par ricochet, celui-ci de « *site supplémentaire* » ne sont pas définis. En effet, qu'en est-il de bâtiments nouveaux construits à proximité d'un centre hospitalier existant ? S'agit-il de « *sites supplémentaires* » pour lesquels les limitations quant aux services éligibles à y être installés proposées par la loi en projet s'appliqueraient ou s'agit-il simplement de l'extension d'un site existant qui peut offrir toutes les activités pour lesquelles le centre hospitalier est

⁸ Doc. parl. n° 7056, page 49.

⁹ *Ibid.*

compétent ? Dans la mesure où la nature du site joue un rôle important dans le cadre de la procédure d'autorisation en ce qu'il revient au ministre de donner une autorisation d'exploitation soit pour un « site », soit pour une antenne d'un service d'un site existant, soit pour un « site supplémentaire », soit pour une antenne d'un service d'un « site supplémentaire », il faut que celui-ci puisse s'appuyer sur un critère légal permettant de délimiter un site de ses « sites supplémentaires ». Le flou qui encadre la notion de « site » et qui implique ainsi un manque de précision au niveau de la notion de « site supplémentaire » étant source d'insécurité juridique, le Conseil d'État doit s'opposer formellement à la disposition sous revue.

Le représentant du ministère de la Santé fait savoir qu'une définition de la notion de « site » pourra être insérée dans la loi précitée du 8 mars 2018 en apportant un amendement en ce sens au projet de loi sous rubrique.

La Haute Corporation note ensuite que le nouvel alinéa 4, dans sa teneur proposée, dispose que ces « sites supplémentaires » sont dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3°, 7° et 8° du paragraphe 2 et au point 5° du paragraphe 3, ainsi que dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Sont ainsi visés les services de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale et d'oncologie. Le Conseil d'État constate que malgré de nombreuses considérations démographiques et épidémiologiques (chapitre III de l'exposé des motifs), les auteurs du projet de loi sous avis restent muets sur les raisons qui sont à l'origine du choix opéré quant aux services éligibles pour les « sites supplémentaires ». D'autres services dans lesquels les prises en charge ambulatoires jouent déjà actuellement un rôle important, tels que certains actes de chirurgie ainsi que les polycliniques spécialisées réalisant des examens à visée diagnostique, ne peuvent donc pas être installés dans les « sites supplémentaires » visés. Le « virage ambulatoire » mis en avant par les auteurs pour justifier la mise en place de « sites supplémentaires » se limite ainsi aux services précités. Le Conseil d'État estime qu'il appartient au législateur d'apprécier l'opportunité du choix des services opérés.

Le Conseil d'État note encore que la dernière phrase de l'alinéa 4, dans sa teneur proposée, dispose que les « sites supplémentaires » sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine, sans pour autant définir quelle forme juridique revêt une telle « collaboration ». Selon le commentaire portant sur l'article 1^{er}, les collaborations pourraient se faire « soit avec un ou plusieurs médecins, soit avec une personne morale au sens de la loi autorisant la médecine sous forme sociétale ».

Le Conseil d'État s'interroge sur la nature des contrats conclus entre les établissements hospitaliers et les médecins. À cet égard, il constate que la notion de « contrat de collaboration » est utilisée à l'endroit de l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018, qui dispose que les « médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration ». Est-ce que les auteurs visent la même nature de contrat ? Étant donné que les auteurs proposent d'insérer au point 7° de l'article sous examen le bout de phrase « et ceux exerçant sur un site supplémentaire », le contrat visé semble effectivement être le contrat de collaboration mentionné à l'endroit de l'article 33. Dans un souci de sécurité juridique, le Conseil d'État demande, sous peine d'opposition formelle, de compléter l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018,

dans sa teneur proposée, en ce sens. À cet égard, il est, en outre, renvoyé aux observations formulées à l'égard du point 7°.

Le représentant du ministère de la Santé précise qu'il ne s'agit pas du contrat de collaboration mentionné à l'endroit de l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018 et qu'il convient d'apporter la précision nécessaire au projet de loi par voie d'amendement.

Le Conseil d'État se doit encore d'attirer l'attention des auteurs sur les dispositions de l'article 32 de la même loi qui instaure un Conseil médical dans chaque hôpital, qui est censé constituer « *l'organe représentant les médecins [...] exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital.* ». Ainsi, les médecins ou associations de médecins qui exercent sur un « *site supplémentaire* » sur base d'un contrat de collaboration devraient en toute logique participer aux travaux du Conseil médical.

Par ailleurs, d'après l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018 « *[l]a gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurés par un même organisme gestionnaire* ». Le Conseil d'État se demande si la deuxième phrase de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, dans sa teneur proposée, implique avec la rigueur nécessaire que les « *sites supplémentaires* » rentrent d'un point de vue de leur gestion entièrement dans les compétences de l'organisme de gestion du centre hospitalier. Tel que formulé, le texte sous avis risque de créer une insécurité juridique au niveau des règles de gouvernance applicables aux « *sites supplémentaires* » du centre hospitalier, de sorte que le Conseil d'État doit s'opposer formellement aux modifications proposées à la lettre sous examen. Le Conseil d'État renvoie encore aux observations formulées à l'endroit de l'article 1^{er}, point 7°.

Le représentant du ministère de la Santé confirme que la gouvernance des sites supplémentaires dédiés relève en effet de la compétence de l'organisme de gestion du centre hospitalier, alors que les médecins seront associés au niveau de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des sites supplémentaires.

Le Conseil d'État demande par ailleurs de remplacer les termes « *établissement hospitalier* » par ceux de « *centre hospitalier* », étant donné que seul un centre hospitalier peut disposer de sites, voire de « *sites supplémentaires* ». La même observation vaut pour le point 4°, lettre c).

Ad article 1^{er}, point 3°

Le Conseil d'État note que l'article 9, paragraphe 6, de la loi précitée du 8 mars 2018, tel qu'actuellement en vigueur, dispose que « *[c]haque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service »* ». Par le point sous examen, les auteurs entendent ajouter une phrase au paragraphe 6 précité qui précise que dans le cadre des « *sites supplémentaires* » dédiés à des services particuliers, « *chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que « site supplémentaire » dédié aux soins de santé ambulatoire* ». Selon le commentaire des articles accompagnant le projet de loi sous rubrique, cette

disposition provient du fait que la « réforme prévoit de ne pas limiter les sites dédiés [à lire « supplémentaires »] en termes de nombre, mais plutôt en termes d'antennes de service à autoriser. En effet, du fait d'une offre de soins nécessitant des ressources différentes, et en vue d'une délocalisation de cette offre, une telle limitation sur base d'un nombre absolu de sites supplémentaires ne pourrait satisfaire les besoins d'une planification. Par contre, et en ligne avec le leitmotif [sic !] de la réforme du système de santé de 2010, le « pas tout partout » il s'agit de limiter en nombre les antennes de services au maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire. » Par le point sous examen, les auteurs semblent donc vouloir limiter, pour les « sites supplémentaires », le nombre d'antennes à deux antennes par service établi sur un « site supplémentaire ». Cependant, telle que formulée, la disposition n'est pas compréhensible sans les explications fournies à l'endroit du commentaire des articles. Elle se heurte ainsi au principe de sécurité juridique, de sorte que le Conseil d'État doit s'y opposer formellement.

Le représentant du ministère de la Santé annonce l'intention du Gouvernement d'apporter les précisions nécessaires par voie d'amendement.

Ad article 1^{er}, point 4°

Concernant le libellé sous examen, le Conseil d'État renvoie à ses considérations générales et en particulier à sa réserve quant à la dispense du second vote constitutionnel en ce qui concerne le principe de limiter l'utilisation d'un certain nombre d'équipements et d'appareils au secteur hospitalier.

Ad article 1^{er}, point 5°

Le Conseil d'État constate que le point sous examen a pour objet de modifier l'article 15, point 1°, de la loi précitée du 8 mars 2018 comme suit : « *L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait : 1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er} et soumis à planification nationale.* ». La Haute Corporation comprend donc que l'État ne participe pas directement aux frais des investissements mobiliers et immobiliers pour recevoir des équipements et appareils qui ne sont pas soumis à planification nationale.

Ad article 1^{er}, point 7°, lettre a)

Le Conseil d'État note que la lettre a) tend à modifier l'article 33, paragraphe 7, alinéa 1^{er}, première phrase, de la loi précitée du 8 mars 2018 afin de lui donner la teneur suivante : « *Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, y exercent sur base d'un contrat de collaboration.* »

Il dit ne pas comprendre la nécessité de compléter la phrase précédente dans la mesure où l'article 33 a vocation à s'appliquer à tous les établissements hospitaliers, donc y compris les centres hospitaliers disposant de « sites supplémentaires ». Afin d'éviter toute confusion et pour des raisons de sécurité juridique, le Conseil d'État exige, sous peine d'opposition formelle, de supprimer la disposition sous examen.

Ad article 1^{er}, point 7^o, lettre b)

Dans la même logique, le Conseil d'État demande de supprimer à la lettre b), les points i) et ii).

Le point iv) confirme les interrogations du Conseil d'État quant à la nature juridique des « *sites supplémentaires* » ainsi que quant aux règles de gouvernance applicables aux « *sites supplémentaires* ». En effet, le point iv) entend ajouter un nouveau point 9^o à l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018 qui détermine le contenu essentiel du contrat type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés ou les médecins exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. Ce point 9^o dispose que le contrat type doit comprendre « *les modalités de gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires* ». Le Conseil d'État renvoie dans ce cadre à ses observations et son opposition formelle émises à l'endroit de l'examen de l'article 1^{er}, point 1^o.

Ad article 1^{er}, point 8^o, lettre a)

La lettre a) entend compléter le paragraphe 2 de l'article 45 par une nouvelle phrase disposant que l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite.

Le Conseil d'État indique qu'il a du mal à saisir la nécessité de cette modification au vu de l'article 14, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, qui prévoit implicitement que toute installation en dehors d'un « *établissement hospitalier* » est interdite en prévoyant que les appareils et équipements y visés sont réservés aux « *établissements hospitaliers* ». Si l'intention des auteurs est d'incriminer l'utilisation d'un équipement ou appareil réservé, la disposition sous avis est à reformuler sous peine d'opposition formelle pour violation du principe de la légalité de la peine, tel que consacré par l'article 14 de la Constitution, lequel a comme corollaire le principe de la spécification de l'incrimination. En effet, selon la jurisprudence constante de la Cour constitutionnelle, « *le principe de la légalité de la peine implique la nécessité de définir dans la loi les éléments constitutifs des infractions en des termes suffisamment clairs et précis pour exclure l'arbitraire et permettre aux intéressés de mesurer exactement la nature et le type des agissements sanctionnés* »¹⁰. Ainsi, la disposition proposée sanctionne l'utilisation d'équipements et appareils médicaux installés en « *violation de l'annexe 3* », alors que cette annexe se limite à fixer une liste sans déterminer de manière claire et précise les faits à incriminer, voire sans constituer une infraction.

Ad article 1^{er}, point 8^o, lettre b)

Concernant la lettre sous examen qui vise à insérer un paragraphe 4 dans l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018, le Conseil d'État note que ce paragraphe 4 prévoit notamment que « *la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale*

¹⁰ Cour constitutionnelle, arrêt n° 138/18 du 6 juin 2018 (Mém. A - n° 459 du 8 juin 2018), Cour constitutionnelle, arrêts n°s 134 et 135/18 du 2 mars 2018 (Mém. A - n°s 198 et 199 du 20 mars 2018) et Cour constitutionnelle, n° 43/07 du 14 décembre 2007 (Mém. A - n° 1 du 11 janvier 2008, p. 7).

soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er} soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 4 » est punie d'une amende de 5 000 à 100 000 euros. Or, l'article 7, paragraphe 4, dispose que « [l']autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à un établissement hospitalier reprendra les points 1. à 8. retenus ». Ainsi, le paragraphe 4 de l'article 7 décrit uniquement ce que l'autorisation d'exploitation doit contenir, mais ne constitue pas une obligation à l'égard de l'exploitant de disposer d'une telle autorisation, dont le non-respect serait sanctionnable. Partant, le Conseil d'État doit s'y opposer formellement pour violation de l'article 14 de la Constitution.

Le représentant du ministère de la Santé estime que les deux oppositions formelles émises par le Conseil d'État en relation avec les sanctions pourront être levées sans problème en apportant les précisions nécessaires par voie d'amendement.

Ad article 1^{er}, point 10^o, lettre b)

Par la lettre sous revue, les auteurs complètent le tableau des équipements et appareils médicaux visés à l'annexe 3 en y ajoutant aux équipements et appareils nécessitant une planification nationale, ceux qui ne nécessitent pas de planification nationale, mais du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières. Le Conseil d'État précise qu'il ne commente pas en détail les « *critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des appareils et équipements médicaux repris dans le tableau [de l'annexe 3]* » fournis à l'endroit du commentaire des articles, ceux-ci étant de nature purement médicale. Il procède néanmoins à une comparaison des termes repris à l'annexe en vigueur avec ceux utilisés par l'annexe 3 telle que complétée par le projet de loi sous avis étant donné que cette comparaison soulève un certain nombre de questions.

En effet, l'annexe 3 telle qu'actuellement en vigueur contient uniquement des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières, mais elle ne distingue pas les uns des autres. D'après les dispositions de la loi en projet, seul le nombre des équipements et appareils nécessitant une planification nationale est limité. À cet égard, le Conseil d'État constate que tous les équipements et appareils déjà contenus dans la liste de l'annexe 3 en vigueur y sont maintenus avec le nombre maximum à autoriser, de sorte qu'ils revêtiront tous le caractère « *à planification nationale* » une fois que la loi en projet sortira ses effets. La liste est encore complétée par certains dispositifs ou équipements dont le nombre n'est pas limité, de sorte que ceux-ci ne revêtent apparemment pas le caractère « *à planification nationale* », mais requièrent probablement du personnel hautement qualifié voire des conditions d'emploi particulières.

Ad article 3, point 1^o

Le point sous examen tend à modifier l'article 65, alinéa 4, première phrase, du Code de la sécurité sociale afin de lui donner la teneur suivante : « *Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil médical non visé à l'article 14, paragraphe 1 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, la nomenclature*

peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. ».

Le Conseil d'État note que l'article 65 concerne les appareils utilisés par les prestataires « *en dehors du secteur hospitalier* » et que les « *forfaits* » visés par cet article ne trouvent leur application que pour les appareils utilisés dans le secteur extrahospitalier. Étant donné que les appareils visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, ne peuvent de toute manière pas être utilisés dans le secteur extrahospitalier, la précision apportée par le point sous examen est superflue. Partant, le point sous examen est à supprimer.

*

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports propose de laisser le temps nécessaire au ministère de la Santé pour élaborer des amendements visant à résoudre les questions soulevées par le Conseil d'État.

Suite à une question afférente de Madame Carole Hartmann, il est convenu de mettre à la disposition des Députés le formulaire relatif à l'examen de proportionnalité que le ministère de la Santé a communiqué au Conseil d'État et qui est mentionné dans les considérations générales de l'avis du 25 avril 2023.

Dans le même ordre d'idées, Monsieur Claude Wiseler demande au ministère de la Santé de partager avec les membres de la commission parlementaire les explications supplémentaires qui seront fournies au Conseil d'État au sujet de la proportionnalité. L'orateur souligne encore que le groupe politique CSV partage entièrement les préoccupations exprimées par le Conseil d'État au sujet de la liberté d'exercer une profession libérale.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports relève l'importance de prendre également en compte les spécificités du secteur de la santé qui n'est pas principalement basé sur la liberté du commerce, mais surtout sur les valeurs de solidarité, d'accessibilité universelle et d'équité de traitement.

4. Divers

Aucun point divers n'est abordé.

Procès-verbal approuvé et certifié exact

23



Commission de la Santé et des Sports

Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 2 mai 2023

Ordre du jour :

1. *Uniquement pour les membres de la Commission de la Santé et des Sports :*

Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 7, 13 et 21 mars 2023 et de la réunion jointe du 27 mars 2023 (pétition publique 2301)
2. 2504 Pétition publique - Garantir et améliorer l'accès utile, rapide et équitable aux moyens de diagnostic d'imageries médicales (la mammographie, la coloscopie, l'IRM, la densitométrie, le scanner, etc.)

Suivi des conclusions du débat public sur la pétition publique 2504 ayant eu lieu le 8 mars 2023
3. 8009 Projet de loi portant modification :
1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
3° du Code de la sécurité sociale
- Rapporteur : Monsieur Mars Di Bartolomeo

- Examen de l'avis du Conseil d'État
4. Divers

*

Présents : M. Gilles Baum, Mme Francine Closener, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, M. Max Hengel, M. Claude Lamberty, remplaçant M. Gusty Graas, Mme Josée Lorsché, Mme Nathalie Oberweis, M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler, membres de la Commission de la Santé et des Sports

M. Sven Clement, observateur délégué

M. Frank Colabianchi, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, M. Dan Kersch,

M. Marc Spautz, M. Carlo Weber, membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

M. Sven Clement, observateur délégué

Mme Nancy Arendt épouse Kemp, Présidente de la Commission des Pétitions

M. Claude Haagen, Ministre de la Sécurité sociale

Dr Jean-Claude Schmit, Directeur de la santé

Mme Paule Flies, M. Laurent Mertz, M. Tom Rausch, du Ministère de la Santé

Mme Sonja Trierweiler, du Ministère de la Sécurité sociale

M. Thomas Dominique, Directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)

M. Nicolas Anen, du groupe parlementaire LSAP

Mme Patricia Pommerell, M. Joé Spier de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Gusty Graas, M. Georges Mischo, membres de la Commission de la Santé et des Sports

Mme Myriam Cecchetti, M. Paul Galles, M. Aly Kaes, M. Pim Knaff, M. Charles Margue, M. Gilles Roth, membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission de la Santé et des Sports

M. Dan Kersch, Président de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

*

1. *Uniquement pour les membres de la Commission de la Santé et des Sports :*

Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 7, 13 et 21 mars 2023 et de la réunion jointe du 27 mars 2023 (pétition publique 2301)

Les projets de procès-verbal sous rubrique sont approuvés à l'unanimité des membres présents.

2. 2504 Pétition publique - Garantir et améliorer l'accès utile, rapide et équitable aux moyens de diagnostic d'imageries médicales (la mammographie, la coloscopie, l'IRM, la densitométrie, le scanner, etc.)

En guise d'introduction, Monsieur Mars Di Bartolomeo (du groupe parlementaire LSAP), Président de la Commission de la Santé et des Sports, excuse l'absence de Madame la Ministre de la Santé qui ne peut pas participer à la présente réunion pour des raisons de santé. L'orateur précise que la réunion est consacrée au suivi des conclusions du débat public du 8 mars 2023 sur la pétition publique 2504 intitulée « *Garantir et améliorer l'accès utile, rapide et équitable aux moyens de diagnostic d'imageries médicales (la mammographie, la coloscopie, l'IRM, la densitométrie, le scanner, etc.)* ». Lors du débat public, le Gouvernement a annoncé son intention de mettre en œuvre un certain nombre de mesures visant à améliorer la situation critiquée par la pétition publique 2504. L'orateur renvoie également à la mission qu'il convient de donner à l'Observatoire national de la santé en vue d'étudier un système permanent de gestion des accès aux imageries médicales dans le cadre d'un monitoring.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports passe ensuite la parole à Madame Nancy Arendt épouse Kemp (du groupe politique CSV), Présidente de la Commission des Pétitions, qui renvoie à son tour au débat public du 8 mars 2023 au cours duquel la pétitionnaire, Madame Isabelle Faber, a avancé un délai d'attente allant jusqu'à dix-huit mois pour une mammographie. Son co-pétitionnaire, le Dr Jean-Baptiste Olivier, a indiqué que quelque 33 000 femmes âgées de cinquante à soixante-dix ans sont visées chaque année par le programme national de dépistage du cancer du sein (« *Programme Mammographie* »), alors que seulement 54 pour cent des femmes concernées y prennent part. Le Dr Olivier a précisé en outre que 95 pour cent des mammographies réalisées dans le cadre du « *Programme Mammographie* » sont normales. Selon le Dr Olivier, cette statistique met en évidence une saturation des installations radiologiques au sein des hôpitaux par des personnes non malades, alors même que les hôpitaux devraient accueillir prioritairement des personnes malades. Ceci semble d'autant plus vrai que les chances de guérison dépendent notamment de la taille de la tumeur et des dates du diagnostic ainsi que de la prise en charge thérapeutique.

Madame la Présidente de la Commission des Pétitions rappelle que les participants au débat public se sont renseignés sur les raisons qui expliquent les délais d'attente actuels. Ils se sont interrogés sur la possibilité de réorganiser les plages horaires disponibles afin de raccourcir les délais d'attente pour la conduite d'examen supplémentaires après qu'une suspicion a été établie et d'externaliser les infrastructures s'adressant notamment à des personnes en bonne santé en créant par exemple un centre national de dépistage externe. En outre, il a été constaté qu'il y a une tendance à réserver plusieurs créneaux pour le même patient. Afin de porter remède à cette situation, il a été jugé nécessaire de faire évoluer la digitalisation, notamment au niveau de la prise de rendez-vous.

L'oratrice conclut que la présente réunion devait permettre à Madame la Ministre de la Santé et à Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale de faire le point sur les nouvelles initiatives annoncées lors du débat public du 8 mars 2023 et en particulier sur le système de centralisation et de numérisation de la prise de rendez-vous qui devra permettre de gérer avec efficacité les plages libres et les plages supplémentaires à créer pour l'utilisation de l'imagerie médicale.

Par la suite, Monsieur Claude Haagen, Ministre de la Sécurité sociale, présente les mesures envisagées par le Gouvernement pour porter remède aux problèmes soulevés lors du débat public. Il se réfère dans ce contexte à l'aperçu n° 21 élaboré par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) au sujet de la réalisation des examens d'imagerie médicale au Luxembourg (mars 2023) et annonce son intention de mettre cet aperçu à la disposition des membres des commissions parlementaires. Il ressort de l'aperçu n° 21 que le Centre Hospitalier Émile Mayrisch (CHEM) a la plus grande activité pour les examens d'imagerie médicale à visée d'exploration diagnostique et qu'il accueille un nombre élevé d'assurés non-résidents.

Afin de pouvoir diminuer les délais d'attente pour un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM), Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale fait savoir que le Gouvernement a exprimé le souhait que les quatre centres hospitaliers veillent à une meilleure disponibilité des plateaux IRM. À cette fin, les équipements IRM devraient également fonctionner en dehors des horaires d'ouverture actuels, et notamment pendant le week-end. Le ministère de la Santé et le ministère de la Sécurité sociale ont mené des consultations à cette fin avec la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) et d'autres acteurs du terrain. Suite à ces consultations, il a été décidé de prévoir dans le cadre d'un projet pilote une ouverture des plateaux IRM le samedi pendant huit heures. Alors que ce projet pilote est déjà mis en œuvre par deux centres hospitaliers, les autres devraient faire de même à partir du 1^{er} juin 2023 au plus tard.

Certains centres hospitaliers ont annoncé leur intention de prévoir une ouverture des plateaux IRM également le dimanche. Cette décision relève de l'autonomie des hôpitaux, sachant qu'une utilisation des équipements IRM sept jours sur sept aura des répercussions sur le plan de travail du personnel et sur la prochaine Convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers et dans les établissements membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (CCT FHL). Les acteurs ont également évoqué la possibilité de prévoir des heures d'ouverture prolongées en semaine, de 6.00 heures à 22.00 heures, les équipements IRM étant actuellement exploités de 7.00 heures à 20.00 heures. De manière générale, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale donne à considérer qu'un élargissement des plages horaires rend nécessaire un renforcement de l'effectif du personnel spécialisé en imagerie médicale.

Alors qu'il appartient aux centres hospitaliers de définir les modalités de mise en œuvre de ce projet pilote, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale souligne qu'il s'agit de réduire dans un premier temps les retards accumulés. Il précise encore que les frais supplémentaires engendrés par la prolongation des heures d'ouverture des plateaux IRM seront pris en charge par la Caisse nationale de santé (CNS).

En outre, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale fait savoir que la commune de Wiltz et le Centre hospitalier du Nord (CHdN) ont développé le projet « *Schlasskéier* », une nouvelle antenne du service d'imagerie médicale du CHdN, qui sera doté d'un équipement IRM supplémentaire. En attendant la construction du centre Schlasskéier, cet équipement IRM supplémentaire, sur lequel la Commission permanente pour le secteur hospitalier vient d'émettre un avis favorable, sera provisoirement installé dans la Clinique Saint-Joseph (site Wiltz du CHdN), de préférence dans le courant de l'année en cours.

Monsieur le Directeur de la santé, de son côté, informe l'assistance que le Luxembourg dispose actuellement de sept équipements de mammographie qui seront bientôt remplacés par des appareils plus performants, la procédure d'attribution de marché étant sur le point d'être conclue. Les centres hospitaliers ont été d'accord pour acquérir le même type d'appareil, ce qui est susceptible de faciliter la comparabilité et l'échange des données. Dans le contexte du renouvellement du parc d'équipements de mammographie, il est par ailleurs prévu d'acquérir un appareil supplémentaire, ce qui porte le nombre total à huit. Dans la mesure où les nouveaux appareils seront plus performants et plus rapides, leur rendement sera plus important. Le plus grand problème consiste à disposer du personnel spécialisé nécessaire et notamment de radiologues, tous les radiologues n'étant pas en mesure d'interpréter correctement les résultats d'une mammographie. Dans ce contexte, l'orateur se félicite du fait qu'un établissement hospitalier vient de lui annoncer qu'il a recruté un radiologue supplémentaire spécialisé en mammographie.

Monsieur le Directeur de la santé précise ensuite que les femmes qui se soumettent à une mammographie peuvent être divisées en trois catégories, à savoir les participantes au « *Programme Mammographie* » qui s'adresse aux femmes âgées de cinquante à soixante-dix ans, les cas d'urgence et les femmes qui font réaliser une mammographie à des fins préventives en dehors du « *Programme Mammographie* ». Pour des raisons organisationnelles, la Direction de la santé est en train de discuter avec les gynécologues de l'opportunité de faire participer cette troisième catégorie de femmes au « *Programme Mammographie* ». Une telle façon de procéder semble d'autant plus indiquée que l'Union européenne recommande d'ouvrir les programmes de dépistage aux femmes à partir de l'âge de quarante-cinq ans.

En outre, la Direction de la santé œuvre en faveur d'une meilleure organisation du système grâce à la mise en place d'une prise de rendez-vous centralisée afin d'éviter que les femmes concernées prennent des rendez-vous dans plusieurs établissements hospitaliers. En effet, les hôpitaux recommandent souvent aux patientes de contacter également d'autres hôpitaux pour obtenir un rendez-vous plus rapidement. De nombreuses patientes prennent donc un deuxième rendez-vous et n'ont pas forcément le réflexe d'annuler le premier. Un groupe de travail a été créé afin de discuter de ces questions avec les établissements hospitaliers, tout en respectant l'autonomie hospitalière.

Monsieur le Directeur de la santé précise encore que l'intelligence artificielle est un bon moyen pour lire les mammographies, ceci notamment dans le cadre d'un programme de dépistage où la grande majorité des clichés est normale. Un projet en ce sens vient d'être soumis au ministère de la Digitalisation en vue d'un cofinancement. Le recours à l'intelligence artificielle serait susceptible d'augmenter le rendement de l'interprétation des mammographies et de réduire ainsi les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports constate que le nombre d'équipements IRM est passé de sept à treize dans une période de deux ans, y inclus l'équipement supplémentaire prévu à Wiltz. L'orateur salue en outre la proposition de prévoir une prise de rendez-vous centralisée qui permettra d'exploiter les capacités non utilisées, ainsi que la volonté des centres hospitaliers de faire preuve d'une plus grande coopération entre eux.

De l'échange de vues subséquent, il y a lieu de retenir les éléments suivants :

Madame Josée Lorsché (*du groupe parlementaire déi gréng*) se réfère aux propos tenus par le Dr Olivier lors du débat public du 8 mars 2023 au sujet de la pénurie de médecins spécialistes capables de lire et d'interpréter les clichés réalisés dans le cadre des mammographies. Elle estime que le recrutement d'un radiologue supplémentaire spécialisé en mammographie n'est pas susceptible de résoudre ce problème. Au vu de cette situation, l'oratrice souhaite savoir si des pistes ont déjà été identifiées pour recourir à l'intelligence artificielle, voire à des experts à l'étranger pour interpréter les clichés mammaires.

Monsieur le Directeur de la santé précise dans ce contexte que le radiologue supplémentaire spécialisé en mammographie a accepté de venir travailler au Luxembourg grâce à l'amélioration des conditions de travail qui résulte de la décision concernant l'indemnisation des gardes et astreintes. L'orateur exprime l'espoir que la création d'un environnement de travail attrayant est susceptible d'attirer les médecins spécialistes dont le Luxembourg a besoin. Il donne cependant à considérer que tous les pays européens se voient confrontés à une pénurie de radiologues.

En ce qui concerne le recours à des experts externes, le Directeur de la santé fait savoir que tous les clichés réalisés dans le cadre du « *Programme mammographie* » sont adressés aux deux radiologues de la Direction de la santé pour une deuxième lecture. Vu la surcharge de travail qui en résulte, la Direction de la santé a mis en place une coopération avec des radiologues français qui lisent les clichés mammaires en tant que consultants externes. La Direction de la santé est également en train d'explorer la possibilité d'une coopération avec le Portugal dans ce domaine. Le recours à l'intelligence artificielle serait susceptible d'améliorer la situation dans la mesure où un programme informatique pourrait éliminer les clichés normaux, de sorte que les radiologues pourraient se concentrer sur les clichés affichant des anomalies.

En réponse à une question afférente de Madame Francine Closener (*du groupe parlementaire LSAP*), Monsieur le Directeur de la santé précise que l'ouverture du « *Programme mammographie* » aux femmes à partir de l'âge de quarante-cinq ans sera réalisée rapidement, étant donné que l'Union européenne a émis une recommandation en ce sens. Ceci dit, il faut d'abord procéder à une modification de la convention avec la CNS afin d'assurer la prise en charge financière d'une telle extension du programme de dépistage. Il faut ensuite procéder à la mise en œuvre de ce projet, sachant que le Luxembourg n'est pas le seul État membre qui n'a pas encore donné suite à la recommandation de l'Union européenne.

Madame Carole Hartmann (*du groupe politique DP*) demande si le délai d'attente de dix-huit mois pour une mammographie qui a été mentionné par la pétitionnaire a pu être raccourci entretemps.

Monsieur le Directeur de la santé réplique que l'établissement hospitalier ayant annoncé un délai d'attente de dix-huit mois pour les cas non-urgents a pu ramener ce délai à douze mois. En cas d'urgence, ce délai est beaucoup plus court ; l'orateur se réfère à un cas où la patiente a obtenu un rendez-vous dans un délai de deux jours. Cela dépend toutefois de la volonté du médecin traitant de contacter lui-même le radiologue pour lui expliquer l'urgence de la situation.

En réponse à une question afférente de Madame Carole Hartmann, Monsieur le Directeur de la santé précise que toutes les plages horaires réservées dans le cadre du « *Programme Mammographie* » ne sont pas utilisées, alors que les femmes réalisant une mammographie de dépistage en dehors du programme national utilisent les autres plages horaires qui ne sont donc pas disponibles pour les mammographies de diagnostic. Il serait dès lors préférable que cette dernière catégorie de femmes utilise les créneaux prévus dans le cadre du « *Programme Mammographie* », d'où la nécessité de réorganiser le système dans ce sens.

Madame Carole Hartmann se réfère ensuite aux propos de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale selon lesquels le CHEM accueille un nombre élevé d'assurés non-résidents et donne à considérer que l'analyse réalisée à des fins de planification dans le cadre du projet de loi 8009¹ est exclusivement basée sur la population protégée résidente. Elle s'interroge sur l'opportunité de prendre en compte également les assurés frontaliers dans le cadre de la planification nationale des équipements et appareils médicaux.

Monsieur le Directeur de l'IGSS confirme que les statistiques contenues dans le document de dépôt relatif au projet de loi 8009 précité utilisent en effet comme indicateur la population protégée résidente. Ceci dit, il y est également fait référence à une documentation sur la consommation de prestations de soins de santé dans les différents hôpitaux par tous les assurés, y inclus les assurés non-résidents.

Tout en saluant l'annonce de la mise en place d'un système de prise de rendez-vous centralisée, Madame Carole Hartmann renvoie à certains problèmes soulevés par les pétitionnaires lors du débat public du 8 mars 2023. D'une part, le patient souhaite souvent rester chez le médecin qui l'a déjà pris en charge lors d'une maladie précédente dans la mesure où celui-ci connaît mieux son historique médical. D'autre part, les données de santé des patients détenues par un hôpital ne sont pas forcément accessibles dans les autres hôpitaux. Ce problème se pose également au niveau de la coopération avec des hôpitaux situés à l'étranger. Il faudrait dès lors garantir un échange sécurisé des données de santé entre les acteurs concernés, ceci d'autant plus que certains médecins semblent avoir recours à l'application Whatsapp pour échanger des données de santé.

Monsieur le Directeur de la santé précise dans sa réponse que le transfert de données de santé ne devrait poser aucun problème, les quatre centres hospitaliers étant rattachés à un système permettant l'échange des résultats des examens radiologiques. En revanche, l'échange avec un hôpital étranger n'est pas toujours garanti.

Dans ce contexte, Monsieur le Directeur de l'IGSS se réfère aux discussions qui sont en train d'être menées au niveau de l'Union européenne sur la création de l'Espace européen des données de santé (« *European Health Data Space* »), qui vise précisément à résoudre les questions liées à la transférabilité des données de santé entre États membres de l'Union

¹ Projet de loi portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

européenne. La proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à l'espace européen des données de santé préconise plusieurs catégories prioritaires de données de santé électroniques à caractère personnel à des fins d'utilisation primaire, y inclus les images médicales et les comptes rendus d'imagerie médicale, dont l'émission et l'acceptation se feront dans le cadre du format européen d'échange de dossiers médicaux électroniques. Une fois en vigueur, ce règlement devrait donc permettre à un hôpital situé dans un pays limitrophe d'accéder aux données de santé des assurés luxembourgeois.

Monsieur Claude Wiseler (du groupe politique CSV) demande des précisions sur les coûts supplémentaires engendrés par l'ouverture prolongée des équipements IRM.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale précise que les coûts supplémentaires sont occasionnés par la multiplication prévue des actes et, le cas échéant, le travail du dimanche. Ils sont calculés par rapport à l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier. Le surcoût a été évalué en fonction des besoins exprimés par les différents centres hospitaliers en vue d'une exploitation prolongée des équipements IRM. À l'issue de l'exercice budgétaire en cours, il est prévu d'évaluer l'estimation de surcoût en vue d'inscrire des chiffres ajustés dans le projet de budget pour l'exercice 2024.

Monsieur Claude Wiseler demande si la planification se base sur la consommation de soins de santé par tous les assurés, qu'ils soient résidents ou non-résidents. Il estime dans ce contexte que le nombre de patients en provenance de la Grande Région risque encore d'augmenter au vu de la situation en Belgique qui pourrait mener à la fermeture de l'hôpital d'Arlon. Cela pourrait avoir pour conséquence que les hôpitaux luxembourgeois devraient traiter des patients affiliés à la sécurité sociale belge.

En guise de réponse, Monsieur le Directeur de l'IGSS renvoie aux publications de l'IGSS au sujet des questions soulevées par l'orateur précédent, dont notamment les cahiers statistiques n° 12 (Analyse portant sur les dépenses de l'assurance maladie-maternité liées aux soins transfrontaliers et sur la population concernée par les soins transfrontaliers) et n° 14 (Prestations de soins au Luxembourg pour des assurés qui résident dans les zones frontalières francophones). Il propose de diffuser aux membres des commissions parlementaires ces publications qui sont par ailleurs disponibles sur le site de l'IGSS. Il en ressort que le système de santé luxembourgeois prend en charge une grande partie des assurés non-résidents ; ces chiffres sont évidemment pris en compte dans toute planification du secteur hospitalier. Il est aussi évident qu'un éventuel accès élargi aux prestations de soins de santé luxembourgeois nécessiterait des capacités additionnelles afin de pouvoir accueillir des patients supplémentaires en provenance de la Grande Région.

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports donne à considérer que la fermeture de l'hôpital d'Arlon pourrait également inciter des médecins et professionnels de santé belges à venir exercer au Luxembourg.

Monsieur Marc Hansen (du groupe politique déi gréng) exprime sa surprise devant le constat que le transfert des clichés d'imagerie médicale semble toujours poser problème, alors que ces clichés figurent normalement dans le dossier de soins partagé (DSP) des patients. Il regrette que l'accès au DSP ne soit toujours pas suffisamment efficace pour que son utilisation par les assurés

et les prestataires de soins de santé soit garantie. Or, un bon fonctionnement du DSP serait de nature à résoudre les problèmes liés à l'accès des clichés réalisés qui sont normalement intégrés dans le DSP dans un délai de deux jours.

Dans sa réponse, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale se réfère aux critiques qui ont été exprimées à l'égard du DSP lors de l'assemblée générale extraordinaire de l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) du 26 avril 2023. Monsieur le Ministre explique que la priorité du Gouvernement était l'introduction du paiement immédiat direct grâce auquel l'assuré n'a plus besoin d'avancer le montant qui lui est remboursé par la CNS. Alors que le DSP est certes perfectible, l'orateur souligne qu'il s'agit d'un outil très utile qui permet de centraliser toutes les informations de santé essentielles à un seul endroit et de faciliter ainsi le suivi et la coordination de la prise en charge des assurés. Tout en jugeant opportun de ne pas recourir à l'application Whatsapp pour échanger des données de santé, Monsieur le Ministre relève l'importance pour tous les cabinets médicaux d'accélérer le passage à la digitalisation.

Monsieur le Directeur de la santé souligne l'opportunité pour les assurés et les prestataires de soins de santé d'utiliser le DSP, même si la qualité des clichés d'imagerie médicale versés dans le DSP n'est pas toujours parfaite. Alors que le degré de digitalisation des cabinets médicaux est variable, l'orateur fait savoir que le système d'échange de données de santé par lequel les centres hospitaliers sont reliés entre eux permet le transfert de clichés de haute résolution.

Monsieur Marc Hansen souligne la nécessité de procéder sans tarder à un monitoring non seulement des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, mais également du nombre d'équipements et d'appareils médicaux nécessaires, considérant que la situation est évolutive au niveau de la consommation par la population protégée résidente et non-résidente et que les décisions politiques des pays limitrophes, comme la fermeture éventuelle de l'hôpital d'Arlon, ont un impact majeur sur la situation au Luxembourg. Un tel monitoring devrait également permettre de parvenir à une répartition des équipements et appareils lourds qui correspond aux besoins réels des patients, non seulement dans l'agglomération de Luxembourg, mais également en zone rurale, en évitant une prolifération d'équipements dans certaines régions.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale est d'accord pour dire que la répartition des équipements et appareils médicaux doit faire l'objet d'une planification détaillée et qu'elle doit se faire en fonction de la population et de l'accessibilité. À cette fin, le projet pilote sur la prolongation des heures d'ouverture des plateaux IRM permettra de collecter des données supplémentaires sur les besoins en la matière, y inclus au niveau du personnel.

Monsieur le Directeur de la santé fait savoir que l'Observatoire national de la santé, en coopération avec le Luxembourg Institute of Health, a d'ores et déjà développé une méthodologie pour procéder au monitoring susmentionné. En outre, la Direction de la santé fait un monitoring régulier des délais d'attente en requérant des informations afférentes aux établissements hospitaliers et en demandant des rendez-vous en tant que patient « *mystère* ». Cette façon de procéder a permis de constater que le délai d'attente pour une mammographie dans l'hôpital concerné est passé de dix-huit à douze mois. L'orateur se dit également d'accord avec la proposition de procéder à un monitoring du nombre d'équipements et d'appareils médicaux nécessaires, tout en soulignant qu'il faut

également prendre en considération le degré de performance des appareils utilisés qui est en amélioration constante.

En ce qui concerne la répartition des équipements et appareils médicaux, Monsieur le Directeur de l'IGSS ajoute que l'IGSS s'est donnée les moyens pour collecter, préparer, interpréter et publier les données nécessaires. Ces données sont mises à la disposition de l'Observatoire national de la santé afin de lui permettre de procéder au monitoring susmentionné.

Dans ce contexte, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports souligne l'importance pour les prestataires de soins de santé d'accompagner le monitoring à réaliser par l'Observatoire national de la santé et de prendre connaissance des évolutions constatées.

Monsieur Sven Clement (*de la sensibilité politique Piraten*) se dit étonné d'entendre que la Direction de la santé appelle les établissements hospitaliers en tant que patient « *mystère* » pour vérifier les informations officielles communiquées sur les délais d'attente.

Monsieur le Directeur de la santé réplique que la Direction de la santé se donne des moyens objectifs pour confirmer les données fournies par les établissements hospitaliers sur les délais d'attente, ce qui ne signifie pas qu'elle considère ces données comme étant peu fiables.

En ce qui concerne la prise de rendez-vous pour une mammographie, Monsieur Sven Clement se réfère aux réponses à plusieurs questions parlementaires posées à ce sujet et dont il ressort que le nombre de rendez-vous non honorés dans le cadre d'une prise de rendez-vous multiple ne peut pas être déterminé. La seule façon de porter remède à cette situation est dès lors la mise en place d'une plateforme centralisée permettant aux femmes concernées de prendre un rendez-vous unique. Une prise de rendez-vous centralisée est également la seule façon de vérifier si les rendez-vous attribués ont été respectés. L'orateur estime en effet qu'un délai d'attente de douze ou de dix-huit mois est susceptible d'inciter les patientes qui ont les moyens financiers à faire réaliser une mammographie à l'étranger et à oublier, le cas échéant, d'annuler le rendez-vous préalablement pris dans un hôpital luxembourgeois.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale confirme que la prise de rendez-vous centralisée constituera une mesure de simplification administrative au profit des patients et des centres hospitaliers. En ce qui concerne l'affirmation de l'orateur précédent selon laquelle les patients qui ont les moyens financiers préfèrent se faire soigner à l'étranger, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale se réfère aux statistiques publiées par l'IGSS d'où il ressort que le nombre d'assurés résidents qui font réaliser un examen d'imagerie médicale à l'étranger est plus faible que supposé. Par ailleurs, la prise en charge dans un établissement hospitalier situé dans un autre État membre de l'Union européenne peut être autorisée par la CNS sous certaines conditions.

Monsieur Sven Clement exprime encore son désarroi par rapport à la prétendue pratique de certains médecins de recourir à l'application Whatsapp pour échanger des données de santé et souligne que les plateformes numériques exploitées par des opérateurs privés ne se prêtent pas à un tel échange. L'orateur estime que cette pratique est un désaveu des plateformes numériques mises à la disposition des prestataires de soins de santé, dont le

DSP. Dans ce contexte, Monsieur Clement exprime son indignation quant à un courrier qui lui a été adressé par le directeur général de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (« Agence eSanté ») en réaction aux critiques qu'il avait formulées à l'égard du DSP.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale réfute l'analyse faite par l'orateur précédent selon laquelle le recours par certains médecins à l'application Whatsapp constituerait un désaveu du DSP.

Alors que Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports fait siens les propos formulés par Monsieur Clement au sujet du courrier mentionné, il estime que la mise en œuvre des projets de l'Agence eSanté est entravée par certaines polémiques et en raison d'intérêts commerciaux qui ne semblent pas mettre le patient au centre des préoccupations.

Monsieur Jeff Engelen (de la sensibilité politique ADR) souhaite savoir pourquoi l'équipement IRM prévu à Wiltz, qui sera installé provisoirement dans la Clinique Saint-Joseph, sera transféré ultérieurement au centre Schlasskéier, alors que cette façon de procéder obligera les patients hospitalisés à faire des aller-retours entre la Clinique Saint-Joseph et le futur centre Schlasskéier.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale confirme que l'équipement IRM sera installé dans la Clinique Saint-Joseph, qui remplit les conditions techniques pour accueillir un tel équipement, en attendant que le centre Schlasskéier sera opérationnel. Il précise que la mise en service du centre Schlasskéier ira de pair avec une restructuration des activités de la Clinique Saint-Joseph et une coordination optimale entre les deux sites. En effet, la Clinique Saint-Joseph accueillera à l'avenir les traitements stationnaires dans le domaine de la gériatrie et de la rééducation gériatrique ainsi que la clinique de jour pour la rééducation gériatrique. Une fois le centre Schlasskéier achevé, les services de diagnostic et de traitement ambulatoires, actuellement situés dans la clinique, seront installés dans le nouvel établissement.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports constate que le Gouvernement est en train de mettre en place une panoplie de mesures pour raccourcir les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous pour un examen d'imagerie médicale, à savoir un monitoring des délais d'attente et du nombre d'équipements et d'appareils médicaux nécessités par les assurés résidents et non-résidents, la création de plages horaires supplémentaires pour réaliser des examens IRM, l'installation de plateaux IRM supplémentaires dont le nombre est passé de sept à treize dans une période de deux ans et la mise en place d'un système de prise de rendez-vous centralisée pour les mammographies.

3. 8009 **Projet de loi portant modification :**
1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
3° du Code de la sécurité sociale

Après une brève introduction de Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports, qui est également rapporteur du projet de loi sous rubrique, un représentant du ministère de la Santé présente l'avis que le

Conseil d'État a émis en date du 25 avril 2023. Le ministère de la Santé est en train d'analyser cet avis en vue de la rédaction d'une série d'amendements.

Le Conseil d'État constate, dans ses considérations générales, que le projet de loi sous avis apporte des modifications à un certain nombre d'articles de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Les auteurs affirment que ces modifications ont pour objet de ne pas confiner l'activité des établissements hospitaliers sur leurs sites actuels et de consacrer la pratique déjà existante de délocaliser des activités sur des « *sites supplémentaires* » destinés à des services spécifiques accueillant des patients pour des interventions ou examens en mode ambulatoire. Les modifications proposées suscitent un certain nombre de questions auxquelles le Conseil d'État reviendra à l'endroit de l'examen des articles.

La Haute Corporation constate qu'en ce qui concerne plus particulièrement les modifications proposées aux articles 1^{er}, point 4^o, et 2 du projet de loi, le Gouvernement entend répondre à l'arrêt n° 148/19 du 5 juillet 2019 de la Cour constitutionnelle². Celle-ci a dû se prononcer sur la question de savoir si l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, est conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution, en ce que, selon le tribunal administratif, « *le législateur n'a donné aucune indication quant à la nature, aux raisons pour lesquelles, dans quelles circonstances ou sous quelles conditions différents équipements devraient figurer sur une liste d'équipements interdits par rapport à d'autres ainsi que, d'une manière générale, quant aux modalités d'une telle interdiction*³ ».

Dans l'arrêt précité, la Cour constitutionnelle a notamment considéré que « *l'article 19 de la loi du 29 avril 1983 n'est pas conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution* », en ce qu'il « *ne donne aucune indication quant à l'objectif des mesures d'exécution* » dans une matière réservée à la loi.

Le Conseil d'État note que l'article 2 du projet de loi sous avis vise à abroger l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983. La loi précitée ne contenant ainsi plus de restriction quant aux équipements et appareils pouvant être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans un cabinet médical, il n'est plus nécessaire d'insérer des indications quant à l'objectif des mesures d'exécution dans ladite loi.

Afin de rester toutefois dans la logique du système actuellement en vigueur, le Gouvernement prévoit de modifier l'article 14 de la loi précitée du 8 mars 2018 ainsi que l'annexe 3 visée audit article, en insérant dans la loi précitée les conditions liées à la limitation de l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers.

Le Conseil d'État constate ainsi que le principe selon lequel un certain nombre d'équipements et d'appareils sont réservés au milieu hospitalier, ne pouvant donc pas être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans leurs cabinets médicaux, n'est pas remis en cause par les auteurs de la loi en projet. Ainsi, en particulier les modifications proposées à l'endroit de l'article 1^{er}, point

² Cour constitutionnelle, arrêt n° 00148/19 du 5 juillet 2019 (Mém. A - n° 491 du 12 juillet 2019).

³ Tribunal administratif, jugement n° 40845 du 14 février 2019.

4°, tendent à modifier l'article 14, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, afin de lui donner la teneur suivante : « (1) *Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale, qui soit en raison de leur coût dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. [...]* ».

Le Conseil d'État relève que le fait de réserver l'utilisation de ces équipements et appareils en vue d'une prise en charge médicale aux établissements hospitaliers constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale, matière qui constitue une matière réservée à la loi en vertu de l'article 11, paragraphe 6, de la Constitution. Dans ce contexte, le Conseil d'État rappelle que, d'après l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, « *[l']article 11, paragraphe 6, alinéa 1, de la Constitution permet à la loi d'établir des restrictions à la liberté en cause. Pour être conformes à la Constitution, celles-ci doivent être rationnellement justifiées, adéquates et proportionnées à leur but* »⁴. Cet arrêt cadre avec la clause transversale de l'article 37 de la Constitution révisée, qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2023 et en vertu de laquelle « *[t]oute limitation de l'exercice des libertés publiques doit être prévue par la loi et respecter leur contenu essentiel. Dans le respect du principe de proportionnalité, des limitations ne peuvent être apportées que si elles sont nécessaires dans une société démocratique et répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui.* » Le Conseil d'État relève que ladite clause est inspirée de l'article 52, paragraphe 1^{er}, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Par ailleurs, d'après la jurisprudence de la Cour de l'Union européenne et les termes de l'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions⁵, qui a été transposée par la loi précitée du 2 novembre 2021, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante et les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux objectifs visés⁶.

Le Conseil d'État constate que, selon l'exposé des motifs, le projet de loi sous avis prévoit entre autres la mise en place de « *sites supplémentaires* ». Ces sites sont dédiés à accueillir quatre services spécifiques. Cette extension de l'offre hospitalière est justifiée, toujours selon l'exposé des motifs, par le souci de « *réduire les délais d'attente* ».

Le Conseil d'État note que le formulaire relatif à l'examen de proportionnalité qui lui a été communiqué explique que « *l'évaluation des besoins sanitaires a bien montré qu'il faut des sites additionnels [...]* afin de répondre aux besoins

⁴ Arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, n° 176 (Mém. A n° 19 du 13 janvier 2023).

⁵ L'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 dispose ce qui suit : « À cette fin, avant l'adoption des dispositions visées au paragraphe 1, les États membres tiennent compte des éléments suivants : f) la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs pour atteindre l'objectif d'intérêt général ; »

⁶ CJUE, arrêt du 26 septembre 2013, Texdata Software GmbH., aff. C-418/11, point 52.

de la population. [...] Ceci permettra de contribuer au virage ambulatoire et sera une réponse aux longues [sic] délais que nécessitent les projets de construction ».

Si les objectifs précités poursuivent ainsi des buts légitimes, à savoir notamment la protection de la santé, consacrée de manière indirecte par l'article 11, paragraphe 5, de la Constitution⁷, le Conseil d'État estime pourtant qu'il existe la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs que de limiter l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers et de restreindre ainsi l'exercice d'une profession libérale pour atteindre ces buts.

La Haute Corporation note que la restriction est justifiée comme suit : « *la réglementation des appareils lourds et coûteux constitue un outil de planification important aux mains de l'État, à savoir le pouvoir législatif, lui permettant d'assurer, aux moyens de fonds publics, la protection de la santé de la population et de garantir l'accès égalitaire aux soins de santé utiles et nécessaire.* »

Aux yeux du Conseil d'État, les objectifs de la maîtrise des coûts, de la qualité de gestion et d'un haut niveau de compétence du personnel peuvent valablement être réalisés dans des structures extrahospitalières, à condition bien évidemment d'instaurer une procédure d'autorisation en vue de l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. Concernant plus précisément la restriction relative aux équipements et appareils qui dépassent 250 000 euros, cet argument ne tient pas en présence d'une personne physique ou morale qui ne requiert pas un financement de la part de l'État. Une telle personne se voit imposer une limitation de l'exercice de sa profession, même si elle respecte tous les critères imposés, sans que cette limitation ne soit autrement justifiée.

Étant donné que les explications du Gouvernement concernant la restriction envisagée et les motifs de celle-ci manquent à apporter les éléments nécessaires quant à son adéquation et sa proportionnalité, le Conseil d'État doit, à défaut de plus amples renseignements, réserver sa position quant à la dispense du second vote constitutionnel.

Afin de justifier la restriction envisagée par la loi en projet, le représentant du ministère de la Santé annonce l'intention du Gouvernement de fournir des explications pour chaque équipement et appareil médical réservé aux établissements hospitaliers, ceci également à la lumière de la pénurie de personnel hautement qualifié nécessité pour l'exploitation de ces équipements et appareils.

Ad article 1^{er}, point 1^o, lettre a)

Le point 1^o de l'article 1^{er} du projet de loi sous rubrique tend à modifier l'article 4, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018.

La modification prévue par la lettre a) a pour objet de prévoir l'insertion d'un alinéa 4 disposant que les centres hospitaliers peuvent disposer de « *sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires* », et ceci par

⁷ Arrêt de la Cour constitutionnelle n° 172/22 du 25 novembre 2022 (Mém. A – n° 605 du 11 décembre 2022).

dérogation à l'alinéa 3 qui prévoit qu'un centre hospitalier peut disposer de trois sites hospitaliers au maximum.

L'introduction de la notion de « *sites supplémentaires* » par la loi en projet sous examen amène le Conseil d'État à se pencher sur la signification du terme « *site* ». Selon les travaux préparatoires de la loi précitée du 8 mars 2018⁸, « *les quatre hôpitaux [...] sont actuellement tous multi-sites c.-à-d. leurs activités hospitalières ont lieu dans plusieurs bâtiments dans des lieux géographiques distincts et bien identifiés* ». D'après le commentaire portant sur l'article 4 du projet de loi 7056 devenu la loi précitée du 8 mars 2018, « *[l]e Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) se compose des sites de Strassen et d'Eich ; – le Centre hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman (CHRS) se compose des sites de la Gare de Luxembourg, du Kirchberg et d'Esch/Alzette ; – le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) se compose des sites d'Esch/Alzette, de Dudelange et de Niederkorn ; – le Centre hospitalier du Nord (CHDN) se compose des sites de Wiltz et d'Ettelbrück*⁹. »

Si, à l'époque, la loi précitée du 8 mars 2018 introduisait la notion de « *site* » pour différencier les sites des différents centres hospitaliers existants en ayant recours à un critère implicite de distanciation géographique, le Conseil d'État constate néanmoins que la notion en elle-même n'est pas définie dans la loi précitée. En effet, l'article 4, alinéas 2 et 3, de la loi précitée du 8 mars 2018, se limite à prévoir qu'« *[u]n centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites. Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites.* » Par l'introduction de la notion de « *site supplémentaire* », la nécessité de définir la notion de « *site* » s'impose.

Ainsi faudrait-il clarifier ce qui conditionne le nombre de sites d'un centre hospitalier : S'agit-il du fait de disposer de plusieurs bâtiments ou du fait que les bâtiments soient situés sur des lieux géographiques distincts et espacés de sorte à ne pas être facilement joignable ? En appréciant la notion de « *site* » en fonction des centres hospitaliers existants, le nombre de bâtiments ne peut à l'évidence pas servir de critère, puisque par exemple le Centre hospitalier de Luxembourg dispose de trois bâtiments (Maternité, Kannerklinik, Bâtiment Centre) séparés sur les terrains situés entre la rue Barblé et la rue Federspiel à Luxembourg, dont l'ensemble est pourtant considéré former un seul site selon le commentaire des articles précité. Partant, des « *lieux géographiques distincts* » et espacés de sorte à impliquer un déplacement plus ou moins long semblent conditionner la notion de sites « *distincts* ». Au vu des développements qui précèdent, le Conseil d'État demande aux auteurs de préciser le terme « *site* » dans la loi précitée du 8 mars 2018, en ayant par exemple recours à un critère géographique (distance entre les bâtiments).

Le Conseil d'État constate donc que le terme « *site* » ainsi que, par ricochet, celui-ci de « *site supplémentaire* » ne sont pas définis. En effet, qu'en est-il de bâtiments nouveaux construits à proximité d'un centre hospitalier existant ? S'agit-il de « *sites supplémentaires* » pour lesquels les limitations quant aux services éligibles à y être installés proposées par la loi en projet s'appliqueraient ou s'agit-il simplement de l'extension d'un site existant qui peut offrir toutes les activités pour lesquelles le centre hospitalier est

⁸ Doc. parl. n° 7056, page 49.

⁹ *Ibid.*

compétent ? Dans la mesure où la nature du site joue un rôle important dans le cadre de la procédure d'autorisation en ce qu'il revient au ministre de donner une autorisation d'exploitation soit pour un « site », soit pour une antenne d'un service d'un site existant, soit pour un « site supplémentaire », soit pour une antenne d'un service d'un « site supplémentaire », il faut que celui-ci puisse s'appuyer sur un critère légal permettant de délimiter un site de ses « sites supplémentaires ». Le flou qui encadre la notion de « site » et qui implique ainsi un manque de précision au niveau de la notion de « site supplémentaire » étant source d'insécurité juridique, le Conseil d'État doit s'opposer formellement à la disposition sous revue.

Le représentant du ministère de la Santé fait savoir qu'une définition de la notion de « site » pourra être insérée dans la loi précitée du 8 mars 2018 en apportant un amendement en ce sens au projet de loi sous rubrique.

La Haute Corporation note ensuite que le nouvel alinéa 4, dans sa teneur proposée, dispose que ces « sites supplémentaires » sont dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3°, 7° et 8° du paragraphe 2 et au point 5° du paragraphe 3, ainsi que dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Sont ainsi visés les services de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale et d'oncologie. Le Conseil d'État constate que malgré de nombreuses considérations démographiques et épidémiologiques (chapitre III de l'exposé des motifs), les auteurs du projet de loi sous avis restent muets sur les raisons qui sont à l'origine du choix opéré quant aux services éligibles pour les « sites supplémentaires ». D'autres services dans lesquels les prises en charge ambulatoires jouent déjà actuellement un rôle important, tels que certains actes de chirurgie ainsi que les polycliniques spécialisées réalisant des examens à visée diagnostique, ne peuvent donc pas être installés dans les « sites supplémentaires » visés. Le « virage ambulatoire » mis en avant par les auteurs pour justifier la mise en place de « sites supplémentaires » se limite ainsi aux services précités. Le Conseil d'État estime qu'il appartient au législateur d'apprécier l'opportunité du choix des services opérés.

Le Conseil d'État note encore que la dernière phrase de l'alinéa 4, dans sa teneur proposée, dispose que les « sites supplémentaires » sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine, sans pour autant définir quelle forme juridique revêt une telle « collaboration ». Selon le commentaire portant sur l'article 1^{er}, les collaborations pourraient se faire « soit avec un ou plusieurs médecins, soit avec une personne morale au sens de la loi autorisant la médecine sous forme sociétale ».

Le Conseil d'État s'interroge sur la nature des contrats conclus entre les établissements hospitaliers et les médecins. À cet égard, il constate que la notion de « contrat de collaboration » est utilisée à l'endroit de l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018, qui dispose que les « médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration ». Est-ce que les auteurs visent la même nature de contrat ? Étant donné que les auteurs proposent d'insérer au point 7° de l'article sous examen le bout de phrase « et ceux exerçant sur un site supplémentaire », le contrat visé semble effectivement être le contrat de collaboration mentionné à l'endroit de l'article 33. Dans un souci de sécurité juridique, le Conseil d'État demande, sous peine d'opposition formelle, de compléter l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018,

dans sa teneur proposée, en ce sens. À cet égard, il est, en outre, renvoyé aux observations formulées à l'égard du point 7°.

Le représentant du ministère de la Santé précise qu'il ne s'agit pas du contrat de collaboration mentionné à l'endroit de l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018 et qu'il convient d'apporter la précision nécessaire au projet de loi par voie d'amendement.

Le Conseil d'État se doit encore d'attirer l'attention des auteurs sur les dispositions de l'article 32 de la même loi qui instaure un Conseil médical dans chaque hôpital, qui est censé constituer « *l'organe représentant les médecins [...] exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital.* ». Ainsi, les médecins ou associations de médecins qui exercent sur un « *site supplémentaire* » sur base d'un contrat de collaboration devraient en toute logique participer aux travaux du Conseil médical.

Par ailleurs, d'après l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018 « *[l]a gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurés par un même organisme gestionnaire* ». Le Conseil d'État se demande si la deuxième phrase de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, dans sa teneur proposée, implique avec la rigueur nécessaire que les « *sites supplémentaires* » rentrent d'un point de vue de leur gestion entièrement dans les compétences de l'organisme de gestion du centre hospitalier. Tel que formulé, le texte sous avis risque de créer une insécurité juridique au niveau des règles de gouvernance applicables aux « *sites supplémentaires* » du centre hospitalier, de sorte que le Conseil d'État doit s'opposer formellement aux modifications proposées à la lettre sous examen. Le Conseil d'État renvoie encore aux observations formulées à l'endroit de l'article 1^{er}, point 7°.

Le représentant du ministère de la Santé confirme que la gouvernance des sites supplémentaires dédiés relève en effet de la compétence de l'organisme de gestion du centre hospitalier, alors que les médecins seront associés au niveau de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des sites supplémentaires.

Le Conseil d'État demande par ailleurs de remplacer les termes « *établissement hospitalier* » par ceux de « *centre hospitalier* », étant donné que seul un centre hospitalier peut disposer de sites, voire de « *sites supplémentaires* ». La même observation vaut pour le point 4°, lettre c).

Ad article 1^{er}, point 3°

Le Conseil d'État note que l'article 9, paragraphe 6, de la loi précitée du 8 mars 2018, tel qu'actuellement en vigueur, dispose que « *[c]haque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service »* ». Par le point sous examen, les auteurs entendent ajouter une phrase au paragraphe 6 précité qui précise que dans le cadre des « *sites supplémentaires* » dédiés à des services particuliers, « *chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que « site supplémentaire » dédié aux soins de santé ambulatoire* ». Selon le commentaire des articles accompagnant le projet de loi sous rubrique, cette

disposition provient du fait que la « réforme prévoit de ne pas limiter les sites dédiés [à lire « supplémentaires »] en termes de nombre, mais plutôt en termes d'antennes de service à autoriser. En effet, du fait d'une offre de soins nécessitant des ressources différentes, et en vue d'une délocalisation de cette offre, une telle limitation sur base d'un nombre absolu de sites supplémentaires ne pourrait satisfaire les besoins d'une planification. Par contre, et en ligne avec le leitmotif [sic !] de la réforme du système de santé de 2010, le « pas tout partout » il s'agit de limiter en nombre les antennes de services au maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire. » Par le point sous examen, les auteurs semblent donc vouloir limiter, pour les « sites supplémentaires », le nombre d'antennes à deux antennes par service établi sur un « site supplémentaire ». Cependant, telle que formulée, la disposition n'est pas compréhensible sans les explications fournies à l'endroit du commentaire des articles. Elle se heurte ainsi au principe de sécurité juridique, de sorte que le Conseil d'État doit s'y opposer formellement.

Le représentant du ministère de la Santé annonce l'intention du Gouvernement d'apporter les précisions nécessaires par voie d'amendement.

Ad article 1^{er}, point 4°

Concernant le libellé sous examen, le Conseil d'État renvoie à ses considérations générales et en particulier à sa réserve quant à la dispense du second vote constitutionnel en ce qui concerne le principe de limiter l'utilisation d'un certain nombre d'équipements et d'appareils au secteur hospitalier.

Ad article 1^{er}, point 5°

Le Conseil d'État constate que le point sous examen a pour objet de modifier l'article 15, point 1°, de la loi précitée du 8 mars 2018 comme suit : « *L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait : 1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er} et soumis à planification nationale.* ». La Haute Corporation comprend donc que l'État ne participe pas directement aux frais des investissements mobiliers et immobiliers pour recevoir des équipements et appareils qui ne sont pas soumis à planification nationale.

Ad article 1^{er}, point 7°, lettre a)

Le Conseil d'État note que la lettre a) tend à modifier l'article 33, paragraphe 7, alinéa 1^{er}, première phrase, de la loi précitée du 8 mars 2018 afin de lui donner la teneur suivante : « *Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, y exercent sur base d'un contrat de collaboration.* »

Il dit ne pas comprendre la nécessité de compléter la phrase précédente dans la mesure où l'article 33 a vocation à s'appliquer à tous les établissements hospitaliers, donc y compris les centres hospitaliers disposant de « sites supplémentaires ». Afin d'éviter toute confusion et pour des raisons de sécurité juridique, le Conseil d'État exige, sous peine d'opposition formelle, de supprimer la disposition sous examen.

Ad article 1^{er}, point 7^o, lettre b)

Dans la même logique, le Conseil d'État demande de supprimer à la lettre b), les points i) et ii).

Le point iv) confirme les interrogations du Conseil d'État quant à la nature juridique des « *sites supplémentaires* » ainsi que quant aux règles de gouvernance applicables aux « *sites supplémentaires* ». En effet, le point iv) entend ajouter un nouveau point 9^o à l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018 qui détermine le contenu essentiel du contrat type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés ou les médecins exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. Ce point 9^o dispose que le contrat type doit comprendre « *les modalités de gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires* ». Le Conseil d'État renvoie dans ce cadre à ses observations et son opposition formelle émises à l'endroit de l'examen de l'article 1^{er}, point 1^o.

Ad article 1^{er}, point 8^o, lettre a)

La lettre a) entend compléter le paragraphe 2 de l'article 45 par une nouvelle phrase disposant que l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite.

Le Conseil d'État indique qu'il a du mal à saisir la nécessité de cette modification au vu de l'article 14, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, qui prévoit implicitement que toute installation en dehors d'un « *établissement hospitalier* » est interdite en prévoyant que les appareils et équipements y visés sont réservés aux « *établissements hospitaliers* ». Si l'intention des auteurs est d'incriminer l'utilisation d'un équipement ou appareil réservé, la disposition sous avis est à reformuler sous peine d'opposition formelle pour violation du principe de la légalité de la peine, tel que consacré par l'article 14 de la Constitution, lequel a comme corollaire le principe de la spécification de l'incrimination. En effet, selon la jurisprudence constante de la Cour constitutionnelle, « *le principe de la légalité de la peine implique la nécessité de définir dans la loi les éléments constitutifs des infractions en des termes suffisamment clairs et précis pour exclure l'arbitraire et permettre aux intéressés de mesurer exactement la nature et le type des agissements sanctionnés* »¹⁰. Ainsi, la disposition proposée sanctionne l'utilisation d'équipements et appareils médicaux installés en « *violation de l'annexe 3* », alors que cette annexe se limite à fixer une liste sans déterminer de manière claire et précise les faits à incriminer, voire sans constituer une infraction.

Ad article 1^{er}, point 8^o, lettre b)

Concernant la lettre sous examen qui vise à insérer un paragraphe 4 dans l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018, le Conseil d'État note que ce paragraphe 4 prévoit notamment que « *la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale*

¹⁰ Cour constitutionnelle, arrêt n° 138/18 du 6 juin 2018 (Mém. A - n° 459 du 8 juin 2018), Cour constitutionnelle, arrêts n°s 134 et 135/18 du 2 mars 2018 (Mém. A - n°s 198 et 199 du 20 mars 2018) et Cour constitutionnelle, n° 43/07 du 14 décembre 2007 (Mém. A - n° 1 du 11 janvier 2008, p. 7).

soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er} soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 4 » est punie d'une amende de 5 000 à 100 000 euros. Or, l'article 7, paragraphe 4, dispose que « [l']autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à un établissement hospitalier reprendra les points 1. à 8. retenus ». Ainsi, le paragraphe 4 de l'article 7 décrit uniquement ce que l'autorisation d'exploitation doit contenir, mais ne constitue pas une obligation à l'égard de l'exploitant de disposer d'une telle autorisation, dont le non-respect serait sanctionnable. Partant, le Conseil d'État doit s'y opposer formellement pour violation de l'article 14 de la Constitution.

Le représentant du ministère de la Santé estime que les deux oppositions formelles émises par le Conseil d'État en relation avec les sanctions pourront être levées sans problème en apportant les précisions nécessaires par voie d'amendement.

Ad article 1^{er}, point 10^o, lettre b)

Par la lettre sous revue, les auteurs complètent le tableau des équipements et appareils médicaux visés à l'annexe 3 en y ajoutant aux équipements et appareils nécessitant une planification nationale, ceux qui ne nécessitent pas de planification nationale, mais du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières. Le Conseil d'État précise qu'il ne commente pas en détail les « *critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des appareils et équipements médicaux repris dans le tableau [de l'annexe 3]* » fournis à l'endroit du commentaire des articles, ceux-ci étant de nature purement médicale. Il procède néanmoins à une comparaison des termes repris à l'annexe en vigueur avec ceux utilisés par l'annexe 3 telle que complétée par le projet de loi sous avis étant donné que cette comparaison soulève un certain nombre de questions.

En effet, l'annexe 3 telle qu'actuellement en vigueur contient uniquement des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières, mais elle ne distingue pas les uns des autres. D'après les dispositions de la loi en projet, seul le nombre des équipements et appareils nécessitant une planification nationale est limité. À cet égard, le Conseil d'État constate que tous les équipements et appareils déjà contenus dans la liste de l'annexe 3 en vigueur y sont maintenus avec le nombre maximum à autoriser, de sorte qu'ils revêtiront tous le caractère « *à planification nationale* » une fois que la loi en projet sortira ses effets. La liste est encore complétée par certains dispositifs ou équipements dont le nombre n'est pas limité, de sorte que ceux-ci ne revêtent apparemment pas le caractère « *à planification nationale* », mais requièrent probablement du personnel hautement qualifié voire des conditions d'emploi particulières.

Ad article 3, point 1^o

Le point sous examen tend à modifier l'article 65, alinéa 4, première phrase, du Code de la sécurité sociale afin de lui donner la teneur suivante : « *Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil médical non visé à l'article 14, paragraphe 1 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, la nomenclature*

peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. ».

Le Conseil d'État note que l'article 65 concerne les appareils utilisés par les prestataires « *en dehors du secteur hospitalier* » et que les « *forfaits* » visés par cet article ne trouvent leur application que pour les appareils utilisés dans le secteur extrahospitalier. Étant donné que les appareils visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, ne peuvent de toute manière pas être utilisés dans le secteur extrahospitalier, la précision apportée par le point sous examen est superflue. Partant, le point sous examen est à supprimer.

*

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports propose de laisser le temps nécessaire au ministère de la Santé pour élaborer des amendements visant à résoudre les questions soulevées par le Conseil d'État.

Suite à une question afférente de Madame Carole Hartmann, il est convenu de mettre à la disposition des Députés le formulaire relatif à l'examen de proportionnalité que le ministère de la Santé a communiqué au Conseil d'État et qui est mentionné dans les considérations générales de l'avis du 25 avril 2023.

Dans le même ordre d'idées, Monsieur Claude Wiseler demande au ministère de la Santé de partager avec les membres de la commission parlementaire les explications supplémentaires qui seront fournies au Conseil d'État au sujet de la proportionnalité. L'orateur souligne encore que le groupe politique CSV partage entièrement les préoccupations exprimées par le Conseil d'État au sujet de la liberté d'exercer une profession libérale.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports relève l'importance de prendre également en compte les spécificités du secteur de la santé qui n'est pas principalement basé sur la liberté du commerce, mais surtout sur les valeurs de solidarité, d'accessibilité universelle et d'équité de traitement.

4. Divers

Aucun point divers n'est abordé.

Procès-verbal approuvé et certifié exact

8009/09

N° 8009⁹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

AMENDEMENTS GOUVERNEMENTAUX

DEPECHE DU MINISTRE AUX RELATIONS AVEC LE PARLEMENT AU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES

(20.6.2023)

Monsieur le Président,

À la demande de la Ministre de la Santé, j'ai l'honneur de vous saisir d'amendements gouvernementaux relatifs au projet de loi sous rubrique.

À cet effet, je joins en annexe le texte des amendements accompagnés de leurs commentaires respectifs, l'exposé des motifs, le texte coordonné du projet de loi élargé tenant compte desdits amendements ainsi que des versions consolidées, par extraits, de la loi modifiée du 8 mars 2018, de la loi modifiée du 29 avril 1983 et du Code de la sécurité sociale que le présent projet tend à modifier.

Les avis du Collège médical, de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, de la Chambre des salariés, de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois ainsi que du Conseil Supérieur de certaines professions de santé ont été demandés et vous parviendront dès réception.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

*Le Ministre aux Relations
avec le Parlement,*

Marc HANSEN

*

TEXTE ET COMMENTAIRE DES AMENDEMENTS

Amendement 1^{er}

L'article 1^{er} du projet de loi n°8009 portant modification : 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ; 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 3° du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Il est inséré un nouveau point 1° libellé comme suit :

« 1° L'article 2, paragraphe 1^{er}, est modifié comme suit :

a) Au point 10., le point final est remplacé par un point-virgule ;

b) A la suite du point 10., il est inséré un point 11. libellé comme suit :

« 11. « site » : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres. »

Les anciens points 1° à 10° sont renumérotés en points 2° à 11 nouveaux. »

2° La lettre a) de l'ancien point 1°, devenu le nouveau point 2°, est modifiée comme suit :

« a) À la suite du paragraphe 1^{er}, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :

« Par dérogation à l'alinéa 3, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux paragraphes 2, points 3, 7 et 8 et 3, point 5 et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. » ; »

3° L'ancien point 3°, devenu le nouveau point 4°, est remplacé comme suit :

« À l'article 9, paragraphe 6, il est ajouté *in fine* une nouvelle phrase libellée comme suit :

« Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. »

4° A la lettre c) de l'ancien point 4°, devenu le nouveau point 5°, les termes « établissements hospitaliers » sont remplacés par « centres hospitaliers ».

5° L'ancien point 7°, devenu le nouveau point 8°, est remplacé comme suit :

« Au point 8° de l'article 33, paragraphe 7, le point final est remplacé par un point-virgule. »

6° L'ancien point 8°, devenu le nouveau point 9°, est modifié comme suit :

« A la suite du paragraphe 3 de l'article 45, il est inséré un nouveau paragraphe 4 libellé comme suit :

« (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 1^{er}.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».

Commentaire – Amendement 1^{er}

Point 1°

Dans son avis, le Conseil d'Etat fait remarquer à l'endroit de l'article 1^{er}, point 1°, lettre a) que « [p]ar l'introduction de la notion de « site supplémentaire », la nécessité de définir la notion de « site » s'impose. » Il « demande aux auteurs de préciser le terme « site » dans la loi précitée du 8 mars 2018, en ayant par exemple recours à un critère géographique (distance entre les bâtiments). »

Toujours selon le Conseil d'Etat, « [l]e flou qui encadre la notion de « site » et qui implique ainsi un manque de précision au niveau de la notion de « site supplémentaire » étant source d'insécurité juridique, le Conseil d'Etat doit s'opposer formellement à la disposition sous revue. »

Les auteurs se rallient à l'avis de la Haute Corporation. Le site est désormais défini comme une zone composée d'un ou de plusieurs bâtiments et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres. Cette définition permet de tenir compte de la constellation actuelle des sites hospitaliers. Elle permet également à un centre hospitalier de construire de nouveaux bâtiments à proximité de l'immobilier existant sans que ceux-ci doivent être considérés comme « sites supplémentaires » à condition bien évidemment de ne pas dépasser les limites précitées.

Point 2°

Le Conseil d'Etat formule un certain nombre de remarques à l'endroit de l'article 1^{er}, point 1°, lettre a).

A cet égard, il y lieu de préciser tout d'abord que les auteurs accèdent à la demande du Conseil d'Etat de remplacer, à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, les termes « établissement hospitalier » par les termes « centre hospitalier ».

Ensuite en ce qui concerne le libellé du nouvel alinéa 4, dans sa teneur proposée dans le projet de loi initial, le Conseil d'Etat s'interroge ensuite sur la nature des contrats conclus entre les centres hospitaliers et les médecins dans le contexte des sites supplémentaires. En rappelant la teneur de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée¹, il se demande si la formulation proposée « implique avec la rigueur nécessaire que les « sites supplémentaires » rentrent d'un point de vue de leur gestion entièrement dans les compétences de l'organisme de gestion du centre hospitalier. Selon la Haute Corporation, le texte, tel que formulé, « risque de créer une insécurité juridique au niveau des règles de gouvernance applicables aux « sites supplémentaires » du centre hospitalier, de sorte que le Conseil d'Etat doit s'opposer formellement aux modifications proposées à la lettre sous examen. »

Il est proposé de donner suite aux observations du Conseil d'Etat et de clarifier la nature des contrats visés. Les auteurs concèdent que la référence au terme « collaboration » a pu semer de la confusion par rapport au contrat de collaboration visé à l'article 33 de la loi précitée du 8 mars 2018. Il est dès lors proposé de ne plus s'y référer alors que les contrats visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 nouveau dépassent ce cadre.

Avec le nouveau libellé, un centre hospitalier peut, pour les sites supplémentaires, conclure des contrats précisant les modalités de gestion et d'utilisation d'équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. Il est à préciser dans ce contexte que tant un centre hospitalier qu'un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer leur profession au Luxembourg peuvent être à l'origine d'un projet de création de site supplémentaire à autoriser suivant les articles 7 et suivants de la loi modifiée du 8 mars 2018. Le contenu des arrangements contractuels se limite strictement aux équipements et appareils visés à l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 et aux seules parties d'infrastructures les hébergeant. Ce contrat devra enfin s'inscrire dans les prévisions de la loi modifiée 8 mars 2018 dans le sens où l'organisme gestionnaire continue à assurer la gestion et l'exploitation d'un hôpital, y compris sur les sites supplémentaires et que le rôle du Conseil médical ne sera pas remis en question. Les médecins qui exercent sur les sites supplémentaires participeront bien évidemment, dans le cadre de la loi, aux travaux du Conseil médical. Il est précisé que les dispositions de l'actuel article 33 de la loi précitée du 8 mars 2018 continuent à s'appliquer.

Point 3°

En ce qui concerne l'article 1^{er}, point 3°, dans sa teneur initiale, le Conseil d'Etat évoque un texte qui n'est pas compréhensible, sans les explications fournies à l'endroit du commentaire des articles. Il croit comprendre que les auteurs ont voulu « limiter, pour les « sites supplémentaires », le nombre d'antennes à deux antennes par service établi sur un « site supplémentaire ».

Pour répondre à l'opposition formelle de la Haute Corporation, il est précisé qu'un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. Via le renvoi à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, il est créé un lien avec la notion de « sites supplémentaires » sur lesquels peuvent être accueillis un ou plusieurs des services visés à l'article précité (i.e. service de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale ou d'oncologie) et dont l'offre de soins peut être délocalisée sur deux antennes supplémentaires. Ces antennes sont d'ailleurs distinctes de l'antenne de service visé à la phrase précédente dudit article 9, paragraphe 6.

¹ « La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire. »

Point 4°

Il fait suite à la remarque formulée par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 1^{er}, point 1°, lettre a) *in fine*.

Point 5°

Les auteurs se rallient aux remarques du Conseil d'Etat formulées à l'endroit de l'article 1^{er}, point 7°, lettres a) et b), alinéa 1^{er}.

Il est par ailleurs renvoyé aux explications fournies au point 2° du présent amendement 1^{er} en ce qui concerne la suppression du point 9° de l'article 33 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Point 6°

En réponse à l'opposition formelle formulée à l'endroit de l'article 1^{er}, point 8°, lettre a), il est proposé de faire abstraction de l'article 45, paragraphe 2, deuxième phrase, dans sa teneur proposée dans le projet de loi initial.

En ce qui concerne l'opposition formelle visée à l'article 1^{er}, point 8°, lettre b), les auteurs proposent de modifier le nouveau paragraphe 4, de l'article 45 en ne se référant plus à l'article 7, paragraphe 4 de loi précitée du 8 mars 2018, mais à l'article 7, paragraphe 1^{er} de celle-ci. En effet, à la différence de l'article 7, paragraphe 4 qui décrit uniquement ce que l'autorisation d'exploitation doit contenir, l'article 7, paragraphe 1^{er} de la loi précitée se réfère à l'autorisation ministérielle dont un organisme gestionnaire doit disposer pour l'exploitation ou l'utilisation d'un établissement hospitalier.

Amendement 2

L'article 3 du même projet de loi est modifié comme suit :

« L'article 65, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale, est complété par la phrase :

« Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes d'un point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. » »

Commentaire – Amendement 2

Il est proposé de se rallier aux remarques formulées par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 3.

*

1. LOI MODIFIEE DU 8 MARS 2018
relative aux établissements hospitaliers
et à la planification hospitalière

Texte coordonné des articles 2, 4, 8, 9, 14, 15,
20bis, 33, 45, Annexe 2 et 3 tels que modifiés

Légende :

- les modifications initiales résultant du projet de loi n° 8009 sont en **bleu** ;
- les amendements gouvernementaux sont en **jaune** et les propositions textuelles figurent en **caractère gras** et sont soulignées ;
- les observations d'ordre légistique du Conseil d'Etat sont en **vert** et en **caractères gras**.

*

Art. 2. (1) Sont considérés comme :

1. « unité de soins » : une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion communes ;
2. « service hospitalier » : unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital ;

3. « service national » : service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national ;
4. « lits » : les lits hospitaliers qui sont de façon continue à la disposition des patients dans les services hospitaliers, en distinguant entre :
- a) lits aigus ;
 - b) lits de moyen séjour ;
 - c) lits d'hospitalisation de longue durée ;
 - d) lits de réserve sanitaire.
- Les lits d'hospitalisation de jour et lits-portes ne sont pas considérés comme lits au sens de l'alinéa qui précède ;
5. « lits aigus » : les lits, y compris les lits de soins intensifs, hormis les lits de moyen séjour et les lits d'hospitalisation de longue durée, les lits de soins intensifs étant des lits réservés aux patients nécessitant des soins intensifs ;
6. « lits de moyen séjour » : lits réservés à la rééducation et à la réhabilitation de patients ainsi que les lits de soins palliatifs ;
- On entend par « lits de rééducation et de réhabilitation » : lits de moyen séjour des établissements hospitaliers et des services hospitaliers ayant pour mission la rééducation ou la réhabilitation sous ses différentes formes, que sont la rééducation et la réhabilitation fonctionnelle, la rééducation gériatrique, la réhabilitation physique et post-oncologique, la réhabilitation et la réadaptation de malades souffrant de troubles psychiques.
7. « lits d'hospitalisation de longue durée » : lits réservés aux soins hospitaliers de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles justifiant une surveillance médicale, une prise en charge de même que des soins particuliers et continus par du personnel spécifiquement qualifié ainsi que des traitements d'entretien ;
8. « lits d'hospitalisation de jour » : lits d'hôpital ou places situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés aux activités suivantes :
- a) actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance et des soins pré- ou post-interventionnels ;
 - b) autres actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, à savoir :
 - explorations fonctionnelles et endoscopiques ;
 - imagerie interventionnelle ;
 - ponctions et biopsies non-chirurgicales ;
 - c) diverses prises en charge thérapeutiques :
 - épuration extra-rénale ;
 - chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuses ;
 - transfusion de produits et dérivés sanguins cytophérèse ;
 - traitements et prise en charge de situations spécifiques ;
 - d) soins de rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile ;
 - e) soins de revalidation, y compris gériatrique.
9. « lits-portes » : lits d'hôpital ou places situés dans l'enceinte d'un service d'urgence, exclusivement à la disposition des prises en charge urgentes nécessitant une présence médicale et une présence continue par du personnel soignant spécifiquement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures ;
10. « lits de réserve sanitaire » : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés exclusivement à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, une catastrophe, une pandémie, un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure et qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques ;
- 11. « site » : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres.**

(2) Le nombre maximum de lits par catégories de lits pouvant être autorisé au niveau national est fixé à l'annexe 1 à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10.

La dénomination des différents types de service, les normes essentielles y afférentes, le nombre maximal au niveau national par type de service, le nombre minimal de lits par service et le nombre maximal de lits au niveau national par type de service figurent à l'annexe 2 à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10.

(...)

Art. 4. (1) La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire.

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

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

Par dérogation à l'alinéa précédent³, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux paragraphes 2, points 3, 7 et 8 du paragraphe 2 et 3, au point 5 du paragraphe 3, et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. **Les sites supplémentaires sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant.**

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

(...)

Art. 8. (1) Sur base de l'évaluation des besoins de santé sanitaires et dans la limite des besoins en lits et services hospitaliers autorisables en vertu de la présente loi, seuls peuvent être autorisés:

1. des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes ;
2. des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée ;
3. des projets **de construction nouvelle ou** de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à **favoriser développer** la prise en charge ambulatoire **dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2.**

(...)

Art. 9. (...)

(6) Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service ». **Conformément à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire dédié aux soins de santé ambulatoires. Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4.**

(...)

Art. 14. (1) Les équipements et appareils médicaux ainsi que leur nombre utilisés en vue d'une prise en charge médicale, **qui soit en raison de leur dont soit le coût dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, soit en raison soit l'utilisation requiert** du personnel hautement qualifié **que leur utilisation requiert** sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3, **soit ou qui exigeant** des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

(...)

(5) Un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions d'accès et d'utilisation des appareils et équipements médicaux mentionnés au paragraphe 1er par des usagers extérieurs à l'établissement propriétaire, le Collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis.

(...)

Art. 15. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait :

1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er} **et soumis à planification nationale** ;
2. aux projets visés aux points 1. à 3. de l'article 8 :
 - a) lorsqu'un tel projet concerne un centre hospitalier et dépasse un montant de 500.000 euros hors TVA ;
 - b) lorsqu'un tel projet concerne un établissement hospitalier spécialisé mentionné à l'article 5 ou un autre établissement hospitalier mentionné à l'article 6 et dépasse un montant de 250.000 euros hors TVA.

Art. 20bis. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés **à l'aux articles 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 et à l'article 15**, à condition qu'ils sont autorisés par le ministre et qu'une subvention en vertu de l'article 17 n'est pas demandée. La participation financière de l'Etat est à charge du budget de l'État sur base d'un décompte annuel de la Caisse nationale de santé à établir sur les montants payés aux établissements hospitaliers sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Art. 33. (7) Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier **et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4**, y exercent sur base d'un contrat de collaboration. Ce contrat doit correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre l'association la plus représentative des médecins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du Code de la sécurité sociale.

A défaut d'accord endéans les 12 mois, le ministre peut en arrêter le contenu.

Le modèle de contrat-type de collaboration une fois arrêté fait, à l'initiative du ministre, l'objet d'une publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le contenu essentiel du contrat-type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés **ou exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4**, comprend:

1. son objet et les activités médicales que le médecin exerce dans l'établissement hospitalier **ou sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}** ;

2. le respect des objectifs de qualité et de sécurité arrêtés par l'établissement hospitalier conformément au règlement général de l'établissement et aux considérations du Comité de gestion interhospitalière ;
3. la durée du contrat et ses règles de prorogation ;
5. les modalités de gestion des absences des médecins ;
6. l'obligation pour le médecin de souscrire une assurance responsabilité civile ;
7. les modalités de résolution extra-judiciaire des conflits entre les établissements hospitaliers et les médecins ;
8. les modalités d'application pratiques des droits et obligations prévus aux paragraphes 1^{er} à 6 du présent article et les conséquences sur le contrat de collaboration en cas de non-respect par l'une des parties contractantes de ces prescriptions et ce dans le respect des procédures applicables à l'article 32[§] ;

9. les modalités de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}.

(...)

Art 45.

(1) Les personnes qui ont obtenu une subvention prévue par la présente loi sur la base de renseignements sciemment inexacts ou incomplets sont passibles des peines prévues à l'article 496 du Code pénal, sans préjudice de la restitution de la subvention.

(2) Est punie d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui contreviendra au dernier paragraphe de l'article 1^{er}. **En outre l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite.**

(3) Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement : 1. toute personne qui, responsable d'organiser le service d'urgences d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation, refuse ou omet de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services ; 2. toute personne qui, tenue ou chargée de participer au service d'urgences d'un hôpital ou d'un service de garde, refuse ou omet d'assurer ce service ou de remplir sans retard tout ou partie des devoirs que l'exécution normale exige. En cas de récidive dans le délai de deux ans après une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement du chef d'une infraction au présent article, les peines prévues peuvent être portées au double du maximum.

(4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 41^{er}.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

(...)

*

Annexe 2 – Définitions des services hospitaliers

(...)

D. Services hospitaliers prenant en charge des patients mais ne disposant pas de lit hospitalier

<p>Dialyse 4 services # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0</p>	<p>Un service de soins ambulatoires dispensant la pratique de l'épuration extra-rénale aux patients âgés de plus de 8 ans atteints d'insuffisance rénale, par hémodialyse périodique. Le service se situe au sein d'un établissement hospitalier et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de médecine interne, un service d'imagerie médicale et un service de soins intensifs situés <u>sur le même site</u>. Le centre hospitalier disposant d'un service de dialyse établit une convention avec le service de néphrologie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. (...)</p>
---	--

(...)

*

Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières et de leur nombre maximum pouvant être autorisé Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières

<i>Type d'appareil ou équipement</i>	<i>Nombre maximum</i>
Équipement de coronarographie par cathétérisme	2
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	1
Tomographe à émission de positrons	1
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	1
Équipement de lithotritie extracorporelle	1
Prone-table	1
Équipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire	1
Équipements servant à la fécondation in-vitro	1
Équipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoïétiques	1
Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA	1
<u>Tomographie à résonance magnétique nucléaire</u>	
<u>Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomодensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire</u>	
<u>Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.</u>	

<i>Type d'appareil ou équipement</i>	<i>Nombre maximum</i>
Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels: caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons	
Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques	
Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse	
Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle	
Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie	
Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale	
Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur	
Équipement de mammographie	

*

2. LOI MODIFIÉE DU 29 AVRIL 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

Texte coordonné des articles 19 et 42 tels que modifié

Art. 19. Un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'Etat fixe une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ainsi qu'une liste des équipements et appareils qui peuvent seulement être détenus ou utilisés par les médecins spécialistes pour les besoins de leurs spécialités.

Art. 42. (1) Les infractions aux dispositions des articles 6 (3), 13 (3), 19, 27 (2), 28, 29 et 32^{ter} et des règlements d'exécution à prendre en vertu de ces articles sont punies d'une amende de 251 à 50.000 euros.

(2) Le maximum de l'amende sera porté au double si le condamné commet le même fait avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du jour où une première condamnation est devenue définitive. En outre l'utilisation des équipements et appareillages installés en violation du règlement grand-ducal prévu par l'article 19 peut être interdite.

(3) Les infractions aux dispositions des articles 6 (3), 13 (3) et 27 (2) et des règlements d'exécution à prendre en vertu de ces articles sont punies d'une amende de 251 à 25.000 euros.»

*

3. CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Texte coordonné de l'article 65 tel que modifié

(...)

Art. 65. (...)

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil **médical non visé à l'article 14, paragraphe 1 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des

caractéristiques communes **du d'un** point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées.

(...)

*

PROJET DE LOI N°8009

portant modification :

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

3° du Code de la sécurité sociale

Légende :

- les **amendements gouvernementaux** sont en **jaune** et les propositions textuelles figurent en caractères **gras** et sont soulignés ;
- les observations d'ordre légistique du Conseil d'Etat sont en **vert** et en caractères **gras**.

*

TEXTE COORDONNE DU PROJET DE LOI

Art. 1^{er}. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1° Il est inséré un nouveau point 1° libellé comme suit :

« 1° L'article 2, paragraphe 1^{er}, est modifié comme suit :

a) Au point 10., le point final est remplacé par un point-virgule ;

b) A la suite du point 10., il est inséré un point 11. libellé comme suit :

« 11. « site » : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres. »

Les anciens points 1° à 10° sont renumérotés en points 2° à 11 nouveaux. »

1°2° L'article 4 ~~de la même loi~~ est modifié comme suit :

a) À la suite du paragraphe 1^{er}, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :

« Par dérogation à l'alinéa ~~précédent~~**3**, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux ~~paragraphe 2~~, points 3, 7 et 8 ~~du paragraphe 2 et 3, au~~ point 5 ~~du paragraphe 3~~, et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. **Les sites supplémentaires sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant.**» ;

b) L'alinéa 4 devient le nouvel alinéa 5.

2°3° L'article 8, paragraphe 1^{er}, point 3, ~~de la même loi~~, est modifié comme suit :

a) Les termes « de construction nouvelle ou » sont insérés entre les ~~s~~ termes « des projets » et « de réaménagement » ;

- b) Le terme « favoriser » est remplacé par le terme « développer » ;
 c) Les termes « dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2 » sont supprimés.

3°4° À l'article 9, paragraphe 6, **de la même loi**, il est ajouté *in fine* une nouvelle phrase libellée comme suit :

« **Conformément à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire dédié aux soins de santé ambulatoires. Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4.** »

4°5° À l'article 14, paragraphe 1^{er}, **de la même loi**, sont apportées les modifications suivantes :

- a) Les termes « médicaux ainsi que leur nombre » sont remplacés par les termes « utilisés en vue d'une prise en charge médicale » ;
 b) Les termes « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, » sont insérés entre les termes « leur coût » et « soit en raison » ;
 c) Les termes « sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3 » sont remplacés par les termes « , soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 » ;
 d) Sont ajoutées *in fine* les deux nouvelles phrases suivantes : « Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. » ;
 e) À la suite de l'alinéa 1^{er}, il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit :

« Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».

5°6° À l'article 15, point 1, **de la même loi**, à la suite de la référence « article 14, paragraphe 1^{er} », sont insérés les termes « et soumis à planification nationale ».

6°7° À la suite de l'article 20, il est inséré un nouvel article *20bis* libellé comme suit :

« *Art. 20bis.* L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés **à l'aux** articles 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 et **à l'article** 15, à condition qu'ils sont autorisés par le ministre et qu'une subvention en vertu de l'article 17 n'est pas demandée. La participation financière de l'Etat est à charge du budget de l'État sur base d'un décompte annuel de la Caisse nationale de santé à établir sur les montants payés aux établissements hospitaliers sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. ».

7°8° **Au point 8° de** l'article 33, paragraphe 7, **point 8., de la même est modifié comme suit le point final est remplacé par un point-virgule. :**

a) À l'alinéa 1^{er}, les termes « et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, » sont insérés entre les termes « établissement hospitalier » et les termes « y exercent sur base » ;

b) À l'alinéa 4 sont apportées les modifications suivantes :

i) — À la phrase liminaire, les termes « ou exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, » sont insérés entre les termes « y agréés » et le terme « comprend » ;

ii) — Le point 1 est complété par les termes « ou sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1^{er} ;

iii) — Au point 8, le signe « . » est remplacé par le signe « ; » ;

iv) — À la suite du point 8, il est inséré un nouveau point 9 libellé comme suit : « 9, les modalités de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}, ».

8°9° À l'article 45 **de la même loi** sont apportées les modifications suivantes :

a) Au paragraphe 2, il est inséré *in fine* une phrase nouvelle libellée comme suit :

« En outre l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite. » ;

b) À la suite du paragraphe 3, il est inséré un nouveau paragraphe 4, à la suite du paragraphe 3, libellé comme suit :

« (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 41^{er}.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».

9°10° A l'annexe 2, point D, dans la définition du service de Dialyse, à l'alinéa 1^{er}, les termes « situés sur le même site » sont supprimés.

10°11° L'annexe 3 **de la même loi** est modifiée comme suit :

a) L'intitulé prend la teneur suivante :

« Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières » ;

b) Le tableau est complété comme suit :

« Tomographie à résonnance magnétique nucléaire	
Equipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire	
Equipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.	
Equipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels: caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons	
Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques	
Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse	
Equipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle	
Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie	
Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale	
Equipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur	
Equipement de mammographie ».	

Art. 2. La loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire est modifiée comme suit :

1° L'article 19 **de la même loi** est abrogé ;

2° À l'article 42 **de la même loi** sont apportées les modifications suivantes :

a) Au paragraphe 1^{er}, le chiffre « 19 » est supprimé ;

b) Au paragraphe 2, la deuxième phrase est supprimée.

Art. 3. L'article 65, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale, **est modifié comme suit :**

1^o Les termes « médical non visé à l'article 14, paragraphe 1^{er} de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière » sont insérés à la suite du terme « appareil » ;

2^o L'alinéa est complété par la phrase : « Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes **dud'un** point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. ».

Art. 4. La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

*

REMARQUES PRELIMINAIRES ET EXPOSE D'ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

en rapport avec la réserve de dispense du second vote constitutionnel

Remarques préliminaires

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'Etat fait une série de suggestions dont les auteurs ont tenu compte au niveau des amendements. Pour de plus amples explications à leur sujet, il est renvoyé aux commentaires des amendements afférents.

Les auteurs des présents amendements ont également tenu compte des observations légistiques suivantes au niveau du texte coordonné du projet de loi :

1^o L'intitulé a été reformulé suivant la suggestion du Conseil d'Etat ;

2^o Il a également été tenu compte des remarques d'ordre légistique concernant l'article 1^{er}, à l'exception de celles se rapportant aux points 7^o, lettre b), sous ii et 8^o, lettre a) dudit article, alors que les dispositions visées ont été supprimées ;

3^o Le point 2^o de l'article 3 a été modifié suivant la suggestion du Conseil d'Etat ;

4^o La formule de promulgation a été omise.

La suggestion de formulation se rapportant au texte coordonné a été intégrée dans le texte coordonné de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Le gouvernement se permet par ailleurs de fournir les éléments complémentaires suivants en rapport avec la réserve de dispense du second vote constitutionnel :

Réserve de dispense du second vote constitutionnel – éléments complémentaires

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'Etat a réservé sa position quant à la dispense du second vote constitutionnel.

D'après la Haute Corporation, « il existe(ra)it la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs que de limiter l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers et de restreindre ainsi l'exercice d'une profession libérale pour atteindre ces buts » et « les explications des auteurs concernant la restriction envisagée et les motifs de celle-ci manquent à apporter les éléments nécessaires quant à son adéquation et proportionnalité ».

Les auteurs du projet de loi concèdent que les explications fournies n'ont pas été suffisamment étayées et aimeraient apporter les éléments complémentaires suivants pour démontrer l'adéquation et la proportionnalité des mesures envisagées.

Rappel de la marge d'appréciation dont disposent les Etats membres pour organiser leurs systèmes de santé et le niveau de protection de la santé publique qui peut varier d'un pays à l'autre

Le gouvernement entend d'emblée rappeler la marge d'appréciation dont disposent les Etats membres dans le domaine de la santé publique :

« Selon une jurisprudence constante de la Cour, pour apprécier le respect par un Etat membre du principe de proportionnalité dans le domaine de la santé publique, il convient de tenir compte du fait que la santé et la vie des personnes occupent le premier rang parmi les biens et intérêts protégés par le Traité FUE et qu'il appartient aux Etats membres de décider du niveau auquel ils entendent assurer la protection de la santé publique et la manière dont ce niveau doit être atteint. Ce niveau pouvant varier d'un Etat membre à l'autre, il y a lieu de reconnaître aux Etats membres une marge d'appréciation dans ce domaine » (CJUE-125/16, point 60)

Il appartient donc aux Etats membres de décider du niveau de protection de la santé publique qui peut varier d'un pays à l'autre.

Il est dès lors primordial de rappeler les fondements de notre système de santé.

I. Description du système de soins de santé

A.) Principes d'organisation, de fonctionnement et de financement de notre système de santé

Le système de santé luxembourgeois est basé sur des valeurs de solidarité, d'accessibilité universelle et d'équité de traitement. Il se caractérise notamment par:

- une couverture universelle de la population via une assurance maladie et dépendance obligatoires,
- un conventionnement obligatoire des prestataires autorisés à exercer une profession ou activité de santé et l'obligation pour le prestataire de respecter des tarifs négociés avec la Caisse Nationale de Santé (CNS),
- un exercice libéral prépondérant de la médecine avec le médecin traitant comme initiateur de toutes prestations opposables à l'assurance-maladie,
- le libre choix du prestataire par les patients et l'accès direct aux médecins spécialistes,
- la planification nationale et le mode de financement unique et homogène du secteur hospitalier,
- l'égalité de traitement des patients et l'équité de traitement des prestataires de soins (personnes morales ou physiques), quel que soit leur statut, et
- un service de garde 24/7 assuré par les établissements hospitaliers.

A la différence du milieu extrahospitalier, les établissements hospitaliers font l'objet d'une planification hospitalière. Ils ont pour mission dédiée de dispenser dans leur domaine d'activités des soins de santé stationnaires ou ambulatoires dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, professionnel et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. De même, les centres hospitaliers ont explicitement pour mission spécifique d'assurer le service d'urgence national (service médical de garde).

Dans le contexte de la planification hospitalière, il est procédé tous les deux ans à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale. Cette évaluation des besoins sanitaires nationaux a pour objectifs d'identifier les besoins au niveau national en établissements hospitaliers et en réseaux de compétences, les services hospitaliers à autoriser et de fixer leur nombre maximal ainsi que le nombre maximal de lits pour l'ensemble des services autorisés ou à autoriser.

C'est d'ailleurs sur base de cette évaluation des besoins sanitaires nationaux que le projet de loi définit des sites supplémentaires sur lesquels certains services hospitaliers peuvent être exploités sous forme d'antennes de services.

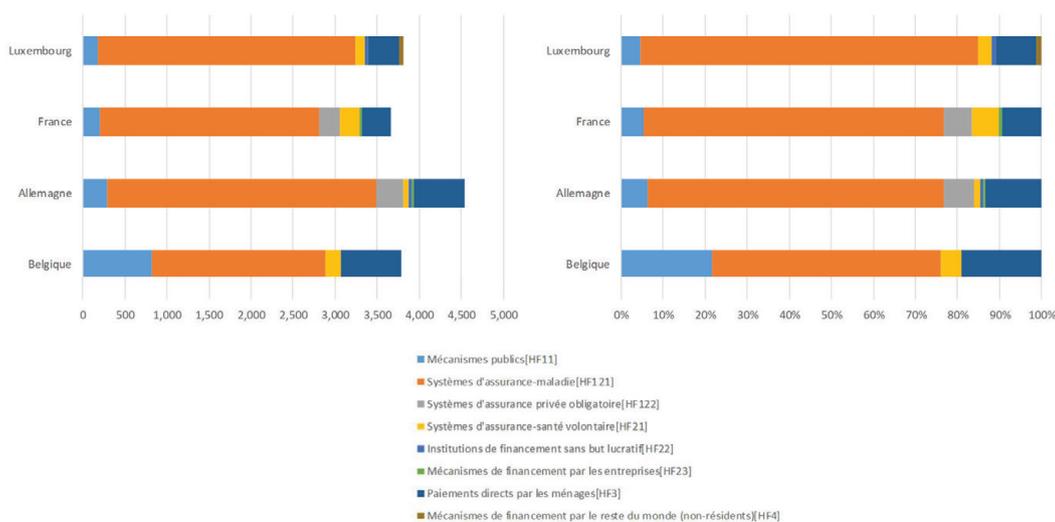
L'assurance maladie prend en charge les actes médicaux des prestataires de santé, dans les limites de l'utile et du nécessaire, et selon les tarifs fixés dans le cadre de la nomenclature des actes des professionnels de santé conventionnés, ces tarifs étant basés sur la durée, la compétence technique et l'effort intellectuel requis pour dispenser l'acte médical en question. Ces tarifs s'appliquent à tout acte médical, indépendamment s'il est réalisé par le médecin en milieu hospitalier ou en milieu extrahospitalier.

Le cas échéant, et lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil en milieu extrahospitalier, le projet de loi prévoit que la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil et spécifiquement ces forfaits permettent de contrebalancer le risque financier du professionnel en ce qui concerne l'investissement relatif à l'acquisition de l'appareil qui n'est pas réservé au milieu hospitalier (p.ex. l'échographe ou l'électrocardiogramme).

En ce qui concerne le risque financier des gestionnaires des établissements hospitaliers, ceux-ci sont assumés soit directement par l'Etat, et spécifiquement le fonds pour le financement des infrastructures hospitalières, en ce qui concerne les investissements immobiliers et mobiliers avec une participation à hauteur de 20 pourcents par l'assurance maladie, soit directement par l'assurance-maladie en ce qui concerne les frais d'exploitations des établissements hospitaliers.

En termes de dépenses par habitant, exprimées en standards de pouvoir d'achat (SPA), le Luxembourg se situe dans la moyenne en comparaison avec ses pays limitrophes et se caractérise par une prépondérance d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et une participation directe limitée des assurés.

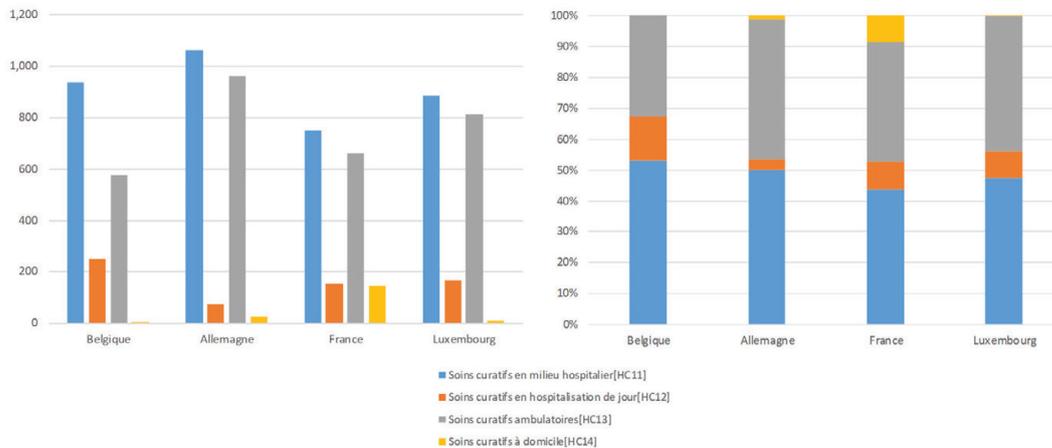
Dépenses de soins de santé par mécanisme de financement



SOURCE: Eurostat, Comptes de la santé, 2019

En comparaison du Luxembourg avec ses pays limitrophes, les dépenses pour soins curatifs en niveau, exprimés en SPA, et en proportion sont similaires en fonction des différents milieux de prestation, à savoir le milieu hospitalier ou extrahospitalier.

Dépenses de soins de santé par activité



SOURCE: Eurostat, Comptes de la santé, 2019

Sur base de ce qui précède, il est à retenir que le système de santé du Grand-Duché est largement financé, directement ou indirectement, par les administrations publiques, et essentiellement par l'Administration centrale et la Sécurité sociale. Spécifiquement, en ce qui concerne les investissements en infrastructures immobilières et/ou mobilières, des ressources financières dédiées sont disponibles en vue de libérer les prestataires de soins de santé en milieu hospitalier et extrahospitalier de tout risque financier liés aux investissements y relatifs avec donc à la clé une liberté thérapeutique garantie.

Ce financement permet d'ailleurs de garantir un traitement égalitaire des prestataires de santé, et ceci aussi dans l'objectif de garantir son indépendance professionnelle et d'éviter un éventuel conflit avec le code de déontologie des médecins¹.

B.) Principe selon lequel un certain nombre d'équipements et d'appareils sont réservés au milieu hospitalier

Le projet de loi abroge l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire et incorpore la liste des équipements et appareils définis au règlement grand-ducal du 17 juin 1993 fixant la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, à l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Ce faisant, la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée gagne en cohérence tout en s'inscrivant dans la démarche poursuivie jusqu'à présent par le législateur.

En effet, la lecture des documents parlementaires ayant trait à la loi modifiée du 29 avril 1983 précitée et plus particulièrement les développements autour de l'article 19 de cette loi font directement référence à la planification hospitalière régie à l'époque par la loi abrogée du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalière.

Dès 1976, l'acquisition des équipements lourds et coûteux par les établissements hospitaliers a été soumise à une autorisation ministérielle pour les motifs suivants: « La solution la plus libérale consisterait à laisser aux établissements hospitaliers une entière liberté en la matière et subordonner seulement des subventions éventuelles de l'État à la condition que l'équipement soit conforme aux données du plan hospitalier national et aux normes légales. Toutefois cette solution ne permet pas d'une part de garantir que les appareils et l'équipement fournissent toutes les assurances du point de vue de la santé publique et d'autre part de prévenir le double emploi et le gaspillage puisqu'aucun contrôle n'est possible si l'établissement dispose de crédits suffisants pour acquérir l'appareil ou l'équipement désiré

¹ Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège médical et approuvé par arrêté ministériel du 1^{er} mars 2013, et notamment son article 32

sans l'aide financière de l'État. Une planification sanitaire deviendrait en l'occurrence impossible. Il apparaît par conséquent adéquat de prévoir une autorisation préalable pour certaines acquisitions. »²

Le principe de la planification des investissements mobiliers par les établissements hospitaliers a été pérennisé par la suite dans le droit hospitalier, et se retrouve ainsi également dans la loi abrogée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et plus récemment dans la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée.

En droit, l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 précitée prenant appui sur la législation hospitalière constitue le corollaire à la réglementation des équipements et appareils du milieu hospitalier. Cette base légale a été jugée nécessaire pour assurer les dispositions légales relatives à la planification hospitalière, par le biais d'une liste d'équipements interdits en cabinet médical établie par voie de règlement grand-ducal.

L'arrêt n°148/19 du 5 juillet 2019 de la Cour constitutionnelle n'a pas fondamentalement remis en question la *ratio legis* de l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 précitée.

Il est certes vrai que la Cour relève que l'établissement d'une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin. Elle retient toutefois plus fondamentalement que l'article 19 précité ne donne aucune indication quant à l'objectif des mesures d'exécution et c'est cette absence de motifs qui est sanctionné par la Cour Constitutionnelle.

Si donc les auteurs du projet de loi sous rubrique ont désormais intégré la liste des équipements et appareils dans la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée, il convient d'en énoncer avec clarté les objectifs poursuivis par cette démarche et surtout de souligner qu'il n'existe aucune mesure moins incisive à l'exercice de la profession libérale, si l'on tient compte des risques associés à une ouverture plus large des appareils et équipements à des structures extrahospitalières.

Les risques en question sont d'une part des risques de santé publique à proprement parler, des risques d'atteinte à l'équilibre financier du système de la sécurité sociale et de gaspillage des ressources financières, techniques et humaines, d'autre part.

Objectifs poursuivis par le projet de loi

Le premier objectif poursuivi par le projet de loi consiste à répondre concrètement aux besoins en services et soins de santé identifiés aux termes de l'évaluation effectuée sur base de la loi hospitalière de 2018, ceci par le biais des données de la carte sanitaire.

Le projet de loi vise ainsi à compléter la couverture territoriale en fonction des besoins identifiés par la carte sanitaire et de permettre le renforcement des liens entre les professionnels de la santé et les établissements hospitaliers tout en maîtrisant l'impact sur le système de santé dans le contexte spécifique national et d'éviter les risques réels identifiés.

Le deuxième objectif plus global et intimement lié à la façon dont notre système de santé est organisé et fonctionne, consiste à ne pas gaspiller les ressources financières, techniques et humaines et enfin à ne pas davantage fragiliser notre secteur hospitalier investi d'une mission de service public essentiel pour la santé et la vie de nos concitoyens.

Ces objectifs ont d'ailleurs été à maintes reprises reconnues par la Cour de justice de l'Union européenne comme pouvant justifier les restrictions à des libertés fondamentales.

II. Risques d'une ouverture des équipements et appareils réservés au secteur extrahospitalier

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'Etat considère que « *les objectifs de la maîtrise des coûts, de la qualité de gestion et d'un haut niveau de compétence du personnel peuvent valablement être réalisés dans des structures extra-hospitalières, à condition bien évidemment d'instaurer une procédure d'autorisation en vue de l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. Concernant plus précisément la restriction relative aux équipements et appareils qui dépassent 250 000 euros, cet argument ne tient pas en présence d'une personne physique ou morale qui ne*

² Projet de loi n°1740 portant planification et organisation hospitalières, p. 1142 (commentaire des articles relatif à l'article 9)

requiert pas un financement de la part de l'État. Une telle personne se voit imposer une limitation de l'exercice de sa profession, même si elle respecte tous les critères imposés, sans que cette limitation ne soit autrement justifiée. »³

Si l'on peut en théorie imaginer un régime d'autorisation de ces équipements et appareils dans le milieu extrahospitalier, voire un financement purement privé de ce mobilier, ces options à première vue moins restrictives pour l'exercice de la profession libérale risquent de mettre en péril notre système de santé et une telle ouverture aboutirait inévitablement à un gaspillage des ressources financières techniques et humaines, sans parler des risques d'une prise en charge insuffisante des patients en milieu hospitalier dû à un départ en personnel vers le milieu extrahospitalier.

**A) Risques d'atteinte à l'équilibre financier
de notre système de sécurité sociale et de gaspillage
des ressources financières et techniques**

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles il est important d'assurer un financement par l'administration publique des soins de santé. Tout d'abord, ce financement public permet de garantir l'accès aux soins pour tous les citoyens, indépendamment de leur capacité à payer. Ensuite, un financement public permet de maintenir un niveau élevé de qualité des soins notamment en finançant des nouvelles technologies et traitements à la hauteur du progrès technique et médical. Enfin, le financement public permet de maîtriser les coûts, par une organisation et une coordination des soins pour répondre aux besoins de la population tout en assurant la qualité et l'économicité des prestations.

De même, en vue d'assurer le fonctionnement des centres hospitaliers, la présence d'un plateau médio-technique adéquat est indispensable. Or il s'avère que, notamment en ce qui concerne l'équipement en imagerie médicale, une rentabilisation des investissements dans ces équipements n'est possible que par des traitements ambulatoires.

Sous l'hypothèse d'une couverture extrahospitalière non planifiée de l'ensemble des actes ambulatoires d'imagerie médicale par résonance magnétique (IRM) réalisés dès à présent en milieu hospitalier, une prise en charge de quelques 68.000 passages en milieu extrahospitalier, avec un coût d'exploitation, y inclus l'amortissement de l'investissement de l'appareil et hors actes médicaux, de l'ordre de 206 euros par passage, résulterait en un coût supplémentaire annuel à hauteur de 14 millions euros, basé sur 11 installations supplémentaires et ayant comme conséquence un non utilisation de 7 appareils financés et installés en milieu hospitalier et une sous-utilisation des capacités restantes de 4 appareils. Dans une même approche, en ce qui concerne la tomodensitomètre (TDM), une prise en charge de 103.000 passages en milieu extrahospitalier engendrerait des coûts annuels supplémentaires de quelques 14 millions, basés sur 9 installations supplémentaires et ayant comme conséquence une non-utilisation de 9 appareils financés et installés en milieu hospitalier et une sous-utilisation des capacités restantes de 4 appareils.

	<i>actes [1]</i>	<i>pc ambulatoire [1]</i>	<i>actes ambulatoires (en 2021)</i>	<i>coût par passage (niveau mars 2023) [2, 3, 4]</i>	<i>coût supplémentaire</i>	<i>nb appareils (sur 250 jours ouvrés)</i>
IRM	75,126	89.9%	67,538	206	13,905,901	11
TDM	145,729	70.3%	102,447	138	14,182,256	9

Sources:

1 IGSS, Aperçus numéro 21 – mars 2023

2 IGSS, Aperçus numéro 13 – juin 2021

3 STATEC, Indicateurs à court terme, 4/2023, mai 2023

4 Convention Ministère de la Santé-Centre hospitalier de Luxembourg, 2023

A noter que seuls ces deux postes représentent 2 pourcents des dépenses de l'assurance maladie pour soins hospitaliers, dont le budget 2023 prévoit un découvert de quelques 40 millions euros.

³ Avis du Conseil d'Etat du 25 avril 2023 relatif au projet de loi sous rubrique

Rentabiliser les équipements et appareils visés par le projet de loi et réservés au milieu hospitalier en dehors d'un financement public pourrait uniquement se faire via des tarifs dépassant ceux fixés dans la nomenclature.

Cela aboutirait à remettre en question les fondements de notre système de santé et d'instituer un système de santé à plusieurs vitesses (*Zwei-Klassen-Medizin*) sans parler du gaspillage des ressources financières et techniques si de tels équipements seraient installés à travers le pays. Une restriction des infrastructures au seul secteur hospitalier évite dès lors de dédoubler les infrastructures au secteur extrahospitalier et par conséquent le recours supplémentaire à des ressources financières.

Il y a donc d'une part un impact non négligeable en termes de dépenses publiques au sens large et d'autre part, le risque réel d'une sous-utilisation des capacités exploitées en milieu hospitalier.

De ce fait, la limitation des équipements et appareils au milieu hospitalier se justifie au regard des inconvénients en termes de risques pour notre système de santé qu'une ouverture plus large engendrerait. Ces risques sont non seulement d'ordre financier, mais également d'ordre sanitaire proprement dit.

B.) Risques sanitaires proprement dit

Mis à part les considérations d'ordre financier, d'autres arguments plaident pour le maintien de ces équipements et appareils en milieu hospitalier.

Il convient en effet de rappeler que chaque activité médicale, quelle qu'elle soit, demande une pratique minimale pour garantir un geste ou une interprétation maîtrisée pour le patient. Compte tenu de la taille de la population luxembourgeoise, il est primordial de réserver les gestes ou les examens complexes/rare à des structures dédiées. Ceci dit, une mixité de cas graves et de cas de routine est nécessaire pour assurer la mission d'enseignement qui incombe aux hôpitaux et un haut niveau de qualité.

S'y ajoute que les hôpitaux ont une obligation légale de continuité et de permanence des soins. Ils participent à l'activité programmée mais également à l'activité urgente non programmée qui consomme beaucoup de ressources et nécessite des adaptations permanentes. De plus, les médecins agréés auprès des hôpitaux sont sollicités pour la réalisation de gardes/astreintes. Il faut donc veiller à ne pas créer des situations déséquilibrées ou des entités extrahospitalières ne seraient pas soumis aux mêmes obligations.

Les systèmes de qualité et de sécurité des soins incités dans les hôpitaux, notamment les accréditations, devront être également incités dans toute structure extrahospitalière ceci pour garantir aux patients une égalité des chances. Cela aura pour conséquence un dédoublement des ressources.

Or, il convient de se rendre à l'évidence qu'il existe une pénurie de personnel qualifié, non seulement au Luxembourg, qui va s'accroître dans les prochaines années.

La dispersion des moyens va créer une concurrence entre les exploitants de matériel pour attirer le personnel. En effet, l'une des motivations essentielles de ces professionnels, en particulier des médecins, d'accepter des contraintes hospitalières telles que l'assurance des services de garde, est l'accès à des équipements et appareils visés à l'annexe 3. Or, l'exercice de leur profession dans des structures extrahospitalières leur permettrait d'échapper à ces contraintes et d'espérer une meilleure *work-life balance* tout en ayant la possibilité de continuer à exercer leurs spécialités à travers ces équipements. Eu égard à la taille de notre pays, un départ d'un nombre même limité de professionnels de santé peut perturber le fonctionnement des établissements hospitaliers. Cela poserait un grave problème pour l'assurance des services de garde et pour la continuité des soins, partant pour la santé publique.

Cela est d'autant plus vrai que les établissements hospitaliers seront potentiellement chargés des actes médicaux les plus compliqués et risqués, tandis que les structures extrahospitalières se chargeront des actes les plus courants et partant lucratifs. Cela porterait non seulement atteinte à l'attractivité du secteur hospitalier, mais aussi à l'équilibre des compétences médicales et du financement public, partant à la santé publique dans son ensemble. Les cabinets en milieu extrahospitalier ne peuvent offrir un service continu, ni accueillir les cas traumatiques les plus graves qui devront tout de même être dirigés vers les établissements hospitaliers. Par ailleurs l'article 4 (2) de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé prévoit à cet égard que : « Les soins de santé doivent être organisés de façon à garantir la continuité des soins en toutes circonstances. »

Un exode du milieu hospitalier vers le secteur extrahospitalier sera d'autant plus préjudiciable que le défaut de profils ne saurait être compensé par le recrutement d'autres professionnels. Cela vaut notamment en ce qui concerne les assistants techniques médicaux (ATM) de radiologie⁴. A la différence d'autres ATM, tels les ATM en chirurgie qui pourraient être remplacés par des infirmiers en soins généraux, l'absence d'ATM de radiologie ne saurait être compensée, tel que cela a été relevé par Madame LAIR dans son rapport de 2019 :

« les services d'imagerie médicale ne pouvant fonctionner qu'avec des ATM de radiologie, les difficultés de recrutement ne peuvent pas être compensées. »⁵

Il ressort du même rapport LAIR que :

« A la différence de la pénurie médicale, la pénurie dans certains types de professions de santé spécialisées peut être compensée par le recrutement d'une autre qualification, comme c'est le cas pour les ATM de chirurgie, les infirmiers psychiatriques, les infirmiers en pédiatrie, qui peuvent être remplacés par des infirmiers de soins généraux tant que des normes de qualification ne sont pas réglementées. Cette situation apporte une certaine flexibilité aux directions des soins. Cependant, il faut noter que cette souplesse n'est pas possible dans certains services tels que l'imagerie médicale ou l'anesthésie qui demandent des professionnels ayant un exercice protégé : ATM de radiologie, Infirmier en anesthésie et réanimation. »⁶

Le rapport LAIR a également mis en évidence que le nombre de diplômés nouveaux (ATM de radiologie) ne suffit pas à combler les départs⁷.

Au vu de tout ce qui précède, le gouvernement considère que les mesures proposées sont adéquates et proportionnelles.

4 A noter qu'aux termes du règlement grand-ducal du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d'imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonance magnétique nucléaire, les deux assistants techniques médicaux de radiologie dont un tel service doit disposer au moins, doivent en plus avoir suivi une formation spécifique dans le domaine du tomographe à résonance magnétique

5 Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg, Rapport final et Recommandations, 2019, Marie-Lise LAIR-HILLION, p. 30

6 Idem, p. 33

7 Idem, p. 70 : « le nombre de nouveaux diplômés par année (2 à 3) ne couvrira pas les départs prévisibles qui sont de 131 personnes au total, soit 44,41 % de l'effectif actuel, car il faut produire 8 ATM de radiologie en moyenne par année pour couvrir le besoin. »

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8009/10

N° 8009¹⁰

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

AVIS COMPLEMENTAIRE DE LA FEDERATION DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS

Dans le cadre des amendements gouvernementaux au projet de loi n° 8009 déposés en date du 20 juin 2023, le ministère de la Santé expose les nombreuses raisons qui justifient de réserver aux centres hospitaliers l'utilisation de certains équipements et appareils¹ au sein de sites supplémentaires, quand bien même cette réservation constituerait une restriction à l'exercice de la profession libérale. La FHL rejoint l'argumentation du ministère, notamment eu égard aux :

→ Spécificités importantes du système de santé luxembourgeois :

- planification du secteur hospitalier en fonction des besoins sanitaires de la population ;
- accès de tous les patients affiliés à des soins de qualité ;
- conventionnement obligatoire des prestataires de soins et obligation de respecter des tarifs négociés avec la CNS.

→ L'importance d'une prise en charge des patients par des équipes pluridisciplinaires médico-soignantes et d'équipes de support permettant non seulement un partage de savoirs et d'expériences, mais également une prise en charge accélérée grâce à la liaison entre les centres hospitaliers et les sites supplémentaires.

→ Risque de fragilisation du secteur hospitalier par la dispersion des professionnels de santé dans un contexte de pénurie croissante de compétences spécialisées, d'autant plus qu'une telle dispersion mettrait en péril l'assurance des services de garde.

→ Risque d'atteinte à l'équilibre financier du système de la sécurité sociale et perte d'efficacité dus à un dédoublement, respectivement d'une sous-utilisation des ressources :

- sous-utilisation des équipements en milieu hospitalier ;
- mise en place de systèmes de qualité et de sécurité (notamment accréditations) dans les structures extrahospitalières.

Autoriser en milieu extrahospitalier l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (ci-après « loi hospitalière ») viendrait ébranler la cohésion du système de santé mis en place dans l'intérêt de la santé publique et des patients. Dès lors que l'Union Européenne s'abstient de jouer un rôle dans la gouvernance des systèmes de soins de santé et que la compétence législative en matière

¹ Annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

de politique de soins de santé revient entièrement aux Etats membres², la FHL considère que la restriction de l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3 de la loi hospitalière à des sites supplémentaires annexés aux établissements hospitaliers est une restriction rationnelle, adéquate et proportionnelle à ses buts.

Quant aux amendements gouvernementaux au texte du projet de loi, la FHL se limite à ne relever que quelques points, comme la plupart des modifications portées au texte initial sont d'ordre formel et légistique.

Premièrement, la FHL considère que la suppression de distinctions entre l'exercice de la profession médicale dans un établissement hospitalier et un site supplémentaire (amendements gouvernementaux à l'article 33 de la loi hospitalière de 2018) est cohérente et bienvenue.

Deuxièmement, la FHL réitère son étonnement face au nombre potentiel de sites supplémentaires prévu par le texte du projet de loi, à savoir trente-deux sites. La FHL se doit d'insister sur les risques liés à ce grand nombre qui aura pour effet une dispersion considérable d'équipements techniques et donc un impact sur l'efficacité de leur exploitation, sans oublier le risque majeur du manque de disponibilité des équipes médico-soignantes compétentes. La FHL renvoie ici à son premier avis déposé en date du 19 septembre 2022 dans le cadre du projet de loi commenté par la présente.

Enfin, la FHL réitère ses questionnements quant à la nature exacte des soins qui seront proposés dans les sites supplémentaires, dès lors que la multiplication de sites risque d'engendrer une explosion des coûts d'équipements et de ressources humaines tout en mettant en péril la cohésion des équipes hospitalières.

Sous réserve de ces considérations et de celles contenues dans son premier avis datant du 19 septembre 2022, la FHL approuve les amendements gouvernementaux au projet de loi n° 8009.

2 A. De Ruijter, *EU Health Law and Policy*, Oxford, Oxford University Press, 2019, p.79.

8009/12

N° 8009¹²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;**
- 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**
- 3° du Code de la sécurité sociale**

* * *

AVIS COMPLEMENTAIRE DU COLLEGE MEDICAL

(12.7.2023)

Madame la Ministre,

Le Collège médical a lu avec beaucoup d'intérêt les amendements apportés au projet de loi sous objet et tient tout d'abord à réitérer son avis du 29 juin 2022 relatif à la première mouture du projet de loi.

S'il n'insiste pas sur les modifications d'ordre légistique, il constate que les auteurs des amendements ont pris le soin de répondre à la critique fondamentale d'atteinte à la liberté d'exercice de la profession médicale, par la traduction de la proportionnalité des restrictions sur le terrain des nécessités de notre système de santé, dont les valeurs sont pérennité, cohésion, large couverture, etc.

Voilà pourquoi le Collège médical peut comprendre l'argumentation des auteurs pour sa compatibilité avec la spécificité de notre système de santé largement financé par la solidarité, d'où la légalité de circonscrire l'exploitation des équipements lourds prévues à l'annexe 3 de la loi relative aux établissements hospitaliers, à leurs sites et antennes.

Les auteurs améliorent les textes en répondant à diverses critiques du Conseil d'Etat grâce à une définition de la notion de site et de la nature des contrats à conclure entre les établissements et les médecins en vue de l'utilisation des infrastructures dans leurs antennes ou leurs sites.

Le Collège médical y reconnaît une clarté juridique améliorée donnant une lecture plus exacte de la nature des relations entre les différentes structures d'établissements hospitaliers, respectivement de la qualification du contrat que ces derniers seront amenés à conclure avec les médecins, utilisant leurs équipements.

Les auteurs prévoient d'autoriser 3 sites par établissement et la création de 2 antennes supplémentaires par service hospitalier.

Ceci correspond à la reconnue nécessité d'élargir l'offre de soins.

Cette offre devrait agir dans le secteur extrahospitalier, pour lequel il n'existe malheureusement toujours pas de réglementation, alors que le projet de loi la met de nouveau et paradoxalement sous tutelle des centres hospitaliers.

Il est ainsi coupé court à toute initiative « privée » d'élargissement de l'offre de soins dans le secteur extrahospitalier.

Or comme déjà signalé dans l'avis du Collège médical, l'initiative privée est souvent plus dynamique et efficace et plus proche de l'environnement socio-culturel du patient que la lourdeur administrative des institutions hospitalières.

Une loi-cadre relative au secteur extrahospitalier, toujours en défaut, pourrait bien soumettre la création de telles entités privées à une autorisation ministérielle, le Conseil d'Etat l'a bien relevé dans son avis, afin d'éviter un déploiement excessif de ces entités dépassant les besoins réels du pays.

Il est étonnant de lire dans les amendements du projet de loi sous avis (Art. 20bis) que l'Etat participe à 80 % au financement de la location des infrastructures et équipements des nouvelles antennes projetées par les centres hospitaliers alors qu'aucun financement n'est prévu pour les projets des acteurs du secteur extrahospitalier.

La participation de l'Etat fixée à 80 % ne risque-t-elle pas d'encourager la multiplication des antennes où la motivation de bénéficier du budget disponible prime sur les besoins réels en termes d'équipements lourds.

Il est proposé de modifier l'article 65 alinéa 4 du Code de sécurité sociale en prévoyant des forfaits pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes sur le plan de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées.

S'il semble clair qu'une rémunération forfaitaire sera octroyée, la modification apportée n'est pas suffisamment commentée pour permettre de comprendre l'intention des auteurs, dans le contexte du présent projet.

Espérant que ces quelques remarques puissent néanmoins contribuer au processus, le Collège médical vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de sa parfaite considération.

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,
Dr Roger HEFTRICH

Le Président,
Dr Pit BUCHLER

8009/11

N° 8009¹¹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT

(13.7.2023)

Par dépêche du 20 juin 2023, le Premier ministre, ministre d'État, a saisi le Conseil d'État, à la demande de la ministre de la Santé, d'une série de deux amendements gouvernementaux au projet de loi sous rubrique.

Cette série d'amendements a été précédée d'une entrevue entre la ministre de la Santé et la commission compétente du Conseil d'État en date du 25 mai 2023, lors de laquelle la ministre de la Santé a donné des explications supplémentaires par rapport au projet de loi initial au sujet duquel le Conseil d'État avait émis son avis en date du 25 avril 2023.

Le texte des amendements était accompagné d'un commentaire pour chacun des amendements, d'un exposé des motifs supplémentaire, d'un texte coordonné du projet de loi reprenant les amendements proposés ainsi que des textes coordonnés, par extraits, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ainsi que du Code de la sécurité sociale que le projet de loi sous avis vise à modifier.

*

CONSIDERATIONS GENERALES

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'État avait, à défaut de plus amples renseignements, réservé sa position quant à la dispense du second vote constitutionnel en relevant que les explications des auteurs concernant la restriction envisagée, à savoir la limitation de l'utilisation d'un certain nombre d'appareils et d'équipements aux établissements hospitaliers, et les motifs de celle-ci manquaient à apporter les éléments nécessaires quant à son adéquation et proportionnalité.

Les auteurs ont joint aux amendements soumis au Conseil d'État un document intitulé « Remarques préliminaires et exposé d'éléments complémentaires en rapport avec la réserve de dispense du second vote constitutionnel ». Le Conseil d'État prend acte des remarques préliminaires.

L'exposé d'éléments complémentaires destiné à apporter les renseignements demandés par le Conseil d'État afin de justifier l'adéquation et la proportionnalité des mesures proposées commence par un rappel de la marge d'appréciation dont disposent les États membres de l'Union européenne pour

organiser leur système de santé et le niveau de protection de la santé publique. Selon l'arrêt¹ de la Cour de justice de l'Union européenne qui est cité par les auteurs, il appartient aux États membres de décider de quelle manière ils entendent atteindre le niveau de protection de la santé publique qu'ils peuvent fixer librement. Étant donné que ce niveau peut varier d'un État membre à l'autre, la Cour de justice de l'Union européenne reconnaît ainsi une marge d'appréciation aux États membres dans ce domaine.

Cependant, dans ce contexte, le Conseil d'État note que dans son arrêt C-148/15², la Cour de justice de l'Union européenne a rappelé qu'« [...] une réglementation qui est de nature à restreindre une liberté fondamentale garantie par le traité, ne peut être valablement justifiée que pour autant qu'elle est propre à garantir la réalisation de l'objectif légitime poursuivi et ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour qu'il soit atteint [...] » et a considéré qu'« [...] il appartient aux autorités nationales, dans chaque cas d'espèce, d'apporter les preuves nécessaires à cet effet. Les raisons justificatives susceptibles d'être invoquées par un État membre doivent donc être accompagnées d'une analyse de l'aptitude et de la proportionnalité de la mesure adoptée par cet État, ainsi que des éléments précis permettant d'étayer son argumentation. Il s'ensuit que, lorsqu'elle examine une réglementation nationale au regard de la justification relative à la protection de la santé et de la vie des personnes, au sens de l'article 36 TFUE, une juridiction nationale est tenue d'examiner de manière objective, à l'aide de données statistiques, ponctuelles ou par d'autres moyens, si les éléments de preuve fournis par l'État membre concerné permettent raisonnablement d'estimer que les moyens choisis sont aptes à réaliser les objectifs poursuivis ainsi que s'il est possible d'atteindre ces derniers par des mesures moins restrictives [...]. » Au vu de ce qui précède, chaque État membre doit, même si la Cour de justice de l'Union européenne lui confère une certaine marge de manœuvre dans l'organisation de son système de santé, justifier de manière objective et fondée que le dispositif mis en place est le moins incusif possible lorsqu'il restreint une liberté fondamentale.

Pour justifier l'adéquation et la proportionnalité du dispositif proposé, les auteurs continuent par des rappels concernant le fondement du système de santé luxembourgeois et de ses principes de financement. Ils indiquent ensuite que le choix d'intégrer la liste des équipements et appareils réservés au milieu hospitalier dans la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière a été pris sur base d'objectifs clairs, qui ne permettent pas de prendre une mesure moins incisive au regard des risques associés à une ouverture plus large de l'acquisition et de l'utilisation de ces équipements et appareils à des structures extrahospitalières. Ils indiquent comme risques éventuels le maintien du niveau de protection de la santé publique, l'équilibre financier du système et le gaspillage de ressources financières, techniques et humaines.

Le Conseil d'État rappelle que dans son avis du 25 avril 2023, il avait exposé que « le fait de réserver l'utilisation de ces équipements et appareils en vue d'une prise en charge médicale aux établissements hospitaliers constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale, matière qui constitue une matière réservée à la loi en vertu de l'article 11, paragraphe 6, de la Constitution. Dans ce contexte, le Conseil d'État rappelle que, d'après l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, « [l']article 11, paragraphe 6, alinéa 1, de la Constitution permet à la loi d'établir des restrictions à la liberté en cause. Pour être conformes à la Constitution, celles-ci doivent être rationnellement justifiées, adéquates et proportionnées à leur but ». Cet arrêt cadre avec la clause transversale de l'article 37 de la Constitution révisée, qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2023 et en vertu de laquelle « [t]oute limitation de l'exercice des libertés publiques doit être prévue par la loi et respecter leur contenu essentiel. Dans le respect du principe de proportionnalité, des limitations ne peuvent être apportées que si elles sont nécessaires dans une société démocratique et répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui. » Le Conseil d'État relève que ladite clause est inspirée de l'article 52, paragraphe 1^{er}, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Par ailleurs, d'après la jurisprudence de la Cour de l'Union européenne et les termes de l'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions, qui a été transposée par la loi précitée du 2 novembre 2021, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante et les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux objectifs visés. »

1 CJUE, C-125/16, Malta Dental Technologists Association, John Salomone Reynaud *contre* Superintendent tas-Saħħa Pubblika, Kunsill tal-Professjonijiet Kumplimentari għall-Mediċina, 21 septembre 2017, ECLI:EU:C:2017:707.

2 CJUE, C-148/15, Deutsche Parkinson Vereinigung eV *contre* Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs eV., 19 octobre 2016, points 34 à 36, ECLI:EU:C:2016:776.

Or, en continuant à réserver l'utilisation des appareils et équipements visés à l'annexe 3 au seul secteur hospitalier, les auteurs optent certes pour une solution non incisive par rapport au système existant, mais continuent à restreindre et contrôler l'accès à l'acquisition et à l'utilisation de ces appareils et équipements dans un souci de planification et de maîtrise des coûts.

Concernant les appareils et équipements repris à l'annexe 3, le Conseil d'État avait noté dans son avis du 25 avril 2023 que « l'annexe 3, telle qu'elle est actuellement en vigueur, contient uniquement des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières, mais elle ne distingue pas les uns des autres. D'après les dispositions de la loi en projet, seul le nombre des équipements et appareils nécessitant une planification nationale est limité. À cet égard, le Conseil d'État avait noté que tous les équipements et appareils déjà contenus dans la liste de l'annexe 3 en vigueur y sont maintenus avec le nombre maximum à autoriser, de sorte qu'ils revêtiront tous le caractère « à planification nationale » une fois que la loi en projet sortira ses effets. La liste est encore complétée par certains dispositifs ou équipements dont le nombre n'est pas limité, de sorte que ceux-ci ne revêtent apparemment pas le caractère « à planification nationale », mais requièrent probablement du personnel hautement qualifié voire des conditions d'emploi particulières ». Les auteurs des amendements n'ont pas démontré de manière factuelle en quoi chacun des appareils repris à l'annexe 3 nécessite soit une planification nationale, soit du personnel hautement qualifié ou relève d'un coût d'investissement nécessitant une planification nationale.

Finalement, au vu de l'urgence invoquée par les auteurs d'améliorer l'accessibilité à certains examens nécessitant des appareils et équipements visés, en prenant en compte les craintes et dangers exprimés quant à une ouverture plus large du système de santé à un secteur extrahospitalier non planifié et en considérant la possibilité de prévoir la participation financière de la part de l'État aux frais de location des structures mobilières et immobilières concernant les sites supplémentaires, le Conseil d'État peut, en l'état actuel, lever sa réserve quant à la dispense du second vote constitutionnel, tout en estimant que dans le futur et en fonction d'éléments concrets que les juridictions auront à vérifier, la restriction à mettre en place au niveau de l'utilisation des appareils et équipements visés à l'annexe 3 pourra ne pas être à l'abri de recours administratifs éventuels.

Pour le surplus, le Conseil d'État estime que les auteurs de la loi en projet ont manqué de saisir l'occasion pour commencer à mettre en place un système de planification extrahospitalière qui aurait pu débiter par un encadrement de l'acquisition planifiée nationale des équipements et matériels visés par la loi en projet, indépendamment du fait qu'ils soient utilisés au sein d'une structure du secteur hospitalier ou dans une autre structure ne relevant pas de la gestion d'un centre hospitalier. À cet égard, il appartient au législateur d'apprécier l'opportunité d'une telle planification extrahospitalière.

*

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Amendement 1

Point 1^o

L'amendement sous examen vise à insérer un nouveau point 1^o à l'article 1^{er} du projet de loi sous avis qui a pour objet de compléter l'article 2, paragraphe 1^{er}, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière par un point 11 qui définit la notion de « site ». Cette modification répond à une opposition formelle formulée par le Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023 à l'endroit de l'article 1^{er}, point 1^o, lettre a). Il avait notamment demandé aux auteurs de préciser le terme « site » dans la loi précitée du 8 mars 2018, en ayant par exemple recours à un critère géographique (distance entre les bâtiments). En effet, le flou encadrant la notion de « site » implique un manque de précision au niveau de la notion de « site supplémentaire » étant source d'insécurité juridique, de sorte que le Conseil d'État a dû s'y opposer formellement. Les auteurs des amendements précisent la notion de site en le définissant comme « zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres ». Le Conseil d'État comprend donc que tout autre site ainsi que tout site dit « supplémentaire » doivent se trouver à plus de 500 mètres d'un site donné. Au vu de la précision apportée à la notion de site, qui permet implicitement d'apporter une appréciation de ce qui constitue un site supplémentaire, le Conseil d'État est en mesure de lever son opposition formelle.

Point 2°

L'amendement sous examen, qui vise à modifier la lettre a) de l'ancien point 1°, devenu le point 2°, de l'article 1^{er} du projet de loi sous avis, répond à deux oppositions formelles émises par le Conseil d'État dans son avis précité du 25 avril 2023. Dans la mesure où la disposition dans sa teneur amendée précise que pour les sites supplémentaires dont il dispose, un centre hospitalier peut conclure des contrats précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant, le Conseil d'État est en mesure de lever ses oppositions formelles. En effet, la suppression des termes « de collaboration » a le mérite de clarifier qu'il ne s'agit pas d'un contrat de collaboration, sans pour autant indiquer de quelle nature de contrat il s'agit. Dans la mesure où les auteurs emploient le verbe « peut », le Conseil d'État comprend que l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur amendée, laisse toujours au centre hospitalier la liberté d'exploiter le site supplémentaire seul en tant qu'organisme gestionnaire sans conclure de contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3.

Concernant le contrat visé, le libellé proposé ne se prononce pas sur la nécessité ou l'opportunité d'inclure dans ce contrat d'autres éléments. Il n'y a donc pas d'obligation légale de prévoir d'autres précisions. Les auteurs expliquent même à l'endroit du commentaire de l'amendement que « le contenu des arrangements contractuels se limite strictement aux équipements et appareils visés à l'annexe 3 [...] et aux seules parties d'infrastructures les hébergeant ».

Pour le surplus, le Conseil d'État tient à attirer l'attention des auteurs sur le fait que, par le biais des amendements, ils suppriment les modifications insérées au sein de l'article 33, paragraphe 7, point 8, de la loi précitée du 8 mars 2018 pour revenir au libellé de la disposition en vigueur. L'article 33 s'applique au médecin dit « hospitalier » qui est défini comme le médecin qui « exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers ». Étant donné que tout site supplémentaire d'un centre hospitalier est un site de ce centre et héberge un service ou une antenne de service, de sorte à faire partie intégrante du centre hospitalier, tous les médecins y exerçant sont à considérer comme médecin hospitalier et tombent sous le champ d'application de l'article 33. Les auteurs semblent donc, pour les sites supplémentaires, exiger des médecins y exerçant un contrat de collaboration tel que visé au paragraphe 7 et, le cas échéant, un contrat destiné à préciser les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. La disposition semble signifier que si un médecin hospitalier est engagé pour exercer ses activités en relation avec l'utilisation d'appareils ou d'équipements relevant de l'annexe 3 sur un site non supplémentaire, il a uniquement besoin de signer un contrat de collaboration, alors que s'il exerce les mêmes activités sur un site supplémentaire il devra en outre signer un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3.

Par ailleurs, les auteurs semblent être d'avis que la création d'un site supplémentaire peut être réalisée tout aussi bien par un centre hospitalier que par un ou plusieurs médecins autorisés à exercer leur profession au Luxembourg. Le Conseil d'État estime néanmoins que la définition même du terme « site », et donc du terme « site supplémentaire » implique l'appartenance à un centre hospitalier, de sorte que toute initiative de la part d'un ou de plusieurs médecins est vouée à l'échec tant qu'ils n'ont pas su rallier à leur initiative le secours voire la participation documentée d'un centre hospitalier prêt à gérer le site supplémentaire. D'ailleurs, l'autorisation d'exploitation procède des formes retenues aux articles 7 et suivants de la loi précitée du 8 mars 2018 qui ne prévoient pas la possibilité pour un médecin ou un groupe de médecins de demander une autorisation d'exploitation d'un site supplémentaire. En effet, la loi précitée ne prévoit cette possibilité que pour un établissement hospitalier, donc un centre hospitalier dans le cadre de l'autorisation d'exploitation d'un site supplémentaire.

Le Conseil d'État comprend, à la lecture combinée des dispositions de l'article 20*bis* et de l'article 4, paragraphe 1^{er} alinéa 4, du commentaire des articles et de l'exposé des motifs, que les auteurs semblent viser des situations où des médecins investissent dans la construction d'infrastructures mobilières et immobilières qui ont pour destination de devenir des sites « supplémentaires » et pour lesquels l'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location. Dans la mesure où il faudra dans ce contexte organiser et fixer les détails des flux financiers et des engagements respectifs des partenaires concernés, à savoir l'organisme gestionnaire qui reçoit la participation financière de la part de l'État et les investisseurs dans la mesure où ceux-ci sont des médecins, le Conseil d'État estime que « le contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils » installés sur ces sites ne constitue pas un contrat supplémentaire que chaque médecin ayant accès aux

appareils et équipements de ce site devra signer, mais uniquement un contrat entre les partenaires intervenant au niveau du financement.

Point 3°

Dans son avis précité du 25 avril 2023, le Conseil d'État avait formulé une opposition formelle pour insécurité juridique à l'égard de l'article 1^{er}, point 3°, devenu le point 4°. Au vu de la formulation proposée par le point sous examen, le Conseil d'État est en mesure de lever son opposition formelle. Il comprend à la lecture du texte coordonné de l'article 9, paragraphe 6, de la loi précitée du 8 mars 2018, que chaque centre hospitalier peut pour les services visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, disposer au total de trois antennes, dont deux sont installées sur des sites supplémentaires.

Point 4°

Sans observation.

Point 5°

L'amendement sous examen vise à modifier l'article 1^{er}, point 7°, devenu le point 8°, du projet de loi sous avis, en limitant les modifications à apporter par ce point au seul point 8° de l'article 33, paragraphe 7, alinéa 4.

Ainsi, dans la mesure où l'article 1^{er}, point 8°, du projet de loi sous avis, dans sa teneur amendée, ne modifie plus l'article 33, paragraphe 7, alinéa 1^{er}, première phrase, et s'abstient d'insérer un point 9° à l'article 33, paragraphe 7, alinéa 4, le Conseil d'État est en mesure de lever les oppositions formelles qu'il avait formulées dans son avis précité du 25 avril 2023 à l'endroit de l'article 1^{er}, point 7°.

En outre, et tel que soulevé ci-avant par le Conseil d'État, le point 8°, dans sa teneur amendée, se limite à modifier l'article 33, paragraphe 7, alinéa 4, point 8°, de la loi précitée du 8 mars 2018, en prévoyant le remplacement du point final par un point-virgule. Or, dans la mesure où le point 8° est le dernier point de l'alinéa 4 et qu'aucune modification n'est apportée audit alinéa, il n'y a pas lieu de remplacer au point 8° le point final par un point-virgule. Partant, le point 8° de l'article 1^{er} du projet de loi sous avis est à omettre, pour être superfétatoire. Les points subséquents sont à renuméroter en conséquence.

Point 6°

Le point sous examen vise à modifier l'ancien point 8°, devenu le point 9°, en supprimant la lettre a) et en modifiant la lettre b) dudit point.

Dans la mesure où la lettre a) est supprimée, le Conseil d'État est en mesure de lever l'opposition formelle qu'il avait formulée dans son avis précité du 25 avril 2023.

En outre, suite à la modification que le point sous examen vise à apporter au paragraphe 4 de l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018, le Conseil d'État est en mesure de lever son opposition formelle qu'il avait formulée à l'égard de l'article 1^{er}, point 8°, lettre b).

Amendement 2

Sans observation.

*

OBSERVATIONS D'ORDRE LEGISTIQUE

Amendement 1

Au point 2°, lettre a), en ce qui concerne l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 3, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers, il convient d'insérer une virgule après le chiffre « 8 » et les termes « point 5 ». En outre, il y a lieu d'écrire « médecins autorisés à exercer ».

Au point 6°, il convient de reformuler la phrase liminaire de l'article 1^{er}, point 9°, du projet de loi sous avis, comme suit :

« À l'article 45, il est inséré un paragraphe 4 nouveau qui est libellé comme suit : ».

Au point 6°, en ce qui concerne l'article 45, paragraphe 4, de la loi précitée du 8 mars 2018, il convient de relever que lorsqu'on se réfère au premier alinéa, les lettres « er » sont à insérer en exposant derrière le numéro pour écrire « alinéa 1^{er} ».

Texte coordonné

À l'article 1^{er}, point 1^o, il convient de faire abstraction des termes « 1^o Il est inséré un nouveau point 1^o libellé comme suit : » et les termes « Les anciens points 1^o à 10^o sont renumérotés en points 2^o à 11 nouveaux. » En outre, il faut supprimer les guillemets ouvrants avant les termes « 1^o L'article 2, paragraphe 1^{er}, est modifié comme suit : ».

À l'article 1^{er}, point 6^o, il est recommandé d'insérer une virgule avant les termes « « et soumis à planification nationale » ».

Ainsi délibéré en séance plénière et adopté par 21 voix pour et 1 voix contre, le 13 juillet 2023.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Christophe SCHILTZ

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

8009/14

N° 8009¹⁴

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;**
- 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**
- 3° du Code de la sécurité sociale**

* * *

**AVIS COMPLEMENTAIRE DE L'ASSOCIATION
DES MEDECINS ET MEDECINS-DENTISTES**

(11.7.2023)

A. REMARQUES GENERALES

Le PL 8009 a été déposé en date du 23 mai 2022.

Suite à l'avis du Conseil d'Etat du 25 avril 2023, le Gouvernement a apporté des amendements au texte, déposés le 20 juin dernier.

Selon les « nouveaux objectifs » signalés et poursuivis par le projet de loi, les auteurs affirment à travers le texte amendé, que le premier objectif poursuivi par le projet de loi consisterait « à répondre concrètement aux besoins en services et soins de santé identifiés aux termes de l'évaluation effectuée sur base de la loi hospitalière de 2018, ceci par le biais des données de la carte sanitaire. Le projet de loi vise ainsi à compléter la couverture territoriale en fonction des besoins identifiés par la carte sanitaire et de permettre le renforcement des liens entre les professionnels de la santé et les établissements hospitaliers tout en maîtrisant l'impact sur le système de santé dans le contexte spécifique national et d'éviter les risques réels identifiés. Le deuxième objectif plus global et intimement lié à la façon dont notre système de santé est organisé et fonctionne, consiste à ne pas gaspiller les ressources financières, techniques et humaines et enfin à ne pas davantage fragiliser notre secteur hospitalier investi d'une mission de service public essentiel pour la santé et la vie de nos concitoyens. »

Les amendements du Gouvernement apportés au projet de loi sous rubrique, visent finalement et essentiellement à évacuer les critiques du Conseil d'Etat qui a réservé sa position quant à la dispense éventuelle au second vote constitutionnel.

Pour rappel, le Conseil d'Etat note dans son avis du 25 avril 2023 que :

« Le Conseil d'Etat relève que le fait de réserver l'utilisation de ces équipements et appareils en vue d'une prise en charge médicale aux établissements hospitaliers constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale, matière qui constitue une matière réservée à la loi en vertu de l'article 11, paragraphe 6, de la Constitution. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat rappelle que, d'après l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, « [l]'article 11, paragraphe 6, alinéa 1, de la Constitution permet à la loi d'établir des restrictions à la liberté en cause. Pour être conformes à la Constitution, 1 Cour constitutionnelle, arrêt n° 00148/19 du 5 juillet 2019 (Mém. A – n° 491 du 12 juillet 2019). 2 Tribunal administratif, jugement n° 40845 du 14 février 2019. 3 celles-ci doivent être rationnellement justifiées, adéquates et proportionnées à leur but ». Cet arrêt cadre avec la clause transversale de l'article 37 de la Constitution révisée, qui entrera en vigueur le

1er juillet 2023 et en vertu de laquelle « [t]oute limitation de l'exercice des libertés publiques doit être prévue par la loi et respecter leur contenu essentiel. Dans le respect du principe de proportionnalité, des limitations ne peuvent être apportées que si elles sont nécessaires dans une société démocratique et répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui. » Le Conseil d'État relève que ladite clause est inspirée de l'article 52, paragraphe 1er, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Par ailleurs, d'après la jurisprudence de la Cour de l'Union européenne et les termes de l'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018, transposée par la loi précitée du 2 novembre 2021, et relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions réglementées, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante et les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux objectifs visés. »

Plus loin, le CE affirme que : « Aux yeux du Conseil d'État, les objectifs de la maîtrise des coûts, de la qualité de gestion et d'un haut niveau de compétence du personnel peuvent valablement être réalisés dans des structures extrahospitalières, à condition bien évidemment d'instaurer une procédure d'autorisation en vue de l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. Concernant plus précisément la restriction relative aux équipements et appareils qui dépassent 250 000 euros, cet argument ne tient pas en présence d'une personne physique ou morale qui ne requiert pas un financement de la part de l'État. Une telle personne se voit imposer une limitation de l'exercice de sa profession, même si elle respecte tous les critères imposés, sans que cette limitation ne soit autrement justifiée. »

Il est également utile de souligner la prise de l'avis de l'Autorité de la Concurrence du 21 février 2023. Ses auteurs soulignent comme suit :

« Le présent projet de loi doit ainsi être lu à la lumière des principes posés par la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions transposé en droit national par la Loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions (ci-après la « directive proportionnalité »). Cette directive indique dans son deuxième considérant qu'« En l'absence de dispositions spécifiques du droit de l'Union harmonisant les conditions d'accès à une profession réglementée ou d'exercice de celle-ci, il est de la compétence des États membres de décider des professions à réglementer et de la manière de les réglementer, dans les limites des principes de non-discrimination et de proportionnalité. ». Ainsi, les restrictions à l'exercice d'une profession réglementée telle que celle des médecins sont propres à chaque État, et ne peuvent se justifier que pour autant que la législation respecte les principes de non-discrimination et de proportionnalité qui s'articulent autour des quatre conditions cumulatives suivantes : 1. être appliquée de manière non-discriminatoire ; 2. être justifiée par des raisons impérieuses d'intérêt général ; 3. être propre à garantir la réalisation de l'objectif qu'elle poursuit ; 4. ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre. L'article 3 de la loi du 2 novembre 2021 pose ainsi l'exigence qu'un contrôle de proportionnalité soit opéré avant de réglementer l'exercice d'une profession : « Avant d'introduire de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou administratives limitant l'accès à des professions réglementées ou leur exercice ou avant de modifier de telles dispositions existantes, il est procédé à un examen de proportionnalité conformément aux dispositions de la présente loi. [...] Toute disposition visée au paragraphe 1er est accompagnée d'une explication qui est suffisamment détaillée pour permettre d'apprécier le respect de proportionnalité. »' L'Autorité estime que le projet de loi en question ne respecte pas ces quatre conditions. La « tutelle » qu'exerceraient les hôpitaux sur la prise en charge ambulatoire ne saurait être justifiée « par des raisons impérieuses d'intérêt général ».

Enfin, le Collège médical note dans son avis du 29 juin 2022 que :

« Aucun incitant financier, contrairement à ce que stipule le programme gouvernemental (voir plus haut) n'est prévu pour le prestataire dans l'ambulatoire, ni pour le patient qui s'orienterait vers l'extrahospitalier. La concurrence déloyale déjà existante est entérinée et poursuivie. »

En résumé, les critiques formulées par le Conseil d'État, par l'Autorité de la Concurrence et par le Collège médical visent essentiellement le fait que la restriction des droits de certaines professions médicales telle que prévue par le projet de loi 8009, ne tient pas compte du principe de proportionnalité.

A noter aussi que le Ministère de la Santé n'a pas publié son analyse de proportionnalité pourtant nécessaire au préalable, ensemble avec le projet de loi, mais il l'a uniquement divulgué au Conseil d'État sur requête.

Les divers organes et chambres professionnelles demandés en avis ne disposaient donc pas de cette information durant le processus d'analyse, ni n'en ont eu communication au moment de l'envoi des amendements gouvernementaux soumis le 20 juin 2023 !

A travers notre analyse critique ci-dessous de l'argumentaire du Ministère de la Santé et du projet de loi amendé, nous ne soulignons que les éléments en lien direct avec les critiques formulées par le Conseil d'État, le Collège médical et l'Autorité de la Concurrence, comme ils concernent un enjeu fondamental d'une profession libérale de médecin et des libertés constitutionnelles ou européennes.

Le présent avis de l'AMMD se concentre donc avant tout sur l'argumentation par laquelle les auteurs du PL 8009 prétendent qu'une restriction des libertés fondamentales de certaines professions médicales serait justifiée.

*

B. PROBLEMES MAJEURS DU SYSTEME DE SANTE EN LIEN AVEC LE SECTEUR HOSPITALIER ET EXTRAHOSPITALIER

Tout d'abord, le PL 8009 manque d'analyse fondée des difficultés du système de santé actuel et il pêche en substance par l'absence de concept porteur. Il n'ambitionne pas à analyser les problèmes multiples et il n'apporte pas de solution visant un vrai concept. Dès lors, il nous importe d'attirer l'attention du lecteur sur un listing non exhaustif des problèmes que l'AMMD a identifié et thématiqué durant les dernières 10 à 15 années.

- a. **Politisation rampante du système de santé** (planification politisée, hôpitaux fortement dépendants) avec une politique étouffant les professions libérales (qui pourtant constituent encore la colonne vertébrale du système de santé) ;
- b. Hospitalocentrisme (conséquence de a.) ;
- c. Gestion hospitalière de plus en plus bureaucratique et dépensière (conséquence de a.) ;
- d. Accès inéquitable des patients à certains soins de santé (imagerie, avis de médecine spécialisée...) : résultat = médecine à classes (conséquence de a.)
- e. Financement hospitalier opaque et inefficace (conséquence de a.) avec financement insuffisant du médico-technique (conséquence de a.) ;
- f. Infrastructures hospitalières totalement inadaptées au virage ambulatoire (même certaines nouvelles constructions en vue) (conséquence de a.) ;
- g. Pénurie des médecins spécialistes et collaboration insuffisante entre les hôpitaux et danger de recruter dans l'urgence des médecins moins bien formés (conséquence de a.) ;
- h. Incitants insuffisants pour les médecins à travailler en groupe (médecins généralistes, médecins-dentistes et médecins spécialistes) ;
- i. Encombrement des urgences hospitalières et soins primaires dû à une médecine préventive peu visible pour les citoyens et immigrés (en lien avec a.) ;
- j. Conventionnement obligatoire et automatique avec tarifs réglementés : pléthore pour certaines professions de santé (médecins-dentistes, kinésithérapeutes) et pénurie pour d'autres (pédiatres, psychiatres, ...) ; qualités des prestations non assurées ; système à classes inévitable (alors que le conventionnement obligatoire et automatique était affiché comme le prétendu garant d'un accès équitable aux soins de qualité, ce qui est un leurre) ;
- k. Financement de l'extrahospitalier insuffisant (problème notamment pour la médecine dentaire mais également pour la médecine générale. Pour les médecins spécialistes, à part pour certaines exceptions, le financement n'est pas prévu et le projet de loi 8009 prévoit même une restriction disproportionnée de l'activité pour la plupart des médecins spécialistes) (conséquence de a. + b.) ;
- l. Médecine préventive annoncée depuis des années, mais jamais déployée efficacement à part quelques exceptions ;
- m. Digitalisation dans le dos des patients.

→ Comme rien n'est prévu pour amender la situation ainsi décrite, et que les enjeux réels du système de santé ne sont pas adressés dans leur globalité et vu l'absence d'ambition pour améliorer la complémentarité entre le secteur hospitalier et extrahospitalier au bénéfice des patients, le PL 8009 ne pourra pas améliorer les manquements politiques des dernières trois législatures.

*

C. ANALYSE DES ARGUMENTS DU MINISTRE DE LA SANTE

Argument 1 : Particularités du système de soins de santé luxembourgeois

Les auteurs font un rappel sur certaines caractéristiques de notre système de soins de santé. Or s'il est vrai que l'exercice libéral de la médecine est largement prépondérant, les auteurs scotomisent que la pénurie de médecins spécialistes est essentiellement une conséquence d'une planification nationale du secteur hospitalier. En effet, la planification hospitalière a largement sous-estimé l'évolution démographique de la population et elle a également ignoré l'impact du progrès médical et biotechnologique, du virage ambulatoire et de l'opportunité pour les patients de se faire soigner plus vite et mieux dans des cabinets médicaux pouvant offrir une médecine ambulatoire dédiée.

Étant donné que l'AMMD a déjà présenté le concept d'une médecine ambulatoire lors d'une quadripartite en mai 2008 et qu'elle a anticipé la pénurie des médecins déjà en mars 2010 de même que les risques financiers du financement hospitalier par budgets insuffisamment transparents, l'argument des auteurs que les besoins sanitaires soient identifiés sur base d'une carte sanitaire, ne tient pas. Il est même ridicule : le Luxembourg étant orphelin d'une méthodologie statistique de recensement des données de santé, aucune carte sanitaire établie à ce jour n'a su refléter les besoins sanitaires réels du pays, vue l'absence de données correctes, fiables et exhaustives. Alors que près de 50 % des dépenses de soins de santé au pays sont attribuées au secteur hospitalier, et que les détails des allocations budgétaires ne sont même pas publics, les risques financiers sont majeurs en ouvrant les sites additionnels tels que prévus. La FHL s'inquiète elle aussi dans son avis du 7 juillet 2023 sur les coûts d'exploitation et les difficultés de gestion de sites supplémentaires en nombre. Nonobstant de ces risques signalés, chaque établissement hospitalier entièrement subventionné mais en concurrence directe avec les autres, va tenter sa chance et revendiquer le nombre de sites considérés comme dus et contribuer ainsi au risque financier prévisible.

L'argument des auteurs insinue par ailleurs que seules les dépenses accordées politiquement seraient justifiées. En effet, le système de planification hospitalière est entièrement politisé comme le Ministre de la Santé en charge autorise in fine l'essentiel des structures hospitalières. Le système de planification tel que conçu et tel que prévu par le projet de loi sous rubrique, amplifie encore la logique d'un financement politisé. Toutefois, si le pouvoir politique était le meilleur dépensier du denier public, il ne devrait pas s'opposer à un audit indépendant. En tout état de cause, la Cour des Comptes a été très critique dans son « *Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers* » publié en 2019.

En plus la Commission du Contrôle de l'exécution budgétaire de la Chambre des députés, dans son avis du 10 mai 2021, se rallie à maintes recommandations de ce rapport de la Cour des comptes, restées sans réaction depuis lors.

L'argument que l'investissement en infrastructures immobilières et/ou mobilières « libérerait » le médecin des risques financiers y relatifs et aiderait à garantir la liberté thérapeutique, néglige le fait que l'exercice de la profession dépend notamment de la gestion et de l'organisation de la médecine, du dessin de l'infrastructure dans laquelle sont organisées les flux et activités, du choix d'appareils et du personnel de santé collaborant avec ou travaillant pour le médecin. Or le libre choix et la conception indépendante de toutes ces ressources sont d'autres éléments essentiels pour garantir la liberté thérapeutique et pour accompagner l'évolution du progrès médical au bénéfice des patients, dont le projet de loi tente à priver les médecins.

Il n'est donc pas par hasard que les auteurs veulent essentiellement modifier la Loi hospitalière et non la Loi du 29 avril 1983 sur l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. C'est également une occasion manquée pour y intégrer le concept de médecin pouvant exercer en parallèle en milieu extrahospitalier et hospitalier.

Les auteurs ignorent donc les vrais enjeux médicaux et financiers tout en écrasant définitivement les libertés fondamentales d'une profession libérale sous prétexte de faux arguments.

Argument 2 : Risque financier du système de sécurité sociale et gaspillage des ressources financières et techniques

Les auteurs estiment que le financement public des soins de santé permettrait de :

- *garantir l'accès aux soins de santé*
- *maintenir un niveau élevé de qualité des soins notamment en finançant de nouvelles technologies et de traitements à la hauteur du progrès technique et médical*
- *maîtriser les coûts, par une organisation et une coordination des soins pour répondre aux besoins de la population*

Tout d'abord les Ministres avouent eux-mêmes que non seulement l'accès aux soins de santé n'est plus garanti mais pire, ils avouent de ne pas disposer des chiffres fiables comme ils le précisent en page 23 du Plan National Santé tout récemment publié :

« Dans une comparaison internationale concernant les besoins non satisfaits en matière de soins de santé, la proportion de personnes déclarant des besoins non satisfaits en raison des délais d'attente pour un examen ou traitement médical au Luxembourg (31%) est plus élevée par rapport à tous les autres pays participants (Allemagne : 24.7%/ Pays-Bas : 11.4%/ UE26 : 18.7%). De plus, il existe une saturation de la capacité d'absorption de nouveaux cas de patients dans certaines spécialités médicales au Luxembourg. Même les médecins généralistes déclarent avoir un accès limité à des rendez-vous en temps voulu pour leurs patients ayant des problèmes médicaux urgents. En résumé, l'accès aux prestations médicales est garanti en théorie (remboursement, proximité géographique, absence de gate keeping), mais en pratique l'accès aux spécialistes semble souvent engorgé au vu des délais d'attente importants pour certaines disciplines. Force est cependant de constater qu'à ce jour, il manque des données fiables sur les délais d'attente. »

Étant donné que l'accès restreint aux soins de santé découle de la planification et que les Ministres ne disposent pas des données chiffrées (alors que l'accès difficile a été thématiqué depuis des années par l'AMMD), l'argument d'une restriction de certaines professions telle que prévue ne tient donc pas !

Ensuite, les auteurs supposent que la planification maintienne un niveau élevé de qualité pour garantir soi-disant l'accès aux soins en finançant de nouvelles technologies et de traitement à la hauteur du progrès technique et médical. Or en 2013, l'AMMD avait soumis une saisine visant à introduire un tarif technique pour la mammographie de type « tomosynthèse », technique réputée plus précise que les appareils traditionnels. Ce n'est que récemment que les établissements hospitaliers ont eu l'autorisation ministérielle pour acquérir ces machines performantes alors que les délais d'attente pour une mammographie hors programme de dépistage sont franchement démesurés et intolérables. On a donc un problème d'accès et de qualité des machines. En réunions de la CPH (Commission permanente pour le secteur hospitalier), il a été relevé à plusieurs reprises par les représentants des hôpitaux que les budgets portant sur l'investissement médico-technique des hôpitaux sont largement insuffisants, ce qui explique que des machines ou appareils vétustes s'y accumulent.

Ensuite, il faut mettre en doute que la planification telle que promue maîtrise l'évolution des coûts. En effet, l'évolution dynamique des budgets hospitaliers est identifiée comme enjeu pouvant mettre à mal l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sachant qu'avec 2,35 médecins par 1000 habitants, le Luxembourg dispose de beaucoup moins de médecins en comparaison des pays limitrophes. Les coûts d'exploitation hospitalière s'élèvent à près de 1,7 millions € par an et par médecin hospitalier. A ceci se rajoute que les frais variables directement imputables à l'activité et à la prescription des médecins ne compte que pour moins de 20 % des montants cités.

Enfin, par le biais des investissements en matière d'imagerie médicale opérés en milieu hospitalier, les auteurs tentent de justifier leur approche par des faits accomplis du passé comme du présent. En quelque sorte, ils avouent que la liberté professionnelle n'a pas été respectée dans le passé et ils veulent entériner et pérenniser une injustice mise à nu. Par ailleurs, les auteurs essayent de troubler le lecteur par des calculs tendancieux. En effet, ils font le mélange des coûts d'installation avec les coûts de fonctionnement. Tenant compte des 70.000 examens en ambulatoire, ils dégagent des coûts de 206 € au passage. C'est un secret de Polichinelle que le calcul par passage n'est pas très précis étant donné qu'il se base sur une cascade approximative fixée conventionnellement entre la CNS et la FHL, et

comme elle n'est pas publique, il est impossible de savoir si tous les postes de frais sont réellement considérés. Mais même si on tenait compte de ce calcul, il faudrait différencier les frais d'acquisition et d'installation des frais de fonctionnement. D'après les calculs de l'IGSS on peut estimer que les frais de fonctionnement correspondent à au moins 80 %, ce qui nuance substantiellement les affirmations des auteurs, car les frais de fonctionnement d'une machine qui ne tourne pas sont en toute logique nettement réduits.

Argument 3 : Risque de médecine à classes

Les auteurs avancent l'argument que l'ouverture d'un cabinet de radiologie conduirait à un système de médecine à classes. Tout d'abord, l'argument est étonnant car il est de notoriété publique qu'un certain nombre de patients ont pris un rendez-vous pour une IRM en Allemagne en payant de leur poche un accès rapide. Ensuite, à l'occasion de la présentation de la pétition 2504 de Madame Isabelle Faber pour garantir et améliorer la couverture médicale et de soins, il a même été reconnu en Chambre des Députés que les notabilités du pays ont un accès privilégié (« *Promibonus* ») comme leurs relations favorisent un accès inégal aux soins. Il est donc inexact de prétendre qu'on n'a pas déjà une médecine à classes.

Ensuite, si la saisine de l'AMMD introduite en Commission de nomenclature en mai 2021 avait été considérée à sa juste valeur, des tarifs concernant les actes d'imagerie médicale auraient pu être introduits pour garantir aux assurés le remboursement des frais directs et indirects tels que l'article 65 du Code de la sécurité sociale le prévoit déjà. Or ce sont la Ministre de la Santé et le Ministre de la Sécurité sociale eux-mêmes qui ont directement interféré avec la Commission de nomenclature pour empêcher que la saisine soit considérée. Non seulement que les Ministres de tutelles ne devraient pas s'immiscer dans le fonctionnement de la Commission de nomenclature prétendue indépendante, il s'agit ainsi d'une entrave évidente à l'exercice libéral, déjà largement amputé par une composition tendancieuse de la commission. De fait, aucun des représentants d'État au sein de la Commission de nomenclature n'a osé contredire les Ministres et un tarif technique a été délibérément empêché, alors que la Loi le prévoit explicitement.

Il est donc assez troublant que les Ministres évoquent un risque de médecine à classes, alors qu'elle existe déjà et qu'elle est une conséquence directe d'une planification échouée et que les Ministres ont empêché toute introduction d'un tarif technique en matière d'imagerie médicale qui aurait garanti aux assurés un accès équitable aux soins dans un cabinet libéral de radiologie, par rapport aux services hospitaliers.

Ceci nous ramène à l'amendement proposé de l'article 65 du Code de la Sécurité sociale qui prévoit un amalgame non précisé entre l'acte intellectuel médical et l'acte technique. L'AMMD a toujours défendu et continue à défendre une dichotomie stricte entre l'honoraire et le financement technique d'une prestation. Cet article de l'amendement sous objet a été introduit afin de justifier et de permettre à terme une rétribution financière des médecins aux établissements hospitaliers, déjà suggérée par un contrat nouvellement introduit par les amendements sous rubrique. Ainsi, l'asymétrie encore accentuée entre l'établissement hospitalier (de plus en plus puissant) et le médecin individuel (de plus en plus impuissant) rend caduque toute hypothétique liberté contractuelle en amont et constitue un autre bafouage de la profession libérale.

En plus, les relations des assurances sociales avec les prestataires extrahospitaliers suivent d'autres règles du même code, que le financement prévisionnel et budgétisé des établissements hospitaliers.

En créant des structures hybrides par le mode de financement, les risques financiers deviennent non prévisibles, et ne respectent plus les bases de fonctionnement de la sécurité sociale initialement imaginées pour être remplacées par un financement opposé à l'exercice libéral de la profession.

Argument 4 : Risques sanitaires

Les auteurs avancent l'argument que l'hôpital serait le garant de qualité des prestations d'imagerie par exemple, en centralisant les activités.

Il est vrai que les indications pointues méritent une connaissance particulière pour permettre une prestation de qualité en réponse aux demandes des patients. Toutefois, les auteurs passent sous silence l'utilité du travail d'équipe librement choisi, notamment en permettant l'exercice sociétal, comme formulé dans le projet de loi 8013. Ceci offrirait l'avantage de mieux répartir le travail et de faciliter

et valoriser les besoins en surspécialisation des médecins concernés. Dans nos structures actuelles, les incitatifs de travailler en équipe sont perfectibles et les équipes, si elles existent, sont limitées à un seul hôpital. Il serait intéressant, enrichissant et utile que les médecins travaillant dans les cabinets de ville collaborent avec d'autres collègues pour étoffer et élargir justement la panoplie des compétences requises.

Le concept de travail en réseau pour offrir les prestations hospitalières et extrahospitalières a déjà été proposé au Ministre de la Santé, Monsieur Etienne Schneider en 2019. Au *Gesondheitsdäsch*, un réel échange pour dégager une solution concrète n'a malheureusement pas été souhaitée par la Ministre de la Santé. Or les sociétés d'exercice libéral se prêtent aisément à conclure des contrats de collaboration pour offrir toute la panoplie d'actes utiles et nécessaires en milieu hospitalier comme en milieu extrahospitalier. Une parfaite complémentarité aurait pu être dégagée entre les deux secteurs sans nécessité de violation des droits élémentaires de la profession libérale.

Argument 5 : Pénurie de certaines professions de santé

Il est vrai que le personnel soignant spécialisé pourrait constituer un facteur clé limitant l'accès à certaines prestations. Si le développement du secteur hospitalier avait comme but d'améliorer l'accès aux soins pour le patient, il aurait évidemment aussi l'avantage d'attirer des jeunes médecins comme du personnel hautement spécialisé.

Si une réelle pénurie de personnel hautement spécialisée était à craindre, ce n'est certainement pas le développement du secteur extrahospitalier qui irait freiner le recrutement, bien au contraire.

*

D. EN CONCLUSION

Au regard de ce qui précède, l'AMMD s'oppose au projet de loi sous rubrique au motif du non-respect du principe de proportionnalité imposé lors de la restriction d'une profession libérale, droits réaffirmés dans la nouvelle Constitution et constituant par ailleurs des valeurs fondamentales européennes.

Par les amendements gouvernementaux apportés au PL 8009, le Ministère de la Santé s'évertue à justifier des bienfaits des nouvelles mesures, notamment celles concernant les sites supplémentaires et les antennes hospitalières, par l'avantage pour les patients et l'équilibre de la sécurité sociale.

En raison des jurisprudences administratives, les inhibitions portées à l'exercice d'une profession libérale réglementée risquent de continuer à être considérées comme inconstitutionnelles si elles ne sont pas proportionnelles au but objectif et performant visé par ces mesures. L'examen de la proportionnalité est décrit et précisé par la directive ad hoc et la loi nationale.

Dans son préambule, la Directive EU 2018/958 du Parlement européen et du Conseil souligne que les autorités nationales ont la charge de la preuve (pt 11). Ils doivent prouver non seulement la justification des mesures i.e. qu'elles ont un effet et ne sont pas arbitraires, mais encore qu'elles soient proportionnelles à l'impact sur la profession visée. Ce faisant elles doivent fournir des données concrètes (éléments qualitatifs et quantitatifs art 4) et une explication détaillée et motivée (art 6). Des motifs purement économiques sont irrelevants. Or le Ministère se borne à énoncer des lieux communs.

Il n'énonce nullement pourquoi le genre de site hybride qu'il propose ne serait pas de nature à poser problème au niveau financement, alors que les hôpitaux risquent bien de se concurrencer davantage en ouvrant un maximum de sites, et que les médecins y travaillant à leur compte n'agiraient pas autrement que le feraient des confrères pratiquant hors site hospitalier, – à supposer que cette âpreté au gain soit réelle et ne constitue pas un phantasme idéologique.

D'un autre côté, il aurait appartenu au Ministère de prouver que l'effet visé par la restriction, – l'équilibre de la sécurité sociale et les soins prodigués en temps utile –, ne pouvaient pas être atteints par d'autres moyens (Art 6).

N'existe-t-il pas une Commission de surveillance en matière d'assurances sociales, destinée à examiner et à faire sanctionner tous abus ? Des sanctions pénales, à l'instar de celles prévues dans le texte actuellement prévu pour ceux qui exploiteraient un site privé sans autorisation, auraient empêché des

abus, tout comme celles déontologiques. Ensuite il ne faut pas oublier que des médecins exploitants de sites pareils ne sont pour la grande majorité pas des auto-prescripteurs, mais que les patients leurs sont adressés par des confrères. Et il n'y a aucune raison d'admettre que ceux-ci fassent des transferts pour examen par pure arbitraire ou pour faire plaisir aux radiologues. Il n'y a pas de raison non plus que des médecins (ou des financiers occultes) fassent des investissements considérables et risqués si la demande n'est plus là.

En résumé : les risques (éventuels) servant de prétexte ne sont pas éliminés par le nouveau système proposé, étant donné en outre que les hôpitaux devant chaperonner les médecins spécialistes ne peuvent et surtout ne doivent pas s'immiscer dans leur exercice.

Inutile de mentionner encore qu'il y a d'autres moyens de financer la sécurité sociale, politiquement plus osées et périlleuses que de s'acharner sur la profession médicale libérale : augmentation des cotisations, participation plus élevée à partir d'un certain revenu, déconventionnement partiel ou total, abolition ou limitation de certaines prestations exagérées ou encore de revoir le système du financement hospitalier.

La profession de médecin, certes dite libérale, mais déjà réglementée de manière très précise et contraignante, est une fois de plus la victime d'idées purement politiques hospitalocentrées, immatures et non objectives, ainsi que de propositions de solutions inaptes à atteindre les enjeux réels. Alors que tous les médecins actifs du pays tentent d'amortir les errements d'un système politisé, le pouvoir politique en place s'acharne contre une profession libérale et ne rechigne pas devant des faits accomplis ou des précipitations politiquement forcées.

La directive 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions n'est pas respectée ! A notre connaissance, le Gouvernement n'a pas procédé à l'examen de proportionnalité moyennant le formulaire annexé au règlement grand-ducal du 2 novembre 2021. A notre appréciation, les arguments du Gouvernement listés librement, ne justifient aucunement une restriction de la profession libérale telle que prévue. **La liberté professionnelle, constitutionnellement garantie, et consolidée dans d'autres textes nationaux, constitue également un droit fondamental de l'Union européenne.**

Le drame, c'est qu'à l'occasion du *Gesondheetsdësch*, tous ces aspects auraient pu être abordés sereinement si la volonté politique avait existé.

Au lieu d'une planification poussée à son apogée étouffant l'initiative des médecins, on aurait pu imaginer des critères précis et objectifs afin de pouvoir ouvrir un cabinet libéral.

A ce titre, le Collège médical note dans son avis du 29 juin 2022 comme suit :

« S'il est vrai que le sujet d'une meilleure complémentarité entre le secteur hospitalier et extrahospitalier était un des sujets importants lors du Gesondheetsdësch, présenté par Madame la Ministre de la Santé comme lieu d'échange participatif et structuré autour des défis auxquels notre système de santé est confronté et devant dégager une vision commune requise pour faire avancer notre système, le Collège médical s'étonne que le présent projet de loi voie le jour sans lien avec les discussions menées au Gesondheetsdësch, sans expliquer le choix du législateur par rapport à d'autres pistes discutées et sans nouvelle prise de contact avec les acteurs dudit Gesondheetsdësch. Cette façon de procéder discrédite l'initiative du Gesondheetsdësch, louable à la base ».

Nous ne pouvons donc que nous rallier à cet avis du Collège médical !

Pour le conseil d'administration,

Dr Alain SCHMIT <i>Président</i>	Dr Guillaume STEICHEN <i>Secrétaire général</i>	Dr Carlo AHLBORN <i>1^{er} Vice-Président</i> <i>Président CMD</i>
Dr Philippe WILMES <i>Vice-Président</i>	Dr Marc PEIFFER <i>Secrétaire général adjoint</i>	Dr Remy DEMUTH <i>Membre</i>
Dr Bruno PEREIRA <i>Membre</i>		Dr Jean-Paul SCHWARTZ <i>Membre</i>

8009/13

N° 8009¹³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
- 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
- 3° du Code de la sécurité sociale

* * *

AVIS DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS ET MEDECINS-DENTISTES

(21.7.2022)

PRISE DE POSITION DE L'AMMD

1. LE SYSTEME DE SANTE LUXEMBOURGEOIS

1.1. Remarques préliminaires

Avant de commenter le projet de loi sous rubrique, il est important de rappeler d'une part les éléments essentiels sur lequel notre système de santé est construit et d'autre part les problèmes majeurs menaçant l'accès des patients aux prestations médicales de qualité.

Les médecins et les médecins-dentistes sont les professionnels au centre de tout système de santé, peu importe l'environnement infrastructurel dans lequel ils exercent leur métier. Une liberté d'exercice est dès lors essentielle pour que les professions médicales et médico-dentaires puissent proposer en faveur des patients des services et prestations conformes aux progrès de la médecine moderne.

L'exercice de la profession libérale est garanti par la Constitution, sauf les restrictions prévues par la loi (art 11.6). Toutefois, une restriction de la profession libérale par une loi doit respecter des critères de proportionnalité et être apte à servir au but proposé. Nous y reviendrons plus loin.

Les médecins et médecins-dentistes exercent leur métier essentiellement en cabinet privé et dans les structures hospitalières. Toutefois, les médecins généralistes exercent parfois aussi au domicile des patients ou dans les maisons de soins. Le cas échéant, les médecins anesthésistes exercent même sur la voie publique.

Le virage ambulatoire ouvrirait donc un nouveau « environnement professionnel » pour l'exercice de certaines spécialités médicales.

Le projet de loi s'inscrit dans une démarche visant à conceptualiser le virage ambulatoire comme un nouvel environnement médical suivant une logique de planification étatique. Les structures ambulatoires seraient gérées par les établissements hospitaliers. Le projet de loi s'aligne donc sur le scénario 2 présenté lors du *Gesondheitsdësch*, correspondant *in fine* à des antennes hospitalières.

Avant de commenter les différentes parties du projet de loi déposé, nous revenons sur quelques aspects essentiels.

1.2. Caractéristiques essentielles du système de santé luxembourgeois

- L'assurance maladie est obligatoire pour chaque citoyen ;
- Les professions de santé sont pour la plupart reconnus par le Ministère de la Santé ;
- La CNS dispose d'un monopole en tant qu'assureur (les assureurs privés ou mutualisés comme la CMCM ne jouent qu'un rôle accessoire) ;
- Les relations entre la CNS et les prestataires de soins, dont les médecins et les médecins-dentistes, sont soumis au conventionnement général automatique et obligatoire. Les tarifs des prestations remboursées prévues sont fixés selon une procédure réglementaire prévue par le code de la sécurité sociale, sans que celui-ci ne prévoit un cadre précis et des limites. Une commission de nomenclature à composition peu équilibrée propose les tarifs et leurs modalités d'application ;
- Environ 90% du financement des prestations médicales (à l'exception de la médecine dentaire pour laquelle une grande partie des frais sont assumés par les assurés) provient du denier public (pour les prestations de santé, 60 % proviennent des cotisations et 40 % d'un apport étatique) ;
- Près de la moitié des dépenses pour soins de santé au Luxembourg est attribuée aux frais de fonctionnement des établissements hospitaliers (hors honoraires médicaux) par l'intermédiaire d'une enveloppe budgétaire globale, fixée tous les 2 ans par le Gouvernement. Le financement par budgets imposés depuis la réforme de 2010, avait la volonté politique de limiter les coûts pour l'assurance maladie ;
- L'État prend en charge d'une manière directe ou indirecte 88 % des charges financières des investissements infrastructurels des établissements hospitaliers ou de certains appareils à planification leur réservés, les 12 % restants sont couverts par les cotisations. Pour les investissements en milieu extrahospitalier, l'apport public est marginal sinon absent ;
- On compte environ 25 % de médecins généralistes, 25 % de médecins dentistes et 50 % de médecins spécialistes pour un total d'environ 2100 médecins actifs ;
- La médecine hospitalière est assurée par des médecins spécialistes ayant soit un contrat d'agrément (de collaboration) soit un contrat (de travail) de salarié. Nonobstant du type de contrat liant le médecin à un établissement hospitalier, il assume la responsabilité pénale et disciplinaire des actes qu'il effectue.

1.3. Problèmes du système de santé actuel

- L'orientation conceptuelle du système de santé avec son financement hospitalier y rattaché, se fait toutefois aux dépens des soins primaires en général, qui sont délaissés par rapport au volet hospitalier ;
- La Loi hospitalière du 8 mars 2018 n'a pas favorisé le virage ambulatoire malgré les annonces des décideurs politiques. La médecine spécialisée reste essentiellement concentrée dans les établissements hospitaliers ;
- Le secteur extrahospitalier de la médecine générale, de la médecine dentaire et de la médecine spécialisée reste en conséquence sous-financé ;
- Les infrastructures hospitalières sont largement inadéquates pour rendre opérationnel un virage ambulatoire de la médecine ;
- Le financement des infrastructures hospitalières a été sujet de critiques importantes de la Cour des comptes en 2019, critiques partagées par la commission parlementaire du contrôle de l'exécution budgétaire (rapport du 10 mai 2021) ;
- Le financement par la CNS de la médecine générale, de la médecine dentaire et de la médecine spécialisée extrahospitalière est marginal compte tenu des investissements nécessaires ;
- Le financement et les modèles de gestion du médico-technique des établissements hospitaliers et de renouvellement du parc des appareils ne sont plus adaptés aux impératifs d'une médecine moderne ;
- Les frais fixes des établissements hospitaliers prennent une part majeure des budgets alloués mais n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation suivant des critères objectifs ;
- La mise à jour des nomenclatures, règles essentielles pour déclencher le remboursement des patients, a été fortement retardée en raison d'une composition inéquitable de la Commission de nomenclature avec de facto une mise en minorité des prestataires dits libéraux ;

- La pénurie affectant de nombreuses spécialités est réelle et elle est en partie liée à l'orientation hospitalière de la médecine spécialisée. Cette pénurie est également constatée dans d'autres pays, ce qui aggrave les risques pour le Luxembourg étant donné ses moyens réduits et ses réserves virtuelles ;
- L'accès aux soins des patients devient de plus en plus difficile au cours des 10 dernières années au point que seuls les patients disposant des contacts utiles, peuvent se procurer des rendez-vous dans des délais acceptables ;
- L'encombrement des urgences est une conséquence d'un manque de visibilité des soins primaires et d'un manque d'accès aux soins secondaires ;
- Malgré des promesses politiques remontant à de nombreuses années, une assurance couvrant l'aléa thérapeutique fait toujours défaut ;
- La digitalisation du domaine de la santé reste embryonnaire avec un DSP sous-utilisé et une initiative digitale des médecins qui se heurte aux obstacles tant administratifs qu'idéologiques imposées par certains acteurs étatiques ;
- Les médecins en exercice dit « libéral » mais également les médecins salariés se retrouvent dans un carcan législatif et réglementaire de plus en plus étouffant. C'est pourtant la flexibilité de la profession qui a notamment fait ses preuves pour donner accès aux soins des patients lors de la pandémie ;
- Les médecins spécialistes hospitaliers libéraux comme salariés sont pour la plupart insatisfaits pour des raisons multiples :
 - o Surcharge de travail et notamment des contraintes des gardes et astreintes ; un nombre croissant de médecins spécialistes se sauvent des contraintes hospitalières en limitant leur pratique au volet d'une pratique de consultation et d'examen complémentaires pouvant être déployés dans un cabinet ;
 - o L'absence d'indemnisation des gardes et les astreintes légalement imposées et assorties de sanctions pénales draconiennes ;
 - o Implication insuffisante dans l'organisation hospitalière devenue de plus en plus complexe ;
 - o Organisation hospitalière devenant de plus en plus difficile en raison des afflux toujours croissants de patients en polyclinique comme aux services des urgences.

Il existe un consensus général partagé entre l'ensemble des acteurs et la politique pour permettre un accès équitable aux prestations de santé de qualité à tous les assurés.

Or l'accès aux soins de qualité n'est plus assuré dans des délais considérés comme acceptables pour des raisons infrastructurelles et pour des raisons de manque de médecins spécialistes.

Pour que le système puisse attirer des médecins innovateurs, talentueux et compétents, il faudra réfléchir sur les mesures intelligentes à prendre pour améliorer l'attractivité du système. C'est ce que chaque assuré est en droit d'attendre.

*

2. LE PROJET DE LOI N° 8009

2.1 Cadre politique et juridique en amont du dépôt du Projet de Loi n° 8009

Il faut rappeler les événements marquants qui ont eu lieu en amont du dépôt du projet de loi sous rubrique.

• Réforme de la sécurité sociale en 2010

C'est la réforme de 2010 qui a été à la base d'une politique essentiellement hospitalo-centrée. Notamment l'attribution d'un budget global pour l'ensemble des établissements hospitaliers a permis, d'une part, à limiter les dépenses pour l'assurance maladie-maternité mais a également eu comme conséquence le sous-financement du médico-technique que nous constatons depuis plusieurs années (cf discussions en CPH menées en 2019, en amont de la dernière enveloppe globale).

Le développement démographique très important (+25% de population en 10 ans) a provoqué un décalage entre les demandes croissantes de soins et la disponibilité de l'offre légalement limitée sans que cette dynamique n'aurait été prise en compte dans le cadre légal cité

L'esprit conventionnel a été détourné en impliquant un représentant de la FHL dans les rangs des médecins pour négocier les tarifs réglementaires de la nomenclature des médecins. La composition de la Commission de nomenclature n'est donc pas équilibrée dans le sens que les représentants de la CNS et de l'Etat ont de facto une majorité par rapport aux représentants des médecins ou d'autres professions de santé.

Le Président de la Commission de nomenclature joue donc un rôle capital dans le bon fonctionnement des travaux de cette commission. C'est pour cette raison que le corps médical et médico-dentaire a souligné lors d'une AG extraordinaire en mai 2018 que cette tâche doit toujours être attribuée à une personne neutre et a été critique envers l'attribution de cette tâche à des personnes ayant un rôle de contrôle en matière de sécurité sociale.

• Loi hospitalière du 8 mars 2018

Le corps médical et notamment les médecins spécialistes ont subi des contraintes toujours croissantes au cours des étapes réglementaires et législatives.

Alors que l'AMMD avait déjà présenté le concept d'une chirurgie ambulatoire lors d'une Quadripartite en avril 2008, le virage ambulatoire n'a jamais tourné dans le bon sens. En 2014, le Conseil scientifique a tout de même établi les critères médicaux d'une chirurgie ambulatoire mais depuis lors, il n'y a pas eu d'avancée substantielle. La promesse de l'ancienne Ministre de la Santé, que la Loi hospitalière allait ouvrir la voie du virage tant attendu s'est avérée comme un échec sinon un leurre.

• Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers par la Cour des comptes de janvier 2019

Ce rapport est très critique par rapport au Ministère de la Santé. Il pointe du doigt de nombreux vices de procédures comme le non-respect des règles de marché public ou des contrôles par la Chambre des députés. Il dévoile ainsi un manque de sérieux et de suivi des obligations incombant au Ministère. Ces constats sont interpellants dans un pays démocratique.

Par l'approche de planification du projet de loi sous rubrique, les contraintes étatiques y liées sont clairement majorées.

• Arrêt de la Cour constitutionnelle n°149/19

Une lumière émergeait toutefois suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle de 2019, qui a constaté que la liberté d'exercice du médecin radiologue ne pouvait pas être limitée par un règlement grand-ducal fixant souverainement, c.à.d. sans précisions ou limites prévues par la loi, une liste d'appareils réservés au milieu hospitalier.

• Loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions

Cette loi récente est une transposition d'une Directive européenne 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions.

L'article 3 (1) de la loi du 2 novembre 2021 précise que : « Avant d'introduire de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou administratives limitant l'accès à des professions réglementées ou leur exercice ou avant de modifier de telles dispositions existantes, il est procédé à un examen de proportionnalité conformément aux dispositions de la présente loi. »

Sous (3), « Toute disposition visée au paragraphe 1^{er} est accompagnée d'une explication qui est suffisamment détaillée pour permettre d'apprécier le respect de proportionnalité. »

Enfin, à l'article 6, toute une série de critères sont énumérés qui seraient également applicables au projet de loi sous rubrique.

Toutefois, à notre connaissance, aucun des critères n'a été évalué ou détaillé selon les règles prévues par cette loi. Les auteurs semblent avoir ignoré la loi du 2 novembre 2021 qui vise non seulement l'accès à la profession mais également son exercice. S'il est vrai que l'AMMD a milité pour obtenir un accès à l'exercice en société, il n'en reste pas moins que ceci ne dispensait pas le législateur à examiner le respect des règles de proportionnalité et que surtout rien ne le dispensait de le faire en ce qui concerne l'extension de la médecine ambulatoire sur l'extrahospitalier, confié aux hôpitaux sous forme de nouvelles antennes et non pas à l'initiative des médecins libéraux extrahospitaliers prétendument protégés par la Constitution.

• *Gesondheetsdësch*

Le Gesondheetsdësch a été lancé par le Ministre de la Sécurité sociale, Monsieur Romain Schneider, en date du 26 juin 2019, suite au litige qui opposait les autorités de la sécurité sociale au corps médical et médico-dentaire ayant voté à l'unanimité de ne plus participer à la Commission de nomenclature pour les raisons de sa composition et de son fonctionnement. Durant près d'un an, la Commission de nomenclature a siégé et elle a voté des recommandations circonstanciées. Etant donné que les problèmes du système de santé ont déjà été abordés à l'époque, le Ministre avait proposé d'organiser le « *Gesondheetsdësch* » et que l'AMMD allait assister à nouveau aux réunions de la Commission de nomenclature, ce qui a été accepté.

Entre temps, le Gesondheetsdësch s'est étalé de février 2020 à juillet 2021. Six grands thèmes étaient proposés et abordés :

1. Démographie médico-soignante : leviers pour prévenir une pénurie
2. Meilleure complémentarité entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier
3. Amélioration des relations entre les personnes protégées et les prestataires
4. Prévention dans le domaine de la santé : vers un changement de paradigme
5. Recours aux nouvelles technologies dans le domaine de la santé
6. Financement du système de santé : pérennité financière du système

Si les thèmes ont certes été tout justement abordés, il faut constater que l'organisation n'a pas permis un débat réel. Les Ministres de tutelle ont ainsi pu éviter et contourner une analyse approfondie et transparente des arguments exposés par les différentes parties pour chercher une solution la plus équilibrée et la plus consensuelle possible. En absence de confrontation dialectique digne de ce nom, il était impossible de connaître les éventuelles conclusions que, pourtant, les ministres concernés s'avançaient d'en tirer. Après le départ du Ministre de la Sécurité sociale alors en fonction, il ne restait que la Ministre adjointe et Ministre de la Santé pour tirer les conclusions qu'elle entendait en tirer. Bref, en absence de debriefing du Gesondheetsdësch à ce sujet, l'issue des discussions restait nébuleuse, en tout cas pour le Collège médical et pour l'AMMD. Il faut souligner que les auteurs eux-mêmes n'ont pas estimé utile de mentionner le Gesondheetsdësch dans l'exposé des motifs du projet de loi sous rubrique.

• *Ouverture du cabinet de radiologie du Centre Médical du Potaschbiërg*

En date du 20 avril 2022, le Centre Médical du Potaschbiërg a ouvert ses portes pour donner accès aux patients ayant besoin des examens médicaux essentiels que sont l'imagerie par radiologie conventionnelle, par tomographie axiale « computerisée » (CT Scan) ou par résonnance magnétique nucléaire (IRM).

La Ministre de la Santé a déclaré en Chambre des Députés comme en public, que l'ouverture de ce centre médical proposant des IRM en milieu extrahospitalier serait illégale sans fournir des précisions juridiques convaincantes.

À notre connaissance, aucun autre juriste n'a à ce jour confirmé l'interprétation douteuse de la Ministre de la Santé. Elle n'a pas non plus déposé plainte ou fait fermer l'établissement comme elle aurait dû le faire dans la logique de ses responsabilités, mais a préféré mettre la pression sur les médecins concernés en les « invitant » à trouver un accord avec le CHL, un établissement hospitalier ne disposant que de 2 sites d'exploitation sur un maximum de 3 sites possibles selon la Loi hospitalière.

En argumentant sur base de cette présomption d'illégalité, le remboursement des assurés concernant les actes médicaux délivrés sur ordonnance médicale a été refusée par la CNS, ce qui est contraire aux principes du conventionnement obligatoire et de l'assurance obligatoire et ceci dans une spécialité dont le manque d'équipement et de disponibilité faisait scandale.

Les saisines introduites légalement, déjà en mai 2021, par l'AMMD à la Commission de nomenclature, ciblant le remboursement des patients tout comme les frais liés aux appareils d'imagerie, ont été tout simplement bloquées sur une intervention politique des deux Ministres de tutelle, ayant interféré directement et d'une manière récurrente avec le fonctionnement de la Commission de nomenclature, ce qui revient à une suspension des règles légales en vigueur pour gagner du temps. Cette immixtion est contraire à l'esprit conventionnel et montre bien le chemin vers une médecine étatique de plus en plus confirmée.

L'ouverture d'une IRM devançait donc de peu le dépôt du projet de loi sous rubrique dont le contenu avait été sommairement indiqué aux représentants de l'AMMD lors d'une réunion quelques semaines plus tôt.

Il est regrettable que pareil projet, aux enjeux aussi conséquents, n'a pas pu être consulté par les professions concernés sous forme d'un avant-projet de loi.

Ainsi donc, après tant de discussions sur tant d'années, le Corps médical se retrouve à nouveau et une fois de plus devant des faits accomplis, comme cela a été le cas en 2009-2010 et encore une fois en 2016-2018, sans qu'aucun des problèmes soulevés ne soit solutionné. Pire, cette perte de temps et l'absence d'efficacité interviennent à l'aube d'une nouvelle crise financière qui plus que probablement sera également une crise du financement public d'un système de santé toujours plus dysfonctionnel et toujours moins adapté aux besoins réels des assurés.

2.2 Réflexions de l'AMMD sur les « Exposés des motifs » (Remarque : sont repris par la suite les mêmes titres et sections qu'énoncés dans le document déposé à la CHD relatif au PL n°8009)

I Introduction :

A l'introduction, il est important aux auteurs de « rappeler » les « valeurs fondamentales » du système de santé et quelques éléments de l'accord de coalition 2018-2023. Ensuite on passe rapidement au cas particulier des délais d'attente pour accéder à une IRM, sans pour autant mettre dans le contexte les problèmes d'ordre général du système de santé.

Le concept vise une ouverture ambulatoire de l'offre hospitalière pour améliorer l'accès des patients. Le projet sous rubrique ne vise pas d'améliorer globalement les nombreux problèmes énumérés ci-dessus. Il cherche à « maintenir les fondements du système de santé » (page 2, dernier alinéa) sans se poser certaines questions incontournables.

En page 2, on note la phrase suivante : « Actuellement, l'implantation de services IRM en milieu extrahospitalier est limité par l'article 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui prévoit que chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de trois sites hospitaliers ». En fait, la première partie de cette phrase suggère que le nombre d'IRM en milieu extrahospitalier serait limité par la loi, or nous continuons à contester ceci avec force. La loi hospitalière est applicable aux établissements hospitaliers et non aux cabinets de médecins. En outre, un site hospitalier n'est pas à considérer comme milieu extrahospitalier mais bien comme milieu hospitalier puisqu'il tome sous sa compétence unique ! D'où mélange de genres augmentant la confusion générale. On passe ensuite rapidement au fait que seulement deux établissements hospitaliers pourraient ouvrir un 3ème site étant donné que les deux autres en ont déjà trois.

Ensuite : « Toutefois, l'évaluation des besoins de la population a bien montré qu'il faut des sites additionnels en dehors des sites hospitaliers (...) ». En réalité, les développements démographiques et des besoins des assurés étaient longtemps ignorés.

L'analyse des prestations médicales par rapport aux proportions de population résidente dans les différents cantons territoriaux ne prend pas en considération les demandes fortement en augmentation des demandes de rendez-vous formulées par les assurés non-résidents, ce qui conduit bien à des constats et des conclusions biaisées.

Il est cité ensuite l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 et l'arrêt de la Cour constitutionnelle n°148/19. La Cour constitutionnelle a considéré dans cet arrêt que « *l'établissement d'une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et les médecins dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, prévue à l'article 19 de la loi du 29 mars 1983, constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale du médecin* ». Les auteurs du PL sous rubrique ont continué la même phrase que la Cour constitutionnelle avait écrite (sans la référencier en tant que telle) par ce qui suit : « *(...), qui en tant que tel doit être réglée au niveau de la loi.* » Ceci laisse croire que la Cour constitutionnelle aurait suggéré que le législateur doit revoir la loi en question. En fait, la Cour constitutionnelle n'a pas voulu inciter le pouvoir législatif de légiférer, car ceci serait une immixtion intenable contraire à la séparation des pouvoirs de l'Etat mais elle voulait simplement pointer du doigt que la restriction telle qu'initialement prévue par la loi modifiée du 29 avril 1983, sans donner des indications quant à l'objectif des mesures d'exécution, n'est pas constitutionnelle.

- Les auteurs concluent dans leur logique que : « *Dès lors, il est nécessaire de créer une base légale pour les équipements réservés au milieu hospitalier dans le cadre de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée.* » Là encore la logique de l'argumentaire n'est pas tenable comme il n'y a pas de nécessité de légiférer. Le législateur a le **choix** de voter une nouvelle loi, sous réserve d'une volonté politique et d'une motivation bien fondée. En fait, il veut légiférer pour exclure une autre solution ne l'arrangeant pas en ce qu'elle accorde un rôle à jouer aux professionnels libéraux. Ensuite, le Gouvernement ne semble pas avoir respecté la Loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions.

Ensuite, à supposer que le cadre légal existant ne permettrait pas aux médecins d'ouvrir une IRM en milieu extrahospitalier, quelle nécessité aurait la Ministre à proposer un projet de loi amendant la loi hospitalière en vigueur ? En réalité, le cadre légal que la Ministre cherche à opposer aux médecins du CMP n'est pas applicable et c'est bien la preuve, qu'elle a voulu intimider les médecins du Centre médical Potaschbiere en les menaçant d'une fermeture du cabinet si les médecins ne cherchaient pas une collaboration avec le CHL, qui obtiendrait ainsi une antenne de son service médical d'imagerie à Grevenmacher.

Comme déjà mentionné, au long de l'exposé des motifs, les auteurs ne font aucune mention du « *Gesondheitsdäsch* ». Le sujet du projet de loi tel que déposé, aurait pu être débattu avec les acteurs réellement concernés par des échanges d'arguments dans le but de trouver la meilleure solution. Le projet de loi tel que déposé est bien la preuve vivante que le dialogue n'est toujours pas un Leitmotiv de la politique de santé et de sécurité sociale. On préfère passer par la force. L'idée initiale du *Gesondheitsdäsch* est donc détournée en organisation alibi.

II. Le cadre général

II.1. Le système de santé

Les auteurs estiment que le « *développement du système de santé est un processus permanent d'adaptation aux besoins changeants de la population, d'intégration de nouvelles possibilités de traitement et d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prestations fournies.* »

Ici la question se pose de savoir si les auteurs croient vraiment et honnêtement qu'une planification telle que prévue et vécue depuis plus de 20 ans, serait la clé pour garder le pas du progrès médical ? De toute évidence, la planification étatique a conduit vers une sous-couverture médicale.

« *Le système de santé publique se caractériserait par le libre accès à des soins de qualité, l'égalité de traitement, le financement solidaire et aussi la solidarité avec les bénéficiaires des soins* » est davantage une volonté politique qu'une réalité. Le système de santé est certes financé par les deniers publics mais il n'est pas encore assimilable à un « système public ». Si la volonté politique était de l'instaurer, il faudrait un débat politique clairement affiché pour expliquer aux citoyens toutes les conséquences. En tout cas, suite à la planification hospitalière en place depuis de nombreuses années, un grand nombre de patients n'ont déjà plus accès à certains soins dans des délais raisonnables et c'est la raison pour laquelle un nombre croissant de patients dits « notables » arrivent à court-circuiter les salles d'attente en passant par des filières privilégiées, surtout aussi à l'intérieur du milieu hospitalier, déclaré pourtant garant de l'égalité de traitement.

« *La pérennisation de ces valeurs exige un esprit de modernisation, une approche critique, une nécessité de transparence et une recherche de la qualité et de l'efficacité.* » Nous nous permettons ici

de souligner que l'AMMD a insisté depuis près de 15 ans que le financement des établissements hospitaliers n'est ni suffisamment transparent ni efficace.

Pour le volet des investissements dans les projets hospitaliers, la Cour des comptes et la Commission parlementaire du Contrôle de l'exécution budgétaire, après analyse de quelques échantillons, ont démontré qu'il existe raison d'acter. Le volet des frais de fonctionnement courant n'a jamais été sujet à enquête dans le passé.

Jusqu'à présent, aucune volonté politique n'est affichée pour rendre réellement transparent le financement hospitalier par une approche résolument objective. L'AMMD a réitéré cette demande lors des discussions au Gesundheitsdësch, mais cette requête est restée sans écho. En tant que responsable politique, il ne suffit pas de prétendre la transparence sans la livrer.

II.2. Les visées du projet de loi

« Depuis la réforme structurelle de 1992, les fondements du système de santé sont globalement restés inchangés notamment en ce qui concerne le conventionnement obligatoire des prestataires de soins garantissant un accès égal et équitable de l'offre de soins, une médecine libérale jouissant d'une liberté thérapeutique et d'une liberté de prescription large, ainsi qu'un secteur hospitalier planifié, fonctionnant suivant des principes comparables à un service public ».

Il faut remarquer que cette phrase est erronée à plusieurs égards :

D'abord, le système de conventionnement obligatoire est contesté par le corps médical et médico-dentaire pour plusieurs raisons. Surtout pour les patients, un tel système n'est pas irréprochable. En effet, le retard systématique de la nomenclature des médecins est la preuve que le système tel qu'il est mis en place ne rencontre pas les demandes des patients. Pour rappel, ce sont les médecins ayant facturé par analogie qui a permis le remboursement des prestations au bénéfice des patients. Ce sont les médecins qui ont ainsi compensé les lacunes d'une nomenclature vétuste. On est en train seulement maintenant de rattraper le retard pour réadapter la nomenclature suivant l'évolution du progrès médical. En outre, il n'est pas prouvé du tout que les tarifs réglementés garantissent l'accès équitable aux soins de qualité.

En outre, un accès équitable aux soins n'est pas garanti non plus étant donné que les délais pour accéder aux soins dépassent pour un nombre croissant de médecins spécialistes les limites du raisonnable. Ce qui mène au constat que les personnes ayant des relations personnelles ont un accès privilégié aux soins par rapport aux nombreux autres qui n'en ont pas. C'est notamment le cas de nombreuses personnes de la vie publique.

Et quant à la planification hospitalière, elle n'était d'abord pas imaginée dans les bureaux d'un ministère mais ce sont les hôpitaux qui ont cherché des fusions pour des raisons de concentration utile de certaines activités médicales. L'évolution du progrès médical a rendu illusoire le maintien d'une maternité sur le site de Dudelange, raison pour laquelle elle a été fermée. L'ancien maire de cette ville et ancien ministre de la Santé s'en souvient sans doute. La planification hospitalière déjà en place depuis longtemps a eu un coup d'accélérateur à partir de l'entrée en vigueur de la loi hospitalière du 8 mars 2018. Mais c'est uniquement en conséquence, lors des discussions en CPH en 2019, en amont de la fixation gouvernementale de l'enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier qu'il s'est avéré que les établissements manquaient d'investissements dans le domaine du médico-technique. Les budgets y alloués ne suffisaient et ne suffirent pas. Si le Ministère disposait d'un listing d'appareils médicaux et de leur année de mise en fonction, on se rendait compte du déficit y lié. Mais comme on n'a jamais demandé de tel listing, il est erroné de suggérer que la planification hospitalière soit une réussite. Or le projet de loi sous rubrique persévère dans une logique de planification quitte à ce qu'il permette aux établissements de recourir à un financement par leasing ou location.

La logique de planification étatique, ayant livré évidemment les preuves d'échec, est pourtant maintenue pour des arguments avancés, mais non justifiés, de prétendu contrôle de coûts d'une part et pour des motifs évidents, mais non articulés, de contrôle politique d'autre part.

En effet, dans le système tel que conçu, le Ministre de la Santé décide au bout du compte à lui seul de l'allocation de moyens financiers substantiels venant du public. La cerise sur le gâteau en est que la justification de ses actes est essentiellement concrétisée et même valorisée par un profilage médiatique lors de chaque ouverture d'un bâtiment hospitalier, d'une prestation nouvelle ou d'un appareil médical innovant.

En résumé, il faut constater que le projet de loi sous rubrique vise à pérenniser une politisation rampante du domaine de la santé, mettant sciemment à l'écart les médecins et aussi d'autres professionnels de la santé et négligeant les députés, seuls représentants légitimés d'une démocratie fonctionnelle.

Une telle politique fait fi des vrais besoins rapidement changeants des citoyens cotisants et imposés, non entendus et orphelins de tout choix, mais attendus pour acclamer les bienfaits du Ministre en place.

Les auteurs affirment ensuite que *« au vu de la croissance démographique et notamment du vieillissement de la population, il y a un risque de pénurie des ressources humaines, d'engorgement des ressources infrastructurales hospitalières, et des besoins de ressources financières supplémentaires. »*

Il ne faut pas être prophète pour voir venir à l'horizon les problèmes soulevés étant donné que le risque guetté est déjà réalité depuis des années. On a une pénurie de certaines professions de médecins et on a un engorgement des infrastructures hospitalières. On pourrait même rajouter que certains cabinets de médecins sont également submergés. Le corollaire en est effectivement que le système de santé est donc sous-financé et/ou mal planifié. Pourtant, l'AMMD a lourdement insisté auprès de la Ministre de la Santé, en amont et pendant le *Gesondheitsdësch*, pour l'alerter des manques constatés.

Du coup, les pistes que le Ministère a identifiées pour améliorer la situation vont dans le bon sens (redonner une meilleure visibilité aux soins primaires, concrétiser les soins ambulatoires et l'hospitalisation à domicile, recourir à une stratégie de prévention, augmenter l'attractivité du secteur de la santé, digitalisation du secteur...). Il est toutefois étonnant que ces idées ne soient pas récentes mais qu'elles n'ont simplement pas été mises en œuvre. Pire, l'initiative digitale des médecins, visant une intégration des citoyens dans une démarche digitale du domaine de la santé ayant démarré notamment suite au naufrage du DSP, a été saboté par les administrations de tutelle et particulièrement par une Agence e-Santé dysfonctionnelle.

« L'objectif est de pousser davantage la prise en charge ambulatoire en instaurant des incitatifs pour encourager cette transformation dont l'objectif devrait être de proposer des services de qualité et durablement financables. Une future planification doit ainsi impérativement valoriser le virage ambulatoire. »

Ceci est un aveu d'échec de la loi hospitalière votée il y a peu et confirme ex post l'avis prévisionnel de l'AMMD de l'époque. Bien entendu que le projet de loi sous rubrique pourrait d'une certaine manière favoriser, mais surtout politiser le virage ambulatoire. Toutefois, si le virage ambulatoire tel qu'imaginé s'opérait sans revoir le financement global des établissements hospitaliers, nous pouvons affirmer dès à présent que le prix à payer sera très lourd. En effet, le virage ambulatoire s'il réussissait enfin, devrait s'accompagner nécessairement d'un recrutement substantiel de médecins. La facture pour la CNS sera assez lourde dans la mesure où la même logique de financement serait dupliquée par rapport à l'existant. On y reviendra plus loin.

« Il faut prévoir la création de sites hospitaliers supplémentaires exclusivement dédiées aux activités ambulatoires ;

Ces sites entreront dans le cadre légal global de planification nationale tenant compte des besoins sanitaires et par conséquent les dispositions y relatives s'inscriront dans la loi ;

Ne pourront donc être exploités sur ces sites supplémentaires que des activités de services n'ayant pas recours à des lits d'hospitalisation, conformément à l'annexe 2, point D de la loi, à savoir notamment les services de dialyse, d'imagerie médicale, d'hospitalisation de jour non chirurgicale ou encore de traitement oncologiques ambulatoires ».

Voilà tout le concentré d'une volonté politique mettant en évidence, à côté des besoins réels des patients, le prétendu fait que cette façon de légiférer serait le seul moyen de virer à l'ambulatoire.

L'alinéa qui suit *« Une considération géographique (...) »*, n'est pas commenté comme il n'est pas aisé de suivre le ou les messages que les auteurs aient bien voulu lui donner.

« Pour des interventions de routine, des centres délocalisés à proximité du lieu de résidence ou du lieu de travail sont envisagés. Pourtant des actes complexes de prêtent certainement mieux pour des centres spécialisés et où le patient n'hésite pas de faire des déplacements spécifiques pour être traité par des spécialistes dans un environnement spécialisé ». A ce sujet une interconnexion et une forte digitalisation sont clé. »

Un alinéa aux formulations scabreuses, laisse imaginer que de nouvelles structures ambulatoires vont émerger à tous les coins du pays. Une telle vision n'est guère réaliste. Enfin, le clin d'œil sur la digitalisation, ne rend pas plus crédible le projet de loi comme il n'en parle pas. On a l'impression que l'argumentaire se base sur l'énumération de mots clés certes importants, tous évoqués lors du *Gesondheitsdësch*, mais assemblés librement en fantaisiste sans sens concret.

« Aussi une attractivité du système de santé pour les professionnels de santé et une qualité des soins médicaux sont clé pour que le système de santé reste soutenable et il faut dès lors assurer que le professionnel de santé ait notamment accès aux infrastructures dans les meilleurs délais. En outre, il est important d'assurer une certaine flexibilité aux médecins et d'assurer la possibilité de travailler sur des équipements et appareils de pointe en ligne avec l'innovation. »

Le paragraphe qui précède est prévu pour expliquer aux professionnels de santé, les médecins dans le cas particulier, que les auteurs du PL ont bien compris certains messages transmis. Bien entendu, qu'il faut un environnement de travail qui convienne si on voulait attirer de nouveaux médecins. Toutefois, un des points cardinaux n'est pas soulevé, c'est celui de la gestion des structures par les médecins. Il est simplement aberrant de constater qu'on essaie par tous les moyens d'empêcher les médecins spécialistes à pratiquer leur profession en se substituant à leur gestion.

« Ainsi en premier lieu un état des lieux sur les besoins en soins ambulatoires dans la globalité est à établir sur base de prospections sanitaires selon des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, et sur base des activités en soins ambulatoires sur les sites hospitaliers. Suite aux activités détectées, il s'agit de se prononcer par rapport aux procédures et aux types de patients pouvant être pris en charge en ambulatoire sur des sites dédiés hors sites hospitaliers existants. (...) A ce sujet le financement de ces activités n'est pas limité par l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier, car cette enveloppe budgétaire se fera en dehors de l'enveloppe budgétaire globale. »

On reconnaît aisément l'esprit de planification qui prend des dimensions vertigineuses. Pour la Ministre de la Santé, l'exercice de la médecine est planifiable. On croirait que les patients sont réduits à des cas types classifiables suivant les tables Excel du Ministère. Quelle confusion, égarement voire aberration ! La médecine n'est pas planifiable. Et encore moins dans notre petit pays au nombre très réduit de médecins spécialistes et en conséquence aux chiffres d'activité minuscules en comparaison d'autres pays.

Pourquoi, ne pas avoir une approche pragmatique et faire confiance aux médecins d'exercer tout simplement leur profession ?

L'AMMD est convaincu que les médecins regroupés en forme sociétal, auraient la possibilité de se sur-spécialiser, d'assumer une continuité des soins et de satisfaire aux besoins rapidement changeants des patients en fonction de l'évolution du progrès médical.

Il est étonnant avec quelle assurance, Madame la Ministre étale son projet de planification qui accompagnerait de près les besoins des patients alors que la réalité constatée en est toute une autre. C'est l'AMMD qui a présenté le concept d'une chirurgie ambulatoire en avril 2008 déjà. 14 ans plus tard, la Ministre de la Santé ose faire la leçon.

Encore une fois, ce n'est certainement pas le concept de planification tel que présenté qui mobilisera les rares forces vives du terrain. Ce n'est certainement pas le concept de planification qui sauvera le système de santé du pays. Nous avons souligné ci-dessus les motifs politiques au concept d'une planification telle que prévue.

III. Considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, et sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers

L'intérêt de l'étude effectuée se résume au constat que la population de chaque canton semble bénéficier des mêmes soins.

Le message de l'alinéa 4 sous III.3 est difficile à comprendre.

Par contre, le constat en page 11 *« Dès lors, il faut reconnaître que la planification a permis d'assurer une couverture nationale des besoins de soins de la population du Grand-Duché de Luxembourg, tout en reconnaissant que des disparités puissent persister sur base de la géographie du pays. »* est audacieux et hasardeux et ne peut être tiré sur base des quelques éléments chiffrés analysés. Tout d'abord, d'après ce constat, comment prétendre qu'il y ait encore un besoin supplémentaire pour pallier

à des besoins qui sont déjà couverts par la planification en place ? Comment peut-on prétendre que la planification existante aurait satisfait les besoins des patients ? Pour y répondre, il faudrait demander les patients eux-mêmes.

« Ainsi le projet de réforme, doit par une ouverture de développement de sites hospitaliers supplémentaires relatifs aux prestations de soins ambulatoires permet davantage d'aligner l'offre des soins à la répartition de la population selon le lieu de résidence et le lieu de travail. »

L'alinéa qui précède est encore une fois difficile à comprendre. Il semble que le texte a été rédigé à la va-vite.

2.3 Réflexions de l'AMMD sur les « Commentaires des articles »

Article 1^{er} (regroupant les modifications apportées à la loi hospitalière de 2018)

Point 1^o – article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 nouveau

« Face aux défis du vieillissement de la population et des risques associés futurs d'engorgement des structures de santé, de hausses des coûts globaux de santé et de pénurie de professionnels de santé, le virage ambulatoire sera à développer davantage. (...) »

Au Ministère on estime qu'il n'y a pas encore d'encombrement des structures de santé. Il faut se poser la question à partir de quel niveau le Ministère reconnaît-il l'encombrement. Et concernant les coûts de santé, il faut conclure qu'on se doute d'un déficit structurel du système de santé tel que financé, alors qu'on vit dans une situation de pénurie d'un grand nombre de médecins spécialistes. Que deviendrait la situation financière de l'assurance maladie maternité si on avait un nombre suffisant de médecins ? Ne faudrait-il pas revoir le financement des structures hospitalières avant de les gonfler davantage ? Tous ces arguments ont été exposés par l'AMMD notamment lors du GT6 du *Gesondheitsdësch*. En effet, il ne suffit pas de planifier un virage ambulatoire pour prétendre faire des économies. C'est le contraire qui va se passer. Pour l'AMMD il est évident que tout virage ambulatoire et toute offre supplémentaire de soins de médecine va inévitablement majorer les dépenses en soins de santé aux dépens de l'assurance maladie-maternité, et ceci à fortiori si ce revirement est réalisé dans les conditions de coûts dictés par l'organisation hospitalière. Au sein des hôpitaux on compte environ 9500 salariés pour 850 médecins dits « hospitaliers, ce qui revient à comptabiliser 10 salariés pour chaque médecin. A l'étranger, c'est plutôt un ratio de 5/1 que de 11/1. L'AMMD a lourdement insisté sur ce constat objectivement coûtant, ayant échappé à la démarche de planification déjà en place.

C'est pour cette raison que l'AMMD a itérativement plaidé pour procéder à une analyse des budgets alloués aux établissements hospitaliers. Il serait à notre sens utile d'en extraire les missions de logistique de chaque hôpital pour les mutualiser à l'ensemble des structures de santé du pays. Par cette approche, on réduirait les charges de travail de chaque hôpital. L'hôpital deviendrait plus facile à gouverner et plus intéressant pour les médecins à y travailler pour assurer la médecine hospitalière spécifique et lourde dans un environnement redevenu maîtrisable.

Un centre de logistique en matière d'informatique, d'hygiène, de pharmacie et d'achats pourrait ainsi voir le jour en reprenant les salariés concernés des hôpitaux tout en leur attribuant de nouvelles missions en fonction des profils repérés et des besoins du pays.

Enfin, dans le virage ambulatoire tel que l'AMMD l'a envisagé, l'activité médicale pourrait être progressivement déployée en dehors des hôpitaux, sur base d'initiatives venant des médecins eux-mêmes, en adéquation avec leur profession, en ligne avec les besoins des patients. En même temps, les médecins s'engageraient à participer aux rôles de gardes et d'astreintes et contribueraient à mutualiser leur compétence spécifique le cas échéant au bénéfice de tous les établissements hospitaliers. Une telle approche serait évidemment facilitée par la possibilité d'exercice en société telle que proposée par le Collège médical et l'AMMD.

« Il est dès lors important de focaliser les prises en charge ambulatoires dans les infrastructures dédiées afin de profiter pleinement des gains d'efficacité et de confort pour le patient. En effet, les prises en charge nécessitent un cadre infrastructurel et organisationnel distinct des prises en charge en milieu stationnaire. »

C'est évidemment heurtant de relire l'argumentaire que l'AMMD a ressassé depuis tant d'années pour constater que le pouvoir politique se l'approprie tout en le déviant exclusivement en faveur des structures hospitalières. L'AMMD ne mène pas de « politique » contre les hôpitaux, au contraire. Par

contre, l'AMMD a rendu attentif aux problèmes de gouvernance de ces structures ayant rapidement grandi au grand dam de l'ensemble des employés et de la plupart des médecins hospitaliers. La complexité de gestion a progressé d'une manière exponentielle et ceci a engendré non seulement une insatisfaction auprès des salariés mais également des coûts conséquents pour la CNS. Nous plaçons pour que les hôpitaux se concentrent sur la médecine hospitalière à la gestion simplifiée au profit de tous, notamment des patients, assurés et payeurs.

Aussi longtemps que le pouvoir politique ne veut pas regarder ces enjeux en face, l'évolution des coûts en matière de sécurité sociale vont croître en s'accéléralant. On arrivera très vite au constat qu'il faudra inévitablement augmenter les cotisations pour pallier les déficits de la CNS. Dans cette situation, l'Etat devrait également majorer sa contribution forfaitaire de 40% des budgets de la CNS.

En situation économique plus que fragile, est-ce vraiment opportun d'ouvrir les vannes des dépenses aux efficacités douteuses ? Est-ce vraiment opportun de voter une loi telle que proposée avant d'avoir des informations plus concrètes quant aux détails du financement hospitalier par budget ? Et ne serait-il pas opportun d'avoir à disposition ces éléments avant de voter des lois de financement de nouvelles structures hospitalières ?

« Afin de répondre à ce point, il est prévu d'autoriser des prises en charge ambulatoires dans un cadre infrastructurel et organisationnel adapté se situant en dehors des murs des hôpitaux existants (sites supplémentaires) sous forme d'antennes de service pouvant être exploitées par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un groupe de médecins. Conformément au projet de loi autorisant les médecins à s'organiser sous forme de société, il sera également possible que les sites supplémentaires soient exploités par un établissement hospitalier en collaboration soit avec un ou plusieurs médecins soit avec une personne morale au sens de la loi autorisant la médecine sous forme sociétal. »

L'AMMD a plaidé depuis avril 2008 pour des structures indépendantes des hôpitaux. C'est seulement maintenant que cette idée primordiale trouve son chemin dans un projet de loi. Toutefois, on ne remet pas en question les problèmes d'une gestion complexe qui s'est créée et s'est amplifiée durant les dernières 14 années.

Ensuite, il est aberrant que le projet de loi prévoit que ces sites supplémentaires soient exploités par les seuls hôpitaux, respectivement à leur seule initiative arbitraire, sans même s'occuper de la question si une instance de contrôle peut intervenir dans le choix de l'hôpital d'agir seul ou en collaboration. La question pourquoi ces structures ambulatoires, aux flux de patients séparés, à l'organisation simplifiée, ne pourraient pas être gérés aussi par des médecins ou par des médecins regroupés en société selon le projet de loi modifiant la Loi de 1983 sur l'exercice de la profession de médecin ou de médecin-dentiste ? Il s'agit d'une nouvelle restriction inacceptable à la profession libérale. Elle nuira en outre au développement sain et intelligent de la profession au bénéfice des patients. Elle étouffera encore une fois l'esprit de création et d'imagination tant manqué par les structures hospitalières actuelles.

« Si le développement du virage ambulatoire dans les antennes de services (...), la planification équitable et le contrôle des coûts »

Les auteurs suggèrent par cet alinéa comme si les données quant à la qualité des prises en charge, de l'accès des patients et des coûts y liés seraient disponibles. Les demandes de l'AMMD de rendre transparent les financements hospitaliers, ou de publier le nombre d'infirmières engagées, ont été bloquées. Actuellement, il n'y a pas de données fiables pouvant répondre aux questions soulevées par l'alinéa en question et ce n'est pas suffisant de l'écrire pour s'auto-satisfaire confortablement. Bien au contraire ! Actuellement le Ministère de la Santé ne dispose pas des chiffres lui permettant de planifier avec efficacité. Pire, suivant le rapport spécial de la Cour des comptes du 22 janvier 2019, il en ressort que même les procédures légales ou réglementaires, qui sont exclusivement du rayon de responsabilité du Ministère, n'ont souvent pas été respectées.

Le Luxembourg est un petit pays et le domaine complexe de la santé ne se prête tout simplement pas à une planification absolue partant de l'initiative vaniteuse des promoteurs d'une médecine étatiqueEtat, puis filtrée et distillée par la CNS pour être opérationnalisée par les établissements hospitaliers. Il faut rappeler et souligner que ce sont bien les médecins hospitaliers, salariés ou libéraux, qui amortissent, qui compensent sans cesse les imperfections sinon les aberrations légales et réglementaires existantes afin de s'occuper de leurs patients.

Si au moins les médecins pouvaient prendre des initiatives dans le secteur ambulatoire, nous sommes convaincus que les patients verraient très rapidement un accès amélioré. En plus, le fonctionnement hospitalier pourrait également profiter de l'afflux de nouveaux médecins.

« En même temps, afin de répondre au critère d'attractivité pour les professionnels de santé, une implication du corps médical dans la gestion des antennes est à prévoir¹. »

C'est révélateur que les auteurs aient estimé qu'une seule phrase peu compréhensive suffise pour arrondir les angles des travers rédigés en amont. Non seulement que les auteurs restent muets sur les détails d'une éventuelle implication de gestion sachant que l'initiative parte des hôpitaux qui engage le personnel infirmier et qui dès lors impose l'organisation pour les volets essentiels.

« Afin de répondre à ces objectifs, l'approche retenue se situe dans le cadre d'une planification. Ainsi (...) ne se limitant pas à un investissement propre mais permettent également la location et le leasing »

Pour mémoire, le présent projet de loi ne prévoit aucune mesure de simplification « administrative ». A l'heure actuelle, les hôpitaux ont engagé en moyenne 10 voire 11 salariés pour un médecin hospitalier. Les coûts de fonctionnement de l'hôpital s'élèvent du coup à environ 1,5 millions Euro par médecin hospitalier, lui-même n'étant nullement comptabilisé dans ce bilan.

Contrairement aux attentes de la Ministre de la Santé, les coûts déjà étouffants et croissants des budgets hospitaliers vont refroidir mathématiquement tout espoir de développement futur et rapide de nouvelles antennes sous une houlette hospitalière. Un futur financement à l'activité n'y changera rien comme l'équilibre de l'assurance maladie-maternité présente déjà un déficit structurel tel que constaté lors de la Quadripartite d'avril passé. En conséquence, les patients risquent d'attendre toujours leur virage ambulatoire.

Ensuite, nous nous demandons sur base de quelles prospections sanitaires serait organisée la planification ? En absence d'argument crédible et vérifiable inclus dans le texte du projet de loi sous rubrique, on impose au corps médical des restrictions à leur exercice par des planifications abstraites et nébuleuses. D'un coup de plume, on perpétue et multiplie les mêmes dysfonctionnements déjà lourdement critiqués.

Point 2° – article 8, paragraphe 1^{er}, point 3

Sans commentaire supplémentaire.

Point 3° – article 9, paragraphe 6

« La réforme prévoit de ne pas limiter les sites (...) par le gestionnaire. »

On insiste sur l'utilité d'une planification selon le modèle existant de la Loi hospitalière. Les auteurs essaient de motiver leur choix de privilégier la méthode de planification d'antennes de service à autoriser, plutôt que de limiter les sites dédiés.

Les auteurs contournent le vrai problème de leur analyse partielle. Etant donné qu'on essaie à tout prix de limiter l'offre pour des motifs de coûts, on enlève la possibilité d'initiative aux médecins impliqués et intéressés pour arriver à une meilleure offre pour les patients.

L'AMMD se pose la question si cet argument est compatible avec le cadre légal européen existant, opposé au monopole déjà existant des établissements hospitaliers. Si la décision politique se réfère toujours au dicton simpliste du « pas tout partout » il faudrait également clarifier et détailler pour quels motifs précis, limite-t-on l'offre comme prévu. Or le texte sous rubrique ne donne pas d'éléments suffisants pour prendre un tel raccourci.

« Aussi l'approche retenue est de limiter une délocalisation de l'offre (...) qui y sont admis. »

Par l'alinéa qui précède, les auteurs craignent qu'une offre ambulatoire délocalisée pourrait mener à une mauvaise prise en charge des patients en absence de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients concernés. Les soucis comme décrits sont évidemment des enjeux permanents du corps médical. L'AMMD se permet d'attirer l'attention que le législateur a estimé utile de rendre même obligatoires les gardes et astreintes. La loi a pris effet le 1^{er} avril 2018 et depuis lors, les gardes et les astreintes ne sont toujours pas indemnisées à l'exception des gardes prestées pour certaines maternités.

Point 4° – article 14

« Au Luxembourg, depuis 1976 et sur base de la loi portant (...) sont dès à présent fixés par la loi⁴. (...) De même (...) un déploiement sur l'ensemble des établissements. »

C'est en effet un point capital du projet de loi sous rubrique qui justifie l'hospitalo-centrisme par des arguments de coût.

Tout d'abord, on peut aisément observer que la planification telle qu'en vigueur pour le secteur hospitalier, n'a pas réussi à satisfaire une demande croissante de soins par les patients. Les délais pour un nombre croissants de prestations de médecins spécialisées ont été largement commentées dans la presse.

Ensuite, même si la budgétisation globale avait été introduite à la suite de la réforme de la sécurité sociale en 2010 pour parer aux dérapages des années avant, ceci n'a pas évité de constater récemment que la progression des coûts hospitaliers pour la CNS deviendrait inquiétante. La Ministre de la Santé a même proposé d'instaurer un groupe de travail pour ce sujet épineux.

Enfin, il n'a jamais été prouvé que l'hospitalo-centrisme d'une part, ou le financement par budgets soient efficaces. Si l'efficacité était réelle, pourquoi le pouvoir politique recule devant toute analyse critique du financement actuel des hôpitaux ?

En tout état de cause, nous devons constater que l'hospitalo-centrisme, la planification en vigueur et le financement actuel des hôpitaux ont étouffé l'initiative des médecins et ont gommé l'accès aux soins de qualité des patients. Il nous apparaît absurde qu'on propose dans ce projet de loi les mêmes remèdes déjà défailants et chers comme dans le passé.

« En ligne avec les discussions parlementaires (...) un certain coût. »

Selon le texte, tout équipement dépassant un certain coût doit être autorisé par le Ministère suivant la procédure de planification connue, menant à un financement mixte entre l'Etat qui participe à raison de 80 % et la CNS qui participe pour les 20 % restants. On insinue par ceci qu'il serait raisonnable de planifier les coûts liés aux appareils considérés comme coûteux. Ainsi, un appareil coûtant 1 million d'Euro est à considérer comme un appareil cher. Admettons qu'une telle machine pourrait fonctionner durant 10 ans. Ceci reviendrait à calculer des frais d'amortissements de 100.000 Euro par an. Toute proportion gardée, ces montants sont doublement ridicules face aux enjeux des patients d'une part et face aux budgets et les frais de fonctionnement des établissements hospitaliers qui eux ne sont pas directement assumés par l'Etat.

La planification étatique telle que mise en place ne se prête pas pour contrôler les dépenses en matière d'assurance maladie étant donné qu'elle ne contrôle pas les frais de fonctionnement des établissements hospitaliers qui sont les vrais coûts significatifs. Les auteurs suggèrent donc naïvement que le mécanisme de planification pourrait garantir le contrôle des coûts pour l'assurance maladie.

En résumé, l'approche de planification telle que prévue a fait ses preuves qu'elle a limité l'offre des prestations techniques des établissements hospitaliers et qu'elle n'est tout simplement pas à même d'endiguer leurs frais de fonctionnement.

A fortiori « ...l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale » ne serait donc PAS SOUMIS À AUTORISATION du ministre, mais les installations pourront profiter du même financement par le denier public, alors que leur utilisation au profit des assurés n'est pas prévue. Ce contenu n'est toutefois pas reflété de façon identique dans le texte coordonné à la fin du projet de loi sous rubrique.

Un point essentiel reste la proportionnalité de ces limitations de l'exercice de la profession réglementée des médecins, implicitement contenues !

Il faut surtout rester conscient que beaucoup d'appareils médicaux (par exemple un CT-scanner) sont soumis à UNE condition particulière d'utilisation : celle que leur utilisation sur l'être humain vivant se fait dans le cadre d'une activité d'un médecin habilité à ce faire, leur utilisation hors ce cadre exposant le médecin à des poursuites judiciaires, voire pénales, en particulier pour atteinte à l'intégrité corporelle.

La perversité consiste donc ici dans le fait que le seul acteur incontournable, car étant le seul dans le système qui soit habilité à utiliser sur le/près du patient ces installations coûteuses, soit évincé des décisions d'acquisition, de gestion et d'utilisation de ses outils essentiels de travail !

Ces restrictions s'ajouteraient encore aux diverses autres obligations auxquelles la profession médicale et médico-dentaire est soumise notamment :

- l'obligation de faire des gardes, services publics non rémunérés, et donc non considérés à leur juste valeur ;
- un conventionnement obligatoire et automatique, sans aucune opportunité d'opt-out ;
- un code de déontologie contraignant ;

- une formation continue obligatoire ;
- une responsabilité civile et déontologique, voire pénale, engagée non seulement en nom propre, mais également dans une certaine proportion pour l'activité des professions qui l'entourent et l'assistent et qui travaillent sous ses consignes et donc sous sa responsabilité in fine.

Dans ce cadre il faut aussi pointer la situation dans les établissements hospitaliers, où le pouvoir décisionnel concernant la gestion des ressources humaines s'éloigne de plus en plus loin du médecin supportant nolens-volens la responsabilité décrite, situation qui serait donc imposé à tout niveau de toute activité ambulatoire, à la conséquence ultime de ce texte.

Ces restrictions supplémentaires représentent bien, à notre vue, une ingérence illicite dans une profession libérale réglementée, dépassant de loin le strictement nécessaire pour atteindre le but justifié « par des objectifs d'intérêt général » et constitue, partant, une incidence très importante sur la libre circulation des services au sein de l'Union européenne pourtant réaffirmée par la loi du 2 novembre 2021 précitée et entrée en vigueur le 5 novembre 2021.

A la vue de l'envergure des mesures proposées allant à l'encontre de tout bon sens, notamment :

- L'absence de définition du but recherché par les restrictions professionnelles de ce PL ;
- L'absence de propositions d'alternatives moins contraignantes pour les professions ;
- La mise sous menace de peines draconiennes pour le cas d'un exercice légitime de la profession pourtant réglementée ;
- Les vices de procédure tout court ;
- La mise sous tutelle de toute initiative privée dans le cadre de l'activité onéreuse pour la santé des assurés.

Ce PL se déclare ainsi contraire aux développements sociétaux, aux valeurs démocratiques européennes, et aux valeurs déontologiques de la médecine.

Point 5° – article 15

Sans commentaire supplémentaire.

Point 6° – article 20bis nouveau

« La présente disposition a pour objet (...) nécessitant une planification nationale.

A ce sujet des forfaits (...) par le budget de l'Etat. »

Sans commentaire supplémentaire si ce n'est que la formulation sous ce point 6° est laborieuse.

Le texte reste toutefois muet sur le support des frais fixes courants et de ceux dépendant de l'utilisation.

Une évaluation chiffrée fait également défaut.

Point 7° – article 33, paragraphe 7, alinéa 4

« Dans le contexte des sites dédiés une l'implication des médecins (...) et satisfont leurs besoins. »

Au moment de la première séance plénière du Gesondheitsdësch, l'AMMD a terminé son discours par la demande : « **D'Dokteren hätten gären hiren Beruf erëm** »

Par les explications données sous le point 7°, les auteurs ignorent donc les vrais enjeux des médecins et pire, ils bafouent leurs demandes pourtant légitimes.

Du moins, les auteurs avouent que les médecins ne sont actuellement pas impliqués dans la gestion hospitalière comme ils annoncent leur implication organisationnelle dans les futures antennes.

Ce concept ne tient pas debout et il ne rencontre nullement les demandes des médecins intéressés.

Une implication réelle dans la gestion et l'organisation ne pourra pas se concrétiser par le biais d'un simple amendement au contrat type existant. Ensuite si c'était tout de même possible, pourquoi ne pas l'appliquer à toute activité hospitalière du médecin concerné ?

Si les auteurs avaient voulu instaurer une « cogestion » entre les médecins ou leurs futures sociétés, une précision des modalités d'une telle collaboration aurait été opportune. Considérant que le projet de loi ne précise pas non plus les critères, il est franchement illusoire de pouvoir modifier le contrat type en vue d'une implication réelle des médecins dans l'organisation et la gestion des antennes.

Etant donné que l'initiative ne provient pas des médecins mais des hôpitaux, la liberté professionnelle des médecins spécialistes est encore une fois sérieusement touchée. Le fait que le personnel paramédical restera nécessairement sous le contrat des établissements hospitaliers, rend illusoire de vouloir s'imaginer une immixtion illicite dans les relations contractuelles régies par le Code de travail.

En résumé, le concept tel que prévu est opposé aux libertés professionnelles indispensables à l'exercice d'une médecine moderne. Il ne mènera pas à une amélioration de l'attractivité de la médecine, ni hospitalière, ni dans le secteur ambulatoire. Il n'attirera pas les médecins motivés et compétents, soucieux de rester en phase avec le progrès scientifique, auquel l'assuré a pourtant droit. Bien au contraire.

Point 8° – article 45

« La disposition sous rubrique (...) visée à l'article 7.

Par analogie avec l'article 14, (...) les laboratoires d'analyses »

Il est cocasse de constater que les médecins qui ont pris l'initiative d'améliorer l'accès des patients pour certaines prestations médicales, se voient maintenant confrontés à une menace d'amende draconienne.

En outre, par quel argument crédible est-ce que les radiologues et les autres médecins concernés seraient amputés de leur liberté d'exercice ? Et par quel argument seraient-ils éligibles d'une discrimination par rapport aux laboratoires d'analyses médicales utilisant également des machines coûteuses ?

Point 9° – annexe 2

En d'autres mots, le texte actuel contredit ce que la loi hospitalière avait défini il y a 4 ans.

Il était assez évident que la dialyse aurait pu se prêter à une offre décentralisée au moment du vote de la loi hospitalière. Par contre, il n'y a aucune justification pour que le virage ambulatoire devienne un virage hospitalier.

Point 10° – annexe 3

« La présente disposition définit les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières réservés aux établissements hospitaliers. Ainsi le tableau actuel reprenant les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale réservés aux établissements hospitaliers, est complété par les équipements et appareils médicaux nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particuliers. »

A part le fait que les auteurs font une redite dans le même alinéa ci-dessus, le concept n'est pas abouti.

Nous supposons que la notion de « personnel hautement qualifié » se réfère aux infirmiers et aux infirmières spécialisés. Est-ce que les auteurs estiment-ils que les médecins ne seraient pas considérés comme « hautement qualifiés » ? Dans la négative, pourquoi attribuer un monopole de l'organisation à un établissement hospitalier sans prendre en considération que les ressources humaines les plus rares sont de fait les médecins. Ensuite, les médecins ont la responsabilité des actes qu'ils effectuent et la collaboration avec le personnel paramédical spécialisé n'est pas neutre du tout. Dans le texte, on va à contrecourant de toute logique.

Le texte du projet de loi prévoit donc une planification nationale pour toute une série d'équipements et d'appareils médicaux pour attribuer ensuite la gestion de ces outils aux hôpitaux. Ceux-ci engagent du personnel sur lequel les médecins doivent se fier sans pour autant être leurs supérieurs hiérarchiques. C'est une aberration qui s'est faufilée au cours de l'essor des hôpitaux et qui se perpétue dans le texte sous rubrique comme une constante immuable qui n'est pas mise en doute, mais se veut être étendue sur pratiquement toute activité médicale du secteur ambulatoire.

Pourtant l'inversion de la logique qui néglige les responsabilités médicales à assumer par les médecins, n'est plus tenable !

Annexe 3 : listing des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification :

- 1) Tomographe à résonance magnétique nucléaire
- 2) Equipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodynamométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X

- 3) *Equipements de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires*
- 4) *Equipement de diagnostic et de surveillance thérapeutique utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographie à émissions, caméra à positrons*
- 5) *Laser à utilisation endovasculaire et laser urologiques*
- 6) *Equipement d'épuration extra-rénale par hémodialyse*
- 7) *Equipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle*
- 8) *Tout équipement supplémentaire à l'appareil EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie incluant l'EEG*
- 9) *Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale*
- 10) *Equipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur*
- 11) *Equipement de mammographie*

Tout d'abord, on est frappé par la terminologie imprécise de l'annexe 3. Par exemple la technologie par résonance magnétique nucléaire ou par CT scan permettent des angiographies sans cathétérisme vasculaire ciblé. Toute technique invasive de cathétérisme nécessite évidemment une technologie par rayons X plus ou moins sophistiquée afin de vérifier l'acte invasif du médecin. Le développement technologique des appareils diagnostiques se fait de façon non-linéaire, par étapes, de sorte que toute limitation légale de technologie spécifique constitue une perte de chances potentielle pour le patient dépendant de soins médicaux contemporains.

L'équipement contemporain de mammographie sous 11) correspond à l'appareil de tomosynthèse déjà énuméré sous 2).

Sous 5), il est possible que les auteurs confondent un appareil à Laser avec celui utilisant des ondes de choc, appelé lithotriporteur, et utilisé par les urologues pour détruire et pulvériser des lithiases urinaires bloquantes par des ondes soniques (ultrasons). Un tel appareil se situe au service hospitalier national de lithotritie et peut être utilisé en extracorporel. Un LASER (abréviation anglaise de 'light amplification by stimulated emission of radiation') utilise des ondes d'un rayonnement lumineux pulsé, spatialement et temporellement concentré. Suivant les rayons utilisés, l'application des LASER en médecine est très variable. Elle peut être diagnostique et thérapeutique. La technologie au LASER n'est certainement pas limitée à l'urologie ou la dermatologie. Parmi les nombreuses applications possibles, citons l'ophtalmologie, la médecine dentaire, la physiothérapie, la chirurgie au sens large, la cancérologie, la chirurgie esthétique, la dermatologie...

En lisant le texte de l'annexe, il est évident que les auteurs se sont inspirés sommairement, en absence de consultation médicale fondée. Pourtant, c'est sur base d'une analyse bâclée et des motifs de politique politicienne, qu'on essaie d'étouffer progressivement les professions de médecin spécialiste.

De toute façon, il n'y a pas de justification médicale absolue pour que les appareils ou équipements cités sous 1), 2), 4), 6), 8), 9) et 11) soient réservés aux établissements hospitaliers. Tous les arguments de coût, de personnel paramédical hautement qualifié, des contraintes architecturales ou de textes légaux existants en matière de radioprotection ne justifient certainement pas l'approche des auteurs de réserver les appareils énumérés ci-dessus aux seuls établissements hospitaliers, d'autant plus que l'utilisateur (i.e. le médecin) supportera toute la responsabilité des suites de l'utilisation.

Il est intéressant que les auteurs aient été vigilants pour que les médecins-dentistes puissent utiliser l'appareil « cone beam ». Pourtant la technologie est similaire aux autres applications médicales. Il est utile de rappeler que l'assurance maladie-maternité ne rembourse quasiment pas de prestations techniques du domaine de la médecine dentaire. En conséquence, on délaisse la médecine dentaire et on crée librement des exceptions pour ne pas devoir assumer les frais y relatifs.

Sous 8) et 9) il est absolument faux également de réserver ces appareils ou équipements aux établissements hospitaliers pour les motifs cités.

Sous 11) il faut souligner que les radiologues voulaient déjà introduire une nouvelle technologie de mammographie par tomosynthèse en 2013. La saisine à l'époque a été critiquée par la CNS. Comme le Président de la Commission de nomenclature à l'époque restait ambigu face à la saisine introduite, les autres membres de la Commission de nomenclature se ralliaient « naturellement » à la position de la CNS et l'initiative était menée en impasse jusqu'à aujourd'hui. Force est de constater que la technologie moderne de mammographie n'a toujours pas vu le jour, sans doute suite aux rouages laborieuses

d'une planification échouée. Les machines actuellement en fonction sont en partie vétustes imposant des doses d'irradiation aux patientes concernées supérieures aux machines modernes.

L'introduction de la technologie de la tomosynthèse dans le domaine de la mammographie sur la liste des techniques utilisant des rayonnements ionisants a toutefois eu lieu sur une première initiative non d'un établissement hospitalier, mais d'un médecin-spécialiste libéral, soucieux de faire profiter les assurés de ce dont ils ont droit : des prestations médicales de qualité, au standard international.

Pour les appareils sous 3), 5), 7) et 10), il y a des arguments médicaux pour les attribuer à un usage hospitalier exclusif. En effet, le virage ambulatoire est un processus évolutif et à l'heure actuelle, certaines interventions médicales doivent être prestées à l'intérieur d'un établissement hospitalier.

L'AMMD souligne toutefois que le progrès médical est rapidement évolutif et que les techniques et les approches thérapeutiques changent parfois brutalement. C'est la raison pour laquelle la mise en application du progrès médical doit revenir dans les mains des médecins, professionnels hautement qualifiés et qu'elle ne peut en aucun cas être dictée par des textes légaux, même s'ils étaient formulés avec le plus grand soin. Tout responsable politique, tout juriste devrait cependant comprendre l'utilité et la pertinence d'une profession libérale à profil extrême en termes de responsabilité, protégée par notre Constitution.

LE PROGRES VIENT ESSENTIELLEMENT DE L'INNOVATION DE LA PART DES MEDECINS CONCERNES. POURTANT LE PROJET DE LOI SOUS RUBRIQUE ETOUFFE LA CREATIVITE ET IL S'OPPOSE A TOUT REGAIN DE L'ATTRACTIVITE PROFESSIONNELLE. LE SEUL PROGRES AFFICHE DU PROJET DE LOI SOUS RUBRIQUE EST CELUI VERS UNE MEDECINE « ENCORE PLUS » ETATIQUE.

Article 2

Au lieu de réformer la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, on extrait la problématique de l'article 19 pour légiférer dans la loi hospitalière. La médecine spécialisée est ainsi phagocytée et gérée par l'hospitalier. L'introduction de nouvelles techniques ou technologies par l'initiative des médecins est rendue très difficile voire impossible. C'est totalement aberrant et contreproductif sur différents niveaux.

Il aurait été nettement plus logique et approprié de modifier la loi de 1983 relative à l'exercice de la profession au lieu de gonfler la loi hospitalière. Toute la médecine spécialisée n'est pas nécessairement hospitalière.

Le texte du projet de loi est à comprendre comme une mise sous tutelle de la profession des médecins spécialistes par les hôpitaux.

La seule approche légale utile aurait été de faire l'inverse : c'est-à-dire de définir en premier lieu les attributions des médecins spécialistes, notamment en matière de continuité de soins et de mutualisation des compétences, à travers une adaptation de la loi modifiée de 1983.

Au sujet de l'évolution des coûts en matière d'assurance maladie, ce ne sont certainement pas les établissements hospitaliers, qui vont garantir, assumer et gérer le progrès médical avec l'efficacité requise. En même temps, la liberté professionnelle des médecins est encore une fois bafouée, au grand dam des patients.

Article 3 (regroupe les modifications apportées au code de la sécurité sociale)

Point 1° – article 65, alinéa 4

Le 30 mai 2021, l'AMMD avait proposé deux saisines en lien avec le financement de l'extrahospitalier. Dans un processus opaque, ces saisines ont été menées en impasse, à l'image de la saisine de 2013 et ce pour des raisons politiques déjà citées ci-avant. Le virage ambulatoire conceptualisé par la profession concernée, assorti d'un financement spécifique, est à nouveau un échec.

« Si les prises en charges ambulatoires qui impliquent des équipements lourds seront concentrées davantage sur des sites dédiés, il est également prévu de clarifier, voir de lever les restrictions actuelles, l'installations de certains appareils et équipements médicaux qui ne sont pas considérés comme « lourds » dans les cabinets de ville. Certaines installations qui ne sont donc ni coûteuses, qui ne nécessitent pas de personnel hautement spécialisé et qui n'exigent pas de conditions d'emploi particulièrement pourront donc être installés dans les cabinets de ville sans être soumises à une planification. Ainsi, il sera possible de renforcer le rôle des hôpitaux dans la prise en charge de cas complexes et nécessitant des compétences avancées tout en promouvant les soins primaires. »

Par cet alinéa les auteurs confirment que le texte tel qu'il est rédigé, constitue une restriction assez large de la médecine spécialisée et de ses développements en milieu extrahospitalier.

« Ainsi cette disposition, tout en précisant le cadre légal fixé dans le contexte de loi hospitalière, permet dorénavant des forfaits établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisés. A ce sujet seront à considérer les investissements y relatifs et les frais d'exploitation de ces appareils et équipements médicaux. Aussi il sera à assurer que l'établissement de tels forfaits par passage se base sur une exploitation efficiente sur base d'une utilisation à plein régime et tout en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « pas tout partout ».

On ne comprend pas en quel sens le projet de loi favoriserait « le pas tout partout ». Le projet de loi tel que rédigé n'est pas un concept de développement efficient de la médecine spécialisée et il n'améliorera pas l'attractivité de la profession. Il est inacceptable que les médecins soient mis sous tutelle par les structures hospitalières. Le fait qu'il soit prévu « d'améliorer » l'implication des médecins dans la gestion et l'organisation hospitalière, n'aboutira pas aux attentes légitimes de la profession.

« Cette disposition est à considérer en relation avec l'article 76 alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret du Code de la sécurité sociale.

Or suite, et notamment à l'introduction de la documentation hospitalière par la loi hospitalière en 2018, l'analyse de l'exhaustivité et l'intégration des données de la documentation hospitalière dans les bases de données sur les prises en charge au Luxembourg ont prouvé la fiabilité des diagnostics principaux collectés dans le cadre de la documentation hospitalière et ont permis de valider leur utilisation future. Ainsi les dispositions du Code de la sécurité sociale, à savoir l'article 74, alinéa 6, l'article 76, alinéa 1^{er}, 5^{ème} tiret et l'article 78, alinéa 3 admettent que l'approche forfaitaire s'applique notamment pour les prestations de soins de santé ambulatoires dans le cadre des sites dédiés. A l'instar des forfaits en milieu extrahospitalier, il sera à assurer que leur détermination se base sur une utilisation à plein régime, tout en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « pas tout partout ».

Il est vrai que l'activité médicale est parfaitement transparente par l'introduction de la documentation hospitalière. Les coûts hospitaliers, c'est-à-dire les frais de fonctionnement des hôpitaux ne le sont par contre pas.

Pour une IRM, on insiste à planifier pour des raisons soi-disant de coûts. En revanche, le Ministère n'a pas produit une seule justification pourquoi le secteur hospitalier a engagé 9500 salariés (sans compter les médecins).

D'après la volonté des auteurs, il s'agirait de promouvoir une activité hospitalière à plein régime afin de minimiser les coûts d'une utilisation partielle seulement de certains plateaux techniques. Ici se pose la question, comment expliquer les disparités entre différents hôpitaux pour les techniques d'IRM, de CT scan ou de mammographie, détaillées dans l'annexe du projet de loi. Les auteurs ne se donnent pas la peine de la commenter.

En quoi le projet de loi soulignerait l'idée du pas tout partout, ne ressort pas du texte légal proposé ni de l'argumentaire annexé.

« Au sujet de l'élaboration des forfaits, aussi bien au niveau des prestations hospitalières que extrahospitalières, la Cellule d'expertise médicale, introduite par la loi du système de soins de santé en 2012, pourra fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou de la Caisse nationale de la santé « concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et son impact financier. » »

On s'étonne de certains passages sans doute rédigés à la va-vite. Le contenu est à l'image de la forme.

Article 4

Il faut espérer que le projet de loi ne soit pas voté dans cette version.

Le projet de loi sous rubrique place les hôpitaux au centre du système de santé et ne résout pas les nombreux problèmes du système de santé. C'est une approche coûteuse pour le cotisant et le contribuable et elle est opposée à toute logique favorisant le progrès médical.

2.4 Commentaires sur la fiche financière

La fiche financière n'est pas très explicite et se résume à estimer les coûts de construction de surfaces dédiées à différentes antennes hospitalières. On reste muet sur les frais de fonctionnement, certes non directement opposables à l'Etat mais celui-ci participe tout de même forfaitairement au budget de la CNS.

Dans la rubrique « Imagerie médicale » les équipements IRM sont projetés à raison uniquement de machines à champs magnétique de 1,5 T.

Aucune référence n'est prise sur l'existence, pourtant, d'une autorisation d'installation et d'exploitation d'une machine à 3T.

Concernant aussi bien les IRM que les CT-scanners des valeurs indicatives sont avancées sans tenir compte de l'évolution technologique.

D'après le rapport Lair de 2019, les établissements hospitaliers auraient engagé 824 médecins. Quand on divise le budget des hôpitaux par le nombre de médecins, on arrive à environ 1,500.000 € / médecin hospitalier. Pour 100 médecins supplémentaires, on arrivait à environ 150 millions € / an de frais de fonctionnement hospitalier additionnels.

A échelle internationale, le financement de ces coûts devrait provoquer au moins un grand étonnement !

En résumé, la fiche financière ne correspond certainement pas à une estimation correcte de l'ensemble des dépenses prospectées.

*

3. COMMENTAIRES SUR LE TEXTE DU PROJET DE LOI 8009

D'après la Loi hospitalière du 8 mars 2018, un maximum de quatre centres hospitaliers peut être autorisé. En outre, chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un service de la même discipline. Toutefois, tenant compte des fusions multiples que les différents centres hospitaliers ont opérés durant les dernières vingt années, il a été prévu que le Ministre puisse autoriser des « antennes de service ». Toujours d'après la loi hospitalière, chaque établissement hospitalier ne peut pas dépasser le nombre de trois sites d'exploitation. Ainsi, le CHEM et les HRS ont déjà atteint le nombre maximal de sites exploitables à ce jour.

Le présent projet de loi vise à étendre le nombre de sites exploitables pour les soins ambulatoires, au-delà des sites existants, tout en limitant cette extension à deux « antennes de service » pour certaines activités précisées. Les points 3, 7 et 8 du paragraphe 2 et du point 5 du paragraphe 3 cités correspondent à l'hémodialyse, le traitement oncologique ambulatoire, l'hôpital de jour non-chirurgical, et à l'imagerie médicale. Les 4 points énumérés constituent une panoplie quasi exhaustive des prises en charges médicales ambulatoires d'envergure. L'organisation des soins ambulatoires est mise essentiellement dans les mains des établissements hospitaliers.

A l'article 4 modifié, les auteurs précisent que chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3,7 et 8 du paragraphe 2 et au point 5 du paragraphe 3 et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6.

A l'article 9, il est précisé que chaque centre hospitalier ne pourra que disposer de 2 antennes de service pour un même service hospitalier.

A l'article 14, on précise la logique de planification déjà établie mais en l'étendant et en remplaçant l'ancien article 19 de la Loi de 1983 sur l'exercice de la profession de médecin et de médecin-dentiste. En effet, les équipements et appareils dépassant des coûts de 250.000 euros HTVA valeur à neuf, ou bien en raison de personnel hautement qualifié nécessaire, ou bien exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers.

A l'article 33, en lien avec les médecins libéraux, on prévoit au point 9 que les modalités de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visées à l'article 4, paragraphe 1^{er}.

A l'article 45, les auteurs s'empressent sous (2) de préciser que l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 33 peut être interdite. Ensuite sous (4), une telle

infraction « est punie d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er} soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation visée à l'article 7, paragraphe 4.

Nos commentaires :

- Il faut constater que contrairement aux affirmations de la Ministre de la Santé Lydia Mutsch, les auteurs ont implicitement avoué par le projet de loi sous rubrique que la Loi hospitalière du 8 mars 2018 n'avait pas tracé le chemin d'un virage ambulatoire. Toutefois les idées bétonnées d'un hospitalo-centrisme restent murées. Le projet de loi ne démord pas d'une planification rigide en retard avec les évolutions parfois disruptives d'un progrès médical impossible d'anticiper par le pouvoir et le savoir d'une Ministre de la Santé.
- D'une manière générale, nous estimons qu'il aurait été plus judicieux d'utiliser une terminologie précise et univoque, distinguant précisément un service hospitalier avec des lits d'hospitalisation, une antenne du même service et finalement une structure ambulatoire, qui ne devrait par définition pas avoir recours à des lits d'hospitalisation avec nuitées. Les auteurs créent ainsi un amalgame entre un service hospitalier stationnaire, une antenne de service et les soins ambulatoires.
- Le projet de loi sous rubrique prévoit une collaboration hypothétique et nébuleuse entre l'établissement hospitalier et les médecins. Les détails ne sont pas précisés et de toute façon, il n'est pas prévu que les médecins pourraient initier un tel projet. Dès lors, ce cadre légal constitue une nouvelle tentative de rendre impossible l'exercice du métier de médecin spécialiste qui reste sous la tutelle d'un hôpital. Le progrès médical est ainsi filtré par des conditions opposées aux volontés des médecins concernés. Les patients restent orphelins de certaines avancées technologiques déjà existantes.
- L'énumération des activités (points 3,7 et 8 du paragraphe 2 et au point 5 du paragraphe 3), ne laisse pas de doute : il n'y aura quasiment pas d'activité ambulatoire extrahospitalière à part les activités de consultation. Les auteurs ont toutefois oublié que certaines activités médicales comme l'administration parentérale d'immunothérapies, qu'on peut assimiler à des chimiothérapies en oncologie, seraient exemptés du nouveau carcan imposé. Il ne pourra s'agir que d'un oubli.
- En fait, la planification telle que prévue dans le projet de loi sous rubrique laisse dans les mains du Ministre, l'attribution ou non de certains appareils ou équipements. Les soins de santé sont donc progressivement mais substantiellement politisés. C'est la politique qui étouffe et remplace les métiers de médecin.
- Ensuite, l'argument que les appareils soient limités en raison de leur coût n'est pas crédible car il n'est pas proportionnel. En effet, un appareil coûtant 250.000 euros, revient à coûter environ 25.000 euros par an (sur une utilisation présumée de 10 ans). Si 25.000 euros suffisent pour justifier une planification, il faudrait planifier également l'ensemble du personnel paramédical comme le nombre de médecins et de médecins-dentistes. Or le système est défini par un conventionnement obligatoire et automatique des professionnels de la santé, sans limite du nombre de médecins y exerçant. De surcroît, le personnel hautement qualifié, n'est pas défini dans le texte. A quelles professions précises font référence les auteurs ? A partir de quel grade de formation, les auteurs considèrent-ils qu'un professionnel de santé soit hautement qualifié ? Enfin, les conditions d'emploi particulières ne sont pas définies non plus. En résumé, les auteurs avancent des arguments incroyables, non justifiés et dès lors non proportionnels pour imposer de nouvelles restrictions aux médecins spécialistes. Un tel contrôle de proportionnalité ex ante des restrictions prévues aux professions réglementées fait défaut comme le prévoit pourtant la Loi du 2 novembre 2021, transposant une Directive européenne sur le sujet.
- Au sujet du point 9 de l'article 33, il faut s'étonner comment les auteurs estiment-ils qu'une gestion organisationnelle pourrait être concrétisée alors que c'est l'hôpital qui engage le personnel sous son autorité hiérarchique et administrative. En outre, étant donné que l'infrastructure immobilière de même que les appareils médicaux utiles restent sous la tutelle du centre hospitalier, il est difficile d'imaginer une gestion par les médecins. Par ailleurs, il est un élément essentiel à toute gestion commune des médecins qu'ils peuvent se constituer en société. Or telle possibilité n'est même pas prévue dans le projet de loi 8009. Les auteurs n'ont pas cherché de lier utilement le projet de loi 8009 avec le projet de loi 8013.

- Les modifications de l'article 45 de la loi hospitalière démontrent bien qu'actuellement, il n'y a pas de base légale pour pouvoir fermer le Centre Médical du Potaschberg et son IRM. Rappelons qu'en principe la nouvelle loi ne régit que l'avenir et ne devrait pas toucher aux droits acquis.

Annexe 3 :

Cf commentaires sous 2.3

*

4. CONCLUSION

Le projet de loi sous rubrique de même que celui relatif à l'exercice sociétal, ont été déposés après un *Gesondheitsdësch* annoncé par les ministres de tutelle comme une « démarche participative ».

Les attentes sont considérables étant donné que l'accès aux soins de qualité n'est plus garanti et que la pénurie de médecins, et notamment celle de médecins bien formés et motivés, se fait de plus en plus ressentir.

Force est de constater que le projet de loi 8009 ne répond à aucun des défis de notre système de santé. Et en sus, il impose aux médecins concernés des restrictions démesurées voire néfastes. Une analyse au préalable, pourtant légalement imposée depuis la loi du 2 novembre 2021 fait défaut.

Les auteurs ont même omis d'agencer utilement les deux projets de loi 8009 et 8013, de sorte que la possibilité de se constituer en société n'est même pas applicable pour les médecins hospitaliers, un non-sens.

Par le projet de loi 8009, les auteurs contournent le concept du « virage ambulatoire » tant attendu pour le manœuvrer en « virage hospitalier », et d'un coup de plume maladroit, on détourne ainsi le texte de l'accord de coalition. En répétant les réflexes archaïques du concept hospitalier « fourre-tout », les besoins des patients comme ceux des médecins spécialistes sont ignorés et laissés en rade. En absence de toute volonté pour analyser objectivement le déficit structurel de l'assurance maladie-maternité, les coûts pour l'assurance maladie ne vont que s'accélérer au rythme des enveloppes budgétaires pour le secteur hospitalier, alors que le continent affronte une nouvelle crise économique. Insensible à toute solution réfléchie, le projet de loi 8009 consolide le chemin tracé d'une médecine spécialisée de plus en plus étatisée, étouffant ainsi l'initiative et la créativité de tous les médecins hospitaliers.

Etant donné que les messages du corps médical et médico-dentaire ont malheureusement et sciemment été ignorés au *Gesondheitsdësch*, comme par les auteurs du texte sous objet, l'AMMD va présenter prochainement au public un concept global qui tente de répondre à l'ensemble des enjeux du système de santé au bénéfice des patients, à l'avantage du cotisant comme du contribuable et qui attire à nouveau les médecins bien formés.

La vision de l'AMMD est de donner une nouvelle identité nationale au pays, en travaillant l'image de marque du pays, en transformant le système de santé au profit de tous les patients et citoyens tant résidents que frontaliers, en créant une opportunité économique nouvelle, en édifiant un secteur au potentiel exponentiel, en se libérant des dogmes oppressants d'une politique aveuglée par l'idéologie et ayant systématiquement viré dans le mauvais sens durant les décennies passées.

(s) *Le conseil d'administration*

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau



Commission de la Santé et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 14 juillet 2023

La présente réunion a lieu en mode visioconférence.

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 20, 21 et 27 juin 2023
2. 8009 Projet de loi n°8009 portant modification :
1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
3° du Code de la sécurité sociale
- Rapporteur : Monsieur Mars Di Bartolomeo

- Présentation des amendements gouvernementaux du 20 juin 2023
- Examen de l'avis complémentaire du Conseil d'État
3. Divers

*

Présents : Mme Nancy Arendt épouse Kemp, remplaçant M. Georges Mischo, Mme Barbara Agostino, remplaçant Mme Carole Hartmann, M. Gilles Baum, Mme Francine Closener, M. Frank Colabianchi, remplaçant M. Gusty Graas, M. Yves Cruchten, remplaçant Mme Cécile Hemmen, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Max Hengel, Mme Josée Lorsché, M. Charles Margue, remplaçant M. Marc Hansen, Mme Nathalie Oberweis, M. Claude Wiseler

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

M. Jean-Paul Freichel, M. Laurent Mertz, M. Jean-Claude Neu, du Ministère de la Santé

Dr Jean-Claude Schmit, Directeur de la santé

M. Thomas Dominique, Directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)

M. Nicolas Anen, du groupe parlementaire LSAP

Mme Patricia Pommerell, de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, M. Georges Mischo, M. Marc Spautz

M. Sven Clement, observateur délégué

*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission

*

1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 20, 21 et 27 juin 2023

Les projets de procès-verbal sous rubrique sont approuvés à l'unanimité des membres présents.

2. 8009 Projet de loi n°8009 portant modification :
1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
3° du Code de la sécurité sociale

Monsieur Mars Di Bartolomeo (du groupe politique LSAP), Président de la Commission de la Santé et des Sports et rapporteur du projet de loi sous rubrique, renvoie d'emblée à la prise de position et à l'avis relatifs au projet de loi sous rubrique que l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) a fait parvenir à la Chambre des Députés en date du 11 juillet 2023. Étant donné que ces documents n'ont pas été transmis par le Service central de législation à la Chambre des Députés et en l'absence d'une décision afférente de la Commission de la Santé et des Sports, il n'a pas encore été possible de les intégrer en tant que documents parlementaires dans le dossier parlementaire 8009. Suite à une réclamation de l'AMMD, Monsieur le Président-Rapporteur propose de publier les documents en question en tant que documents parlementaires sur le site de la Chambre des Députés.

Il est décidé à l'unanimité des membres présents de procéder de la sorte.

Par la suite, les membres de la Commission de la Santé et des Sports se penchent sur les amendements gouvernementaux du 20 juin 2023 et sur l'avis complémentaire du Conseil d'État du 13 juillet 2023, pour le détail desquels il est renvoyé aux documents parlementaires 8009/09 et 8009/11.

Madame Paulette Lenert, Ministre de la Santé, salue le fait que les amendements gouvernementaux et les explications supplémentaires fournies par le Gouvernement en date du 20 juin 2023 ont permis au Conseil d'État de lever les oppositions formelles qu'il avait émises dans son avis du 25 avril 2023 à l'égard d'un certain nombre de dispositions, ainsi que sa réserve quant à la dispense du second vote constitutionnel.

Madame la Ministre précise que la mise en place d'un système de planification extrahospitalière, tel que préconisé par le Conseil d'État dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023, constitue un changement de paradigme et

nécessite des travaux préparatoires longs et complexes. Alors que le Gouvernement actuel s'est déclaré favorable au principe même de la planification extrahospitalière dans le cadre du Plan National Santé, il appartient au futur Gouvernement de décider de l'opportunité de traduire ce principe dans les faits.

Madame la Ministre de la Santé recommande encore de réserver une suite favorable aux propositions de texte et aux observations d'ordre légistique émises par la Haute Corporation dans son avis complémentaire.

Monsieur Claude Wiseler (du groupe politique CSV), quant à lui, renvoie aux critiques formulées par le Conseil d'État à l'égard de l'approche adoptée par le Gouvernement. La Haute Corporation rappelle en effet, dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023, que le fait de réserver l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en vue d'une prise en charge médicale aux établissements hospitaliers constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale. Pour être conforme à la Constitution, une telle restriction doit être rationnellement justifiée, adéquate et proportionnée à son but. Le Conseil d'État constate en outre que chaque État membre de l'Union européenne doit, même si la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) lui confère une certaine marge de manœuvre dans l'organisation de son système de santé, justifier de manière objective et fondée que le dispositif mis en place est le moins incisif possible lorsqu'il restreint une liberté fondamentale.

L'orateur fait remarquer que l'exposé d'éléments complémentaires destiné à apporter les renseignements demandés par le Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023 n'est pas de nature à justifier l'adéquation et la proportionnalité des mesures proposées. Il renvoie à la conclusion de la Haute Corporation selon laquelle la restriction à mettre en place au niveau de l'utilisation des appareils et équipements visés à l'annexe 3 pourra ne pas être à l'abri de recours administratifs éventuels. L'orateur juge peu opportun de voter dans de telles circonstances un projet de loi élaboré dans la précipitation.

En réaction aux propos de Monsieur Wiseler, Madame la Ministre de la Santé réitère que le Gouvernement a pris le choix politique de restreindre et de contrôler l'accès à l'acquisition et à l'utilisation des appareils et équipements visés à l'annexe 3 dans un souci de planification et de maîtrise des coûts. Elle donne à considérer que toute nouvelle législation qui repose sur une pondération des intérêts peut faire l'objet d'un recours contentieux et que chaque Gouvernement se voit confronté à un tel risque.

Monsieur le Président-Rapporteur estime que la procédure législative concernant le projet de loi sous rubrique a été entamée en temps utile. Il rappelle que des réalités sont en train d'être créées sur le terrain et que les acteurs du terrain qui ne sont pas à l'origine de cette évolution observent avec inquiétude les développements en question. En effet, il existe un risque réel que des investisseurs puissent s'intéresser aux prestations de soins de santé et que le secteur de la santé puisse ainsi devenir un objet de spéculation. Or, un tel développement n'est pas compatible avec les principes du système de santé luxembourgeois, qui est basé sur les valeurs de solidarité, d'accessibilité universelle et d'équité de traitement. Dans cette situation, il s'agit de prendre rapidement des mesures adéquates pour contrecarrer un tel scénario. L'orateur renvoie dans ce contexte à un arrêt de la CJUE selon lequel il

appartient aux États membres de décider de quelle manière ils entendent atteindre le niveau de protection de la santé publique qu'ils peuvent fixer librement. Étant donné que ce niveau peut varier d'un État membre à l'autre, la CJUE reconnaît ainsi une marge d'appréciation aux États membres dans ce domaine.

En guise de conclusion, Monsieur le Président-Rapporteur fait savoir que le projet de rapport relatif au projet de loi sous rubrique sera transmis aux membres de la commission parlementaire à l'issue de la présente réunion. Il est convenu de faire adopter le projet de rapport lors d'une réunion de la Commission de la Santé et des Sports prévue le 17 juillet 2023 à 8.00 heures. Le vote du projet de loi est prévu le 20 juillet 2023.

3. Divers

Aucun point divers n'est abordé.

Procès-verbal approuvé et certifié exact

8009/15

N° 8009¹⁵

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;**
- 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**
- 3° du Code de la sécurité sociale**

* * *

RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SANTE ET DES SPORTS

(17.7.2023)

La Commission se compose de : M. Mars DI BARTOLOMEO, Président-Rapporteur ; Mme Nancy ARENDT épouse KEMP, M. Gilles BAUM, M. Sven CLEMENT, Mme Francine CLOSENER, M. Jeff ENGELIN, Mme Chantal GARY, M. Gustav GRAAS, M. Jean-Marie HALSDORF, M. Marc HANSEN, Mme Martine HANSEN, Mme Carole HARTMANN, Mme Cécile HEMMEN, M. Max HENGEL, M. Claude LAMBERTY, Mme Josée LORSCHÉ, M. Georges MISCHO, Mme Nathalie OBERWEIS, M. Marc SPAUTZ, M. Claude WISELER, Membres.

*

I. ANTECEDENTS

Le projet de loi élargé a été déposé à la Chambre des Députés par Madame la Ministre de la Santé en date du 23 mai 2022. Le texte du projet de loi est accompagné d'un exposé des motifs, d'un commentaire des articles, d'une fiche d'évaluation d'impact, d'une fiche financière ainsi que des textes coordonnés des lois que le projet de loi sous rubrique tend à modifier.

L'intitulé initial du projet de loi se lit comme suit :

« *Projet de loi portant modification :*

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale ».

Le projet de loi a été renvoyé à la Commission de la Santé et des Sports de la Chambre des Députés (ci-après « *la Commission* ») en date du 2 juin 2022.

Dans sa réunion du 7 mars 2023, la Commission a désigné Monsieur Mars Di Bartolomeo comme rapporteur du projet de loi. Lors de cette même réunion, elle a entendu la présentation du projet de loi.

Le Conseil d'État a rendu son avis le 25 avril 2023.

Dans sa réunion du 2 mai 2023, la Commission a examiné l'avis du Conseil d'État.

En date du 20 juin 2023, la Chambre des Députés a été saisie d'une série d'amendements gouvernementaux relative au projet de loi sous rubrique.

Dans ce contexte, l'intitulé du projet de loi a été changé comme suit :

« *Projet de loi portant modification :*

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

3° du Code de la sécurité sociale ».

Le Conseil d'État a rendu son avis complémentaire le 13 juillet 2023.

Dans sa réunion du 14 juillet 2023, la Commission a examiné l'avis complémentaire du Conseil d'État.

Dans sa réunion du 17 juillet 2023, la Commission a adopté le présent rapport.

*

II. OBJET DU PROJET DE LOI

Le présent projet de loi a deux objectifs prioritaires. Premièrement, il doit contribuer au renforcement de la prise en charge ambulatoire en réglant les modalités pour l'autorisation de sites dédiés en dehors des murs des hôpitaux existants. Ces sites supplémentaires fonctionneront sous forme d'antennes de services. Deuxièmement, le présent projet de loi crée une base légale permettant de réserver un certain nombre d'équipements et d'appareils dits « *lourds* » au milieu hospitalier en les intégrant dans l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (ci-après « *loi hospitalière* »).

L'ensemble du dispositif proposé par le présent projet de loi vise à améliorer la prise en charge des patients tout en préservant les fondements du système de santé luxembourgeois, basé sur les valeurs fondamentales suivantes : universalité, équité, solidarité et qualité.

Le virage ambulatoire

La prise en charge ambulatoire assure les traitements des patients sans qu'il n'y ait nuitée dans un établissement hospitalier. Sans préjudice de la médecine générale, cette évolution, rendue possible par les progrès de la médecine, ne constitue pas un but en soi, mais doit permettre d'atteindre les objectifs suivants :

- réduire le risque d'infection nosocomiale en milieu hospitalier ;
- désengorger les structures hospitalières ;
- améliorer l'accès aux soins grâce à des structures de santé spécialisées ;
- mieux maîtriser les coûts ;
- réduire la pénurie de personnel de santé en diminuant de manière générale le nombre de ressources nécessitées pour les services de nuit.

Actuellement, la loi hospitalière prévoit que chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de trois sites hospitaliers. Aujourd'hui, trois des quatre centres hospitaliers disposent d'ores et déjà de trois sites (Centre hospitalier de Luxembourg, Centre hospitalier Émile Mayrisch et Hôpitaux Robert Schuman), et un projet est en cours pour le dernier site disponible du quatrième centre hospitalier (Centre hospitalier du Nord). De nouvelles extensions ne sont dès lors plus possibles. Or, l'évaluation des besoins en soins de santé exige des sites additionnels afin de répondre aux besoins d'une évolution démographique qui n'a cessé de croître durant ces dernières années. Ces besoins en services et soins de santé ont été identifiés sur base des données de la carte sanitaire. Pour plus de détails à ce sujet, il est renvoyé à l'exposé des motifs du présent projet de loi.

Le projet de loi prévoit dès lors d'autoriser des prises en charge ambulatoires sur des sites supplémentaires, situés en dehors des sites hospitaliers existants. Ces sites fonctionneront sous forme d'antenne de service, maintenant ainsi un lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services

hospitaliers. En ligne avec le leitmotiv de la réforme du système de santé de 2010, le « *pas tout partout* », le nombre d'antennes de service a été limité au nombre de deux par service visé par le projet de loi. Les services hospitaliers visés sont au nombre de quatre et présentent de par leur nature des prestations de soins ambulatoires éligibles à une certaine délocalisation.

Il s'agit de :

- 1) la dialyse ;
- 2) l'hospitalisation de jour non chirurgicale ;
- 3) l'imagerie médicale ;
- 4) l'oncologie.

Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier pourra conclure des contrats précisant les modalités de gestion et d'utilisation d'équipements et d'appareils visés à l'annexe 3 de la loi hospitalière, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. À cet égard, il convient de noter qu'aussi bien un centre hospitalier qu'un ou plusieurs médecins autorisés à exercer leur profession au Luxembourg peuvent être à l'origine d'un projet de création d'un tel site supplémentaire. Il est à préciser que le contenu des arrangements contractuels entre hôpitaux et groupes de médecins se limite strictement aux équipements et appareils visés à l'annexe 3 de la loi hospitalière et aux seules parties d'infrastructures les hébergeant.

Quant au financement de ces sites, le présent projet de loi prévoit que le ministre de la Santé peut autoriser des projets de construction nouvelle en relation avec les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires. Ces projets seront financés par le biais du Fonds spécial des investissements hospitaliers à hauteur de 80 pour cent des coûts selon les mêmes procédures qui sont applicables aux sites existants.

Comme les projets de construction nouvelle sont des projets de longue haleine et risquent de ne pas suivre la demande des besoins de santé, le projet de loi introduit la possibilité d'avoir recours à des constructions existantes en vue de les intégrer comme site ambulatoire sur base de location de surfaces. Pour ces sites, le projet de loi introduit un nouveau mode de financement par forfaits. Ces forfaits sont pris en charge par la Caisse nationale de santé (ci-après « CNS ») et devront nécessairement tenir compte de manière explicite, le cas échéant, des frais de location des infrastructures mobilières et immobilières des établissements hospitaliers. De même, à l'instar de la participation financière de l'État aux constructions nouvelles, l'État prend en charge 80 pour cent des coûts.

Les appareils et équipements médicaux qui ne sont pas coûteux, qui ne nécessitent pas de personnel hautement spécialisé et qui n'exigent pas de conditions d'emploi particulières pourront être installés dans des cabinets de ville sans être soumis à une planification. Quant au financement de ces appareils et équipements mobiliers en milieu extrahospitalier, le projet de loi prévoit plus de flexibilité et modifie le Code de la sécurité sociale en vue d'un financement forfaitaire par passage qui inclut les investissements y relatifs et les frais d'exploitation de ces appareils et équipements médicaux.

Il est également entendu que le projet sous rubrique permet d'assurer sur les sites ambulatoires au personnel des conditions de travail et de rémunération réglées par voie conventionnelle.

Equipements réservés aux milieux hospitaliers

En réaction à l'arrêt n° 148/19 de la Cour constitutionnelle du 5 juillet 2019, le présent projet de loi opère un regroupement de l'ensemble des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières au sein de la loi précitée du 8 mars 2018.

L'arrêt précité avait en effet considéré que la liste des équipements et appareils ne pouvant être acquis par des médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical contenus dans le règlement grand-ducal du 17 juin 1993¹ pris en exécution de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, constituait une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin. La Cour constitutionnelle a noté plus particulièrement que l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983 à la base donc de cette liste ne

¹ Règlement grand-ducal du 17 juin 1993 fixant la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical

donne aucune indication quant à l'objectif des mesures d'exécution. Les objectifs à la base du projet de loi ayant été longuement explicités aussi bien dans le cadre de l'exposé des motifs du projet initial qu'au niveau des amendements gouvernementaux, le présent projet de loi constitue une réponse à l'arrêt précité. Concrètement, la liste des équipements en question sera intégrée de manière révisée dans l'annexe 3 de la loi hospitalière. Figurent sur cette liste, entre autres, le tomographe à résonance magnétique nucléaire (IRM), l'équipement de mammographie ou encore l'équipement nécessaire à l'anesthésie générale. Il s'agit d'appareils et d'équipements dits « *lourds* » et coûteux, voire nécessitant des conditions particulières d'emploi ou du personnel hautement qualifié, dont la réglementation constitue un outil de planification important permettant d'assurer, au moyen de fonds publics, l'accès égalitaire aux soins de santé. Cette liste sera opposable aux médecins qui ne peuvent donc pas installer et exploiter à leur compte les appareils réservés au milieu hospitalier. Sont également visés les équipements et appareils médicaux utilisés en vue d'une prise en charge médicale dont le coût est supérieur à 250 000 euros.

Cette approche de planification des équipements et appareils médicaux précités à l'échelle nationale permet une extension de l'offre médicale sans mettre en péril le système de santé luxembourgeois. Pour rappel, le système de santé est largement financé, directement ou indirectement, par des fonds publics et des cotisations. L'approche suivie permet d'éviter une dispersion des moyens ainsi qu'une concurrence effrénée entre les différents exploitants de matériel pour attirer du personnel. Outre l'accès égalitaire aux soins de santé, le financement public permet de maintenir un niveau élevé de qualité des soins de santé en finançant de nouveaux traitements et technologies à la hauteur du progrès technique et médical. Enfin, le financement public permet de maîtriser les coûts par une organisation et une coordination des soins pour répondre aux besoins de la population, tout en assurant la qualité et l'économie des prestations.

Entrée en vigueur

Il est prévu que le projet de loi entrera en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

*

III. AVIS DU CONSEIL D'ETAT, DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES ET D'AUTRES ORGANISATIONS CONCERNEES

❖ Avis du Conseil d'Etat

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'État constate que le principe selon lequel certains équipements et appareils sont réservés au milieu hospitalier et ne peuvent donc pas être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans leurs cabinets médicaux est maintenu dans le présent projet de loi. Il s'agit là d'une restriction à l'exercice de la profession libérale. Le Conseil d'État relève que les objectifs du présent projet de loi sont légitimes dont notamment la protection de la santé. Il estime toutefois qu'il est possible de recourir à des moyens moins restrictifs que de limiter l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers pour atteindre ces buts. Ainsi, le Conseil d'État estime que la restriction relative aux équipements et appareils dont le coût dépasse 250 000 euros ne tient pas en présence d'une personne physique ou morale qui ne requiert pas de financement de la part de l'État. Une telle personne se verrait imposer une limitation de l'exercice de sa profession, même si elle respecte tous les critères imposés, sans que cette limitation ne soit autrement justifiée, relève le Conseil d'État. Par conséquent, la Haute Corporation réserve sa position quant à la dispense du second vote constitutionnel, à défaut d'obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.

Le Conseil d'État s'est penché sur la signification des notions de « *site* » et « *site supplémentaire* » employées dans le présent projet de loi. Il relève qu'il ne ressort pas clairement du texte si la notion de « *site* » renvoie à plusieurs bâtiments situés dans un même endroit où s'il s'agit de bâtiments situés dans des endroits géographiques distincts. Dans la mesure où la nature du site, voire du site supplémentaire, joue un rôle important dans le cadre de la procédure d'autorisation des sites en question, le flou qui entoure cette notion est source d'insécurité juridique. Le Conseil d'État s'oppose dès lors formellement à cette disposition.

Concernant le choix de dédier les sites supplémentaires aux services de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale et d'oncologie, le Conseil d'État estime qu'il appartient au législateur d'apprécier l'opportunité du choix des services opéré.

La Haute Corporation s'interroge encore sur la nature des contrats conclus entre les établissements hospitaliers et les médecins en rapport avec l'exploitation des sites supplémentaires. Étant donné que l'article 33, paragraphe 7, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière dispose que les « *médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration* », le Conseil d'État estime qu'il est question du même contrat et demande de compléter avec cette précision le paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018 dans sa teneur proposée. Ceci dans un souci de sécurité juridique et sous peine d'opposition formelle.

Le Conseil d'État se demande ensuite si la deuxième phrase de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, implique avec la rigueur nécessaire que les sites supplémentaires rentrent d'un point de vue de leur gestion entièrement dans les compétences de l'organisme de gestion du centre hospitalier. Tel que formulé, le texte sous avis risque de créer une insécurité juridique au niveau des règles de gouvernance applicables aux sites supplémentaires du centre hospitalier. Par conséquent, le Conseil d'État s'oppose formellement aux modifications proposées en question.

Concernant les modifications prévues à l'article 9, paragraphe 6, de la loi hospitalière, telles que formulées dans le projet de loi, le Conseil d'État ne les juge pas compréhensibles sans les explications fournies dans le commentaire des articles. Ces dispositions se heurtent ainsi au principe de sécurité juridique, de sorte que le Conseil d'État s'y oppose formellement.

Le Conseil d'État ne comprend pas la nécessité de modifier l'article 33, paragraphe 7, alinéa 1^{er}, première phrase, de la loi précitée du 8 mars 2018 en y intégrant la notion de site supplémentaire, étant donné que l'article 33 a vocation à s'appliquer à tous les établissements hospitaliers, donc y compris les centres hospitaliers disposant de sites supplémentaires. Par conséquent et pour des raisons de sécurité juridique, le Conseil d'État exige, sous peine d'opposition formelle, de supprimer la disposition en question.

La Haute Corporation se montre également critique à l'égard de la modification de l'article 45 de la loi hospitalière. Si l'intention des auteurs est d'incriminer l'utilisation d'un équipement ou appareil réservé, la disposition sous avis est à reformuler sous peine d'opposition formelle pour violation du principe de la légalité de la peine, relève le Conseil d'État.

Concernant l'introduction de nouvelles sanctions à l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018, le Conseil d'État relève que celui-ci, dans sa version proposée, viole l'article 14 de la Constitution relatif au principe de la légalité de la peine et s'y oppose formellement.

❖ Avis complémentaire du Conseil d'État

Dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023, le Conseil d'État se dit en mesure de lever sa réserve quant à la dispense du second vote constitutionnel. Ceci au vu de l'urgence invoquée par les auteurs du projet de loi d'améliorer l'accessibilité à certains examens nécessitant des appareils et équipements visés. De même, le Conseil d'État prend en compte les craintes et dangers exprimés quant à une ouverture plus large du système de santé à un secteur extrahospitalier non planifié. Enfin, la Haute Corporation considère la possibilité de prévoir la participation financière de la part de l'État aux frais de location des structures mobilières et immobilières concernant les sites supplémentaires.

Par contre, le Conseil d'État estime que la restriction mise en place relative aux équipements et appareils visés par l'annexe 3 « *pourra ne pas être à l'abri de recours administratifs éventuels* ». Il estime en outre que les auteurs du projet de loi ont manqué l'occasion de mettre en place un système de planification extrahospitalière. Ce système aurait pu encadrer l'acquisition planifiée nationale des équipements et appareils en question, indépendamment du fait qu'ils soient utilisés au sein d'une structure hospitalière ou d'une structure ne dépendant pas d'un centre hospitalier.

Quant aux oppositions formelles formulées dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'État est en mesure de toutes les lever à la suite des amendements proposés. Pour le détail, il est renvoyé au commentaire des articles.

❖ Avis de la Chambre des salariés

Dans son avis du 28 juin 2022, la Chambre des salariés (ci-après « CSL ») constate avec satisfaction que la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet social sera intégrée dans l'annexe 3 de la loi hospitalière. Toutefois, elle estime que la proportionnalité de la limitation d'utilisation des équipements concernés n'est pas suffisamment explicitée dans le projet de loi. Elle propose dès lors de ne pas abroger l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, mais de le modifier de sorte à renvoyer à la loi hospitalière de 2018 telle que modifiée par le présent projet de loi.

La CSL accueille également favorablement l'idée de rattacher aux structures hospitalières des sites supplémentaires et de maintenir dans la planification hospitalière des équipements et appareils dits lourds. Toutefois, elle estime que le présent projet de loi soulève de très nombreuses questions quant à sa mise en œuvre. Elle relève ainsi qu'une programmation à long terme de la planification hospitalière fait défaut. La CSL critique que le nombre de lits en hôpitaux ne tient pas assez compte de l'évolution démographique de la population. Elle critique également que la multiplication de sites supplémentaires destinés à la médecine ambulatoire ne répond pas à la question de la finalité du système, mais à une logique de financement visant à comprimer les dépenses de l'enveloppe hospitalière.

En outre, la CSL dit ne pas pouvoir retracer le bien-fondé de créer des sites supplémentaires, tel que prévu par le présent projet de loi, au vu de la carte sanitaire de 2019. Elle estime qu'il n'existe aucune justification chiffrée pour légitimer une extension de sites supplémentaires.

La CSL estime encore que malgré la loi hospitalière de 2018, le principe du « *pas tout partout* » fait aujourd'hui défaut. Elle propose de fusionner, d'un point de vue juridique, les quatre hôpitaux en une fondation unique. Elle craint que le présent projet de loi, avec les nouveaux sites et leurs nouveaux appareils, n'augmente la concurrence entre les hôpitaux pour attirer un maximum de patients dans leurs antennes.

La CSL estime en outre qu'une salarisation des médecins dans les hôpitaux, y compris les nouvelles antennes, est nécessaire pour garantir le bon fonctionnement des hôpitaux et une bonne gestion publique. Elle craint aussi que la situation des médecins affectés à ces sites supplémentaires, au vu du projet de loi 8013 qui a pour objet de permettre l'exercice en société par les médecins, les médecins-dentistes, les professionnels de santé et les psychothérapeutes², ne devienne de plus en plus confuse en ce qui concerne leurs droits et obligations. La CSL estime dès lors que les médecins et professionnels de santé affectés à ces structures devraient être soumis à l'organisation de l'établissement hospitalier en adoptant le statut de salarié.

La CSL redoute également que les coûts d'investissements et d'exploitation des nouvelles structures ne se fassent au détriment du budget de la CNS. Elle estime dès lors que l'intégralité des investissements devrait être prise en charge par le budget de l'État et que la CNS devrait se limiter à la prise en charge des soins.

La CSL craint encore que l'ouverture de nouveaux sites, au vu de la possibilité des médecins et professionnels de santé de se regrouper sous forme de société, risque d'avoir pour conséquence que du personnel actuellement employé dans un hôpital ne doive travailler dans un site externe, risquant de ne plus tomber sous le champ d'application de la convention collective de travail des salariés occupés dans les hôpitaux. Une autre conséquence risque d'être une pénurie de main-d'œuvre dans les hôpitaux.

En conclusion, si la CSL salue l'approche du Gouvernement de maintenir les sites supplémentaires à créer dans le cadre de la planification hospitalière ainsi que la volonté de donner une assise légale à l'utilisation des équipements médicaux « *lourds* » limitée à ces structures, elle estime néanmoins que le présent projet de loi soulève de très nombreuses questions quant à sa mise en œuvre pratique.

2 Projet de loi 8013 portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ;

3° de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute

❖ Avis du Collège médical

Dans son avis du 1^{er} juillet 2022, le Collège médical dit s'étonner que le présent projet de loi voie le jour sans lien avec les discussions menées lors du *Gesondheetsdësch*, sans expliquer le choix du législateur par rapport à d'autres pistes discutées et sans nouvelle prise de contact avec les acteurs du *Gesondheetsdësch*. Il estime que le présent projet de loi a été « bâclé » et est une réaction à une situation de fait créée par un centre médical de type GIE ayant acquis un équipement d'imagerie par résonance magnétique et ayant commencé à l'exploiter en avril 2022.

Selon le Collège médical, le présent projet élargit le secteur ambulatoire des soins secondaires sans toutefois sortir de « l'hospitalocentrisme ». Il critique aussi qu'aucun incitant financier n'est prévu ni pour le prestataire dans l'ambulatoire, ni pour le patient qui s'oriente vers l'extrahospitalier.

Le Collège médical qualifie le présent projet de loi de restrictif pour l'activité libérale, mais favorable aux établissements hospitaliers. Une conséquence en est la minimisation du risque de dérives liées à l'exploitation de centres médicaux par des investisseurs privés du secteur non médical.

Par contre, le Collège médical salue que le projet de loi 8013 précité relatif à l'exercice de la médecine par le biais d'une société ait été déposé parallèlement au présent projet de loi. Il souhaite qu'un lien soit établi entre ces deux textes.

Enfin, le Collège médical souligne la nécessité de finaliser le règlement grand-ducal prévu par la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire et déterminant les modalités suivant lesquelles les médecins spécialisés qui ne sont attachés à aucun établissement hospitalier participent au service de garde. Il appelle aussi à ce qu'une solution soit trouvée concernant le financement des astreintes et gardes des professionnels concernés.

Concernant la gestion des nouvelles antennes, le Collège médical estime que le cas où celles-ci pourraient être exploitées par un établissement hospitalier en collaboration avec un médecin doit être précisé. Cette disposition soulèverait plus de questions qu'elle ne donnerait de réponses. Le Conseil médical se pose aussi la question de la distribution géographique des antennes, le présent projet de loi ne prévoyant pas de sites concrets.

En conclusion, le Collège médical estime que le présent projet de loi ne « fait qu'entériner une situation de fait, à savoir une offre et un exercice de la médecine dominés par les hôpitaux ». Un « vrai projet » régulant et valorisant le secteur extrahospitalier, à l'instar d'une loi sur le secteur hospitalier, ferait toujours défaut et devrait dès lors être élaboré.

❖ Avis complémentaire du Collège médical

Dans son avis complémentaire du 12 juillet 2023, le Collège médical constate que les auteurs du projet de loi ont pris le soin de répondre à la critique fondamentale d'atteinte à la liberté d'exercice de la profession médicale. Il dit pouvoir comprendre l'argumentation des auteurs en la matière. Il constate que les amendements gouvernementaux ont amélioré, voire clarifié le projet de loi suite aux remarques du Conseil d'État, notamment en ce qui concerne la nature des relations entre les structures des établissements hospitaliers et les médecins utilisant leurs équipements.

Par contre, le Collège médical regrette qu'il n'y ait toujours pas de réglementation pour le secteur purement extrahospitalier, ce qui inhiberait toute initiative privée d'élargissement de l'offre de soins dans ce secteur. Il souligne qu'une loi-cadre relative au secteur extrahospitalier aurait pu soumettre la création d'entités extrahospitalières à une autorisation ministérielle.

Le Collège médical dit s'étonner de lire que l'État participe à hauteur de 80 pour cent au financement de la location des infrastructures et équipements des nouvelles antennes projetées, alors qu'aucun financement n'est prévu pour les projets d'acteurs du secteur extrahospitalier. Enfin, concernant la modification du Code de la sécurité sociale, le Collège médical estime que le principe de la rémunération forfaitaire n'est pas suffisamment commenté pour comprendre l'intention des auteurs du présent projet de loi.

❖ Avis de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois

Dans son avis du 9 septembre 2022, la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (ci-après « FHL ») estime que le système de santé actuel ne souffre d'aucun « hospitalocentrisme ». Par contre, la FHL

identifie des déficits systémiques et organisationnels au niveau des soins primaires. Ces déficits d'accès aux soins sont actuellement en partie compensés par le secteur hospitalier en général, estime la FHL. Elle note également que la notion de « *virage ambulatoire* » relève aussi de séjours hospitaliers courts, si possible sans nuitée à l'hôpital.

La FHL apprécie que le Gouvernement envisage la décentralisation de certaines activités de soins dans le cadre de l'activité hospitalière. Le présent projet de loi permet d'éviter la création d'un système parallèle avec ses risques de concurrence déloyale.

La FHL relève qu'en l'absence de carte sanitaire extrahospitalière, les besoins ne sont pas connus. Par conséquent, elle s'étonne du nombre élevé d'antennes supplémentaires prévu par le texte. Elle voit un risque majeur de manque de disponibilité de personnel médical. En outre, elle craint une dispersion d'équipements techniques et un impact sur l'efficacité de leur exploitation. La FHL recommande dès lors un processus d'autorisation « *lentement progressif* » et lié aux besoins constatés sur le terrain. Elle souligne qu'il faudra aussi tenir compte de la disponibilité des professionnels de santé.

Concernant le choix d'autoriser l'exploitation de services d'imagerie médicale dans ces antennes, la FHL se félicite que le Gouvernement souhaite maintenir cette activité au sein des établissements hospitaliers. Au sujet des services oncologiques ambulatoires, la FHL constate que le contenu exact de ces activités n'est pas explicité dans le projet de loi. Elle attire l'attention sur la complexité des actes de chimiothérapie. Le fait de démultiplier le site de traitements oncologiques lourds risque d'entraîner une explosion des coûts d'équipements et de ressources humaines, estime la FHL. Concernant la dialyse, la FHL note qu'aucune donnée ne souligne pourquoi le développement de cette activité dans de nouvelles antennes serait nécessaire. Enfin, au sujet de l'hôpital de jour, la FHL ne s'oppose pas au rapprochement de cette activité des lieux de vie des patients.

En ce qui concerne le contrat-type de collaboration entre établissement hospitalier et médecins libéraux, la FHL souligne que l'ensemble des médecins, qu'ils exercent en hôpital ou dans une antenne, relève d'un statut unique de médecin hospitalier. Elle demande dès la suppression du nouveau point 9 de l'article 33, de la loi hospitalière.

Enfin, la FHL regrette que le seuil minimal d'éligibilité pour un financement par le fonds hospitalier ne prenne pas en considération l'inflation.

❖ Avis complémentaire de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois

Dans son avis complémentaire du 4 juillet 2023, la FHL a analysé les amendements gouvernementaux du 20 juin 2023 et rejoint l'argumentation des auteurs quant à leur justification de réserver aux centres hôpitaux l'utilisation de certains équipements et appareils au sein de sites supplémentaires. La FHL souligne notamment que sans ce dispositif il y aurait un risque de fragilisation du secteur hospitalier par une dispersion des professionnels de santé dans un contexte de pénurie croissante. Cela mettrait également en péril l'assurance des services de garde. La FHL pointe aussi du doigt le risque d'atteinte à l'équilibre financier du système de la sécurité sociale ainsi que d'une perte d'efficacité dus à un dédoublement et, partant, à une sous-utilisation des ressources en milieu hospitalier. Selon la FHL, autoriser l'utilisation des appareils et équipements visés à l'annexe 3 de la loi hospitalière viendrait ébranler la cohésion du système de santé mis en place dans l'intérêt de la santé publique et des patients. Elle estime que la restriction de l'utilisation de ces équipements et appareils est dès lors rationnelle, adéquate et proportionnelle à ses buts.

Par contre, la FHL réitère son étonnement face au nombre potentiel de sites supplémentaires qui pourraient être autorisés par le projet de loi, à savoir 32 au total. Ceci risquerait d'avoir un effet de dispersion d'équipements techniques sans oublier le risque du manque de disponibilité d'équipes médico-soignantes compétentes. Elle réitère aussi ses questions quant à la nature exacte des soins qui seront proposés sur les sites supplémentaires.

❖ Avis du Conseil supérieur de certaines professions de santé

Dans son avis du 13 octobre 2022, le Conseil supérieur de certaines professions de santé (ci-après « *CSCPS* ») se félicite de la volonté des auteurs du texte de rapprocher les soins de santé de la population en envisageant la création de sites supplémentaires sous la responsabilité des établissements hospitaliers. Ce lien permettra de garantir un certain niveau de qualité et de contrôle tout en limitant le recours aux équipements lourds, estime le CSCPS.

Par contre, le CSCPS regrette que le projet de loi ne se réfère qu'aux médecins et propose d'étendre l'implication dans la gestion des nouvelles antennes aux professions médicales de santé. En outre, le CSCPS s'interroge sur les conséquences de l'ouverture de nouveaux sites sur la pénurie de main-d'œuvre dans le domaine médical.

Il s'interroge aussi sur les raisons du choix des quatre domaines retenus qui pourront être proposés dans les nouvelles antennes et indique d'autres disciplines qui auraient pu être choisies, comme la maternité, la rééducation ou la psychiatrie. Le CSCPS souligne que le choix doit être opéré sur base de recommandations scientifiques et de données probantes.

De manière générale, le CSCPS craint que l'idée d'une partie du corps médical luxembourgeois de vouloir privatiser le domaine ambulatoire, impliquant une dérive des médecins et professionnels de santé du milieu hospitalier vers le milieu libéral, moins réglementé et éventuellement plus lucratif, ne mène à une hémorragie des hôpitaux. Par conséquent, le CSCPS plaide pour un renforcement des structures hospitalières.

❖ Avis complémentaire du Conseil supérieur de certaines professions de santé

Dans son avis complémentaire du 22 mars 2023, le CSCPS regrette que le projet de loi n'apporte pas de clarification sur la vision stratégique entre les secteurs de santé libéral et public. Le CSCPS estime aussi que les textes de loi, et plus particulièrement les dispositions relatives au financement des infrastructures et structures hospitalières qui, selon le CSCPS, sont sujettes à diverses interprétations, ne seront pas clarifiées une fois modifiées par le présent projet de loi. Enfin, le CSCPS relève que le présent projet de loi n'intègre pas les changements concernant la réglementation européenne sur les dispositifs médicaux³. C'est pourquoi le CSCPS propose d'y faire référence dans le projet de loi.

Concernant le choix des activités autorisées dans les nouvelles antennes, le CSCPS estime qu'il ne coïncide pas avec la logique ambulatoire, car il exclut des disciplines telles que la cardiologie, la gastro-entérologie, l'urologie et la médecine interne. Le CSCPS estime que les services à retenir doivent permettre toutes les disciplines ambulatoires possibles. De même, le CSCPS propose de ne pas restreindre le nombre d'antennes supplémentaires, le nombre de nouvelles structures nécessaires devant dépendre de la géographie et des besoins régionaux du pays.

Le CSCPS propose aussi de supprimer la condition relative aux équipements et appareils médicaux à réserver au milieu hospitalier en raison de leur coût dépassant 250 000 euros HTVA valeur à neuf. Selon le CSCPS, cette condition entre en contradiction avec la notion d'équipements nécessitant une planification nationale, étant donné que certains de ces équipements (notamment pour la PMA) sont inférieurs à cette valeur et seront dès lors exclus.

Concernant l'annexe 3, le CSCPS est d'avis que cette liste ne devrait pas servir de liste reprenant les appareils « interdits » au secteur libéral, mais reprendre son objet initial, à savoir énumérer les équipements nécessitant une planification nationale. Le CSCPS propose aussi certaines modifications d'ordre technique au sein de l'annexe 3.

❖ Avis de l'Autorité de la concurrence du Grand-Duché de Luxembourg

Dans son avis du 21 février 2023, l'Autorité de la concurrence marque des réserves quant au respect par le projet de loi du principe de la liberté du commerce et de l'industrie, de la liberté d'établissement et du principe de proportionnalité.

L'Autorité de la concurrence s'étonne que le projet de loi envisage de réserver l'exploitation des sites supplémentaires prévus aux seuls hôpitaux, voire aux hôpitaux en collaboration avec un groupe de médecins. L'Autorité considère que ces structures pourraient être gérées directement par un ou plusieurs médecins éventuellement conventionnés, sans qu'une « mise sous tutelle » des hôpitaux soit effective. L'Autorité cite à ce sujet l'article 11, paragraphe 6, de la Constitution qui pose le principe de la liberté du commerce et de l'industrie. Selon l'Autorité de la concurrence, cette tutelle des centres

³ Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) no 178/2002 et le règlement (CE) no 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE, et règlement (UE) 2017/746 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et abrogeant la directive 98/79/CE et la décision 2010/227/UE de la Commission

hospitaliers constituerait une entrave injustifiée à la liberté du commerce et de l'industrie. Cette restriction ne saurait être justifiée pour des raisons de protection de la santé publique, dès lors qu'elle reste exercée par des professionnels de santé qualifiés.

L'Autorité de la concurrence critique aussi le fait que le projet de loi ne respecte pas le principe de proportionnalité, tel que prescrit par la loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions. L'Autorité de la concurrence énumère les quatre conditions cumulatives qui peuvent justifier des restrictions à l'exercice d'une profession réglementée : 1) être appliqué de manière non discriminatoire, 2) être justifié par des raisons impérieuses d'intérêt général, 3) être propre à garantir la réalisation de l'objectif qu'elle poursuit et 4) ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre. Or, l'Autorité estime que le projet de loi ne respecte pas ces quatre conditions. L'Autorité dit notamment déplorer que ni l'exposé des motifs, ni le commentaire des articles du projet de loi ne précisent les raisons impérieuses d'intérêt général qui justifieraient une « tutelle » des hôpitaux sur l'activité d'imagerie médicale.

L'Autorité estime encore que le projet de loi ne révèle pas en quoi cette « tutelle » n'irait pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre son objectif. Si la justification devait être la préservation de l'équilibre financier du système de sécurité sociale, cela devrait être motivé. Car l'Autorité note que si l'on part du principe que l'achat de matériel d'imagerie médicale se fera exclusivement à la charge du médecin-radiologue, un tel investissement, bien que coûteux, ne pèsera nullement sur le budget de l'État.

L'Autorité est encore d'avis qu'une évolution du nombre des structures de soins ambulatoires selon la loi de l'offre et de la demande constitue l'objectif à atteindre. Elle recommande de laisser la liberté aux médecins de pouvoir acquérir des équipements d'imagerie médicale et de leur permettre d'offrir des services d'imagerie médicale éventuellement conventionnés sans qu'une telle activité ne soit soumise à la tutelle d'un centre hospitalier.

❖ Avis commun de la Chambre de commerce et de la Chambre des métiers

Dans leur avis commun du 3 mars 2023, la Chambre de commerce et la Chambre des métiers soutiennent le « virage ambulatoire » pris par le système de santé, mais soulignent que celui-ci doit être planifié et viser à assurer la complémentarité entre les soins hospitaliers et extrahospitaliers. Les deux Chambres plaident pour un avancement de l'utilisation de la digitalisation qui permettrait, dans un contexte extrahospitalier, d'assurer un suivi cohérent du parcours du patient.

Les deux Chambres estiment que le présent projet de loi est une étape importante dans l'évolution du système de santé. Elles relèvent la nécessité d'une analyse et d'une vision globale en la matière. Selon elles, un grand défi du système de santé actuel est le nécessaire redressement de la situation financière de l'assurance maladie-maternité (ci-après « AMM »). Les deux Chambres estiment que les instruments de pilotage du système, y compris les contrôles, doivent être appliqués et renforcés. Elles jugent que l'enveloppe budgétaire globale, introduite par la réforme des soins de santé en 2010, nécessite une refonte. Dans le même ordre d'idées, les deux Chambres soutiennent une meilleure reconnaissance du contrôle médical de la sécurité sociale et un renforcement de ses missions.

Les deux Chambres disent avoir conscience qu'une égalité de traitement des professions de soins de santé avec d'autres professions libérales est difficile à envisager. Ainsi, elles soutiennent le maintien, voire le renforcement, de la planification de l'activité dans le contexte d'un système de santé préfinancé par les cotisations sociales payées par les entreprises, les salariés et les finances publiques. Cependant, les Chambres s'inquiètent des répercussions possibles d'une évolution du système de santé qui tend de plus en plus vers la gratuité, en raison d'un risque de déresponsabilisation individuel tant au niveau des prestataires de soins que des assurés.

Pour la Chambre de commerce et la Chambre des métiers, la gouvernance est l'un des axes principaux d'amélioration du système de santé. Elles relèvent que le budget de l'AMM est passé d'un excédent de 100 millions d'euros en 2019 à un déficit de 55 millions d'euros en 2021. Selon les deux Chambres, cette situation n'est pas seulement due à l'impact de la crise sanitaire sur la hausse des dépenses pour prestations et à la baisse des recettes de cotisations concernant les exercices 2020 et 2021, mais aussi à la hausse de facteurs structurels. Les dépenses augmentent plus rapidement que les recettes et ce malgré un apaisement des dépenses liées à la pandémie de Covid-19. La Chambre de commerce et la Chambre des métiers s'inquiètent de ce déficit chronique de l'AMM. Face à la hausse de ces dépenses, elles soulignent « l'absolue nécessité » du maintien du niveau de cotisations actuelles

pour les employeurs et les employés afin de préserver la compétitivité-coût et l'attractivité du territoire économique luxembourgeois.

❖ Avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes

Dans son avis du 11 juillet 2023, l'Association des médecins et médecins-dentistes (ci-après « AMMD ») se concentre avant tout sur l'argumentation des auteurs du projet de loi en rapport avec la restriction de liberté de certaines professions médicales telle que formulée dans l'analyse de proportionnalité. L'AMMD critique que cette analyse n'ait pas été mise à disposition lors du dépôt du projet de loi, mais seulement plus tard, suite à l'avis du Conseil d'État.

Dans son avis, l'AMMD énumère treize problèmes du système de santé luxembourgeois, dont notamment un accès inéquitable pour les patients à certains soins de santé, la pénurie de médecins-spécialistes ou encore le phénomène de l'« hospitalocentrisme ». Selon l'AMMD, le présent projet de loi n'apporte pas de solution « *visant un vrai concept* » au vu de ces problématiques.

L'AMMD estime que la planification hospitalière a largement sous-estimé l'évolution démographique de la population et a ignoré l'impact du virage ambulatoire ainsi que l'opportunité pour les patients pouvant se faire soigner « *plus vite et mieux* » dans des cabinets médicaux dédiés. L'AMMD relève que le Luxembourg ne dispose pas d'une méthode statistique de recensement des données de santé. Elle juge dès lors que l'argument des auteurs, selon lesquels les besoins sanitaires sont identifiés, ne tient pas. En outre, à l'inverse des auteurs du texte, elle qualifie les risques financiers de « *majeurs* » suite à l'ouverture de sites additionnels tels que prévus par le projet de loi. Elle craint que chaque établissement hospitalier ne tente de revendiquer un maximum de sites autorisés.

Concernant la qualité des appareils utilisés en milieu hospitalier, l'AMMD estime que la planification n'en est pas un garant, les budgets portant sur l'investissement médico-technique des hôpitaux étant « *largement insuffisants* ».

L'AMMD qualifie d'« *étonnant* » l'argument selon lequel l'ouverture de cabinets de radiologie conduirait à un système de santé à deux vitesses. Elle argumente qu'un certain nombre de patients prennent rendez-vous pour un examen d'imagerie par résonance magnétique en Allemagne et estime qu'il existe d'ores et déjà une médecine à deux vitesses. Selon l'AMMD, il s'agit de la conséquence d'une « *planification échouée* ». Elle critique aussi que les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale se sont opposés à l'introduction d'un tarif technique en matière d'imagerie médicale. D'après l'AMMD, celui-ci aurait garanti aux assurés un accès équitable aux soins de santé dans un cabinet libéral de radiologie par rapport aux services hospitaliers.

L'AMMD critique encore la modification prévue du Code de la sécurité sociale qui prévoit « *un amalgame non précisé* » entre l'acte intellectuel médical et l'acte technique. L'AMMD défend une dichotomie stricte entre l'honoraire et le financement technique d'une prestation. Elle estime que cette disposition accentuera l'asymétrie entre des établissements hospitaliers « *de plus en plus puissants* » face à des médecins individuels « *de plus en plus impuissants* ».

En conclusion, l'AMMD s'oppose au présent projet de loi au motif de non-respect du principe de proportionnalité imposé lors de la restriction d'une profession libérale.

*

IV. COMMENTAIRE DES ARTICLES

La Commission a décidé de reprendre les observations d'ordre légistique formulées par le Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023 et dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023.

Intitulé

Suite à une observation d'ordre légistique émise par le Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023, l'intitulé du projet de loi est reformulé comme suit :

« *Projet de loi portant modification :*

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

3° du Code de la sécurité sociale ».

Article 1^{er} – Loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

L'article 1^{er} du projet de loi regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Point 1° nouveau – article 2 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Il est proposé, par voie d'amendement gouvernemental en date du 20 juin 2023, d'insérer un point 1° nouveau dans l'article 1^{er} du projet de loi, qui entend modifier l'article 2, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Cet amendement vise à faire droit à une observation que le Conseil d'État a émise dans son avis du 25 avril 2023 à l'endroit de l'article 1^{er}, point 1° initial, lettre a), du projet de loi. En effet, l'introduction de la notion de « *sites supplémentaires* » par la loi en projet amène la Haute Corporation à se pencher sur la signification du terme « *site* ». Selon les travaux préparatoires de la loi précitée du 8 mars 2018⁴, « *les quatre hôpitaux [...] sont actuellement tous multi-sites c.-à-d. leurs activités hospitalières ont lieu dans plusieurs bâtiments dans des lieux géographiques distincts et bien identifiés* ». D'après le commentaire portant sur l'article 4 du projet de loi 7056 devenu la loi précitée du 8 mars 2018, « *[l]e Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) se compose des sites de Strassen et d'Eich ; – le Centre hospitalier des Hôpitaux Robert Schuman (CHRS) se compose des sites de la Gare de Luxembourg, du Kirchberg et d'Esch/Alzette ; – le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) se compose des sites d'Esch/Alzette, de Dudelange et de Niederkorn ; – le Centre hospitalier du Nord (CHDN) se compose des sites de Wiltz et d'Ettelbrück*⁵. ».

Si, à l'époque, la loi précitée du 8 mars 2018 introduisait la notion de « *site* » pour différencier les sites des différents centres hospitaliers existants en ayant recours à un critère implicite de distanciation géographique, le Conseil d'État constate néanmoins que la notion en elle-même n'est pas définie dans la loi précitée. En effet, l'article 4, alinéas 2 et 3, de la loi précitée du 8 mars 2018 se limite à prévoir qu'« *[u]n centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites. Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites.* ». Par l'introduction de la notion de « *site supplémentaire* », la nécessité de définir la notion de « *site* » s'impose dès lors. En appréciant la notion de « *site* » en fonction des centres hospitaliers existants, des « *lieux géographiques distincts* » et espacés de sorte à impliquer un déplacement plus ou moins long semblent conditionner la notion de sites « *distincts* ».

Dans la mesure où la nature du site joue un rôle important dans le cadre de la procédure d'autorisation en ce qu'il revient au ministre de donner une autorisation d'exploitation soit pour un « *site* », soit pour une antenne d'un service d'un site existant, soit pour un « *site supplémentaire* », soit pour

⁴ Doc. parl. n° 7056, page 49.

⁵ *Ibid.*

une antenne d'un service d'un « *site supplémentaire* », il faut que celui-ci puisse s'appuyer sur un critère légal permettant de délimiter un site de ses « *sites supplémentaires* ». Le flou qui encadre la notion de « *site* » et qui implique ainsi un manque de précision au niveau de la notion de « *site supplémentaire* » étant source d'insécurité juridique, le Conseil d'État doit s'opposer formellement à la disposition sous revue.

Il est partant proposé, dans le cadre des amendements gouvernementaux du 20 juin 2023, d'intégrer une définition de la notion de « *site* » dans la liste des définitions contenue dans le paragraphe 1^{er} de l'article 2 de la loi précitée du 8 mars 2018. Le site est désormais défini comme une zone composée d'un ou de plusieurs bâtiments, dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres. Cette définition permet de tenir compte de la constellation actuelle des sites hospitaliers. Elle permet également à un centre hospitalier de construire de nouveaux bâtiments à proximité de l'immobilier existant sans que ceux-ci doivent être considérés comme étant des « *sites supplémentaires* », à condition de ne pas dépasser les limites précitées.

Au vu de la précision apportée à la notion de site, qui permet implicitement d'apporter une appréciation de ce qui constitue un site supplémentaire, le Conseil d'État est en mesure de lever son opposition formelle dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023.

Suite à l'insertion du point 1° nouveau, il convient de renuméroter les points suivants.

Point 2° nouveau (point 1° initial) – article 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 1° initial devient le point 2° nouveau.

Face aux défis du vieillissement de la population et aux risques futurs y associés en matière d'engorgement des structures de santé, de hausse des coûts globaux de santé et de pénurie de professionnels de santé, il est proposé de développer davantage la prise en charge ambulatoire. Étant définie comme la prise en charge d'un patient sans qu'il y ait de nuitée dans un établissement hospitalier, la prise en charge ambulatoire doit contribuer à atteindre les objectifs suivants :

- améliorer la sécurité et la qualité pour le patient en évitant de longs séjours hospitaliers et en réduisant les risques d'infection nosocomiale en milieu hospitalier ;
- désengorger les structures hospitalières ;
- améliorer l'accès aux soins de santé en délocalisant des procédures ne nécessitant pas de nuitée dans un hôpital vers des structures spécialisées dans les prises en charge ambulatoires ;
- contribuer à maîtriser la croissance des coûts des soins de santé ;
- réduire la pénurie de personnel de santé en diminuant de manière générale le nombre de ressources nécessaires pour les services de nuit.

Il est dès lors jugé important de concentrer les prises en charge ambulatoires dans des infrastructures dédiées afin de profiter pleinement des gains d'efficacité et de confort pour le patient. En effet, les prises en charge nécessitent un cadre infrastructurel et organisationnel distinct des prises en charge en milieu stationnaire.

Lettre a)

Afin de répondre aux exigences susmentionnées, la lettre a) du point 2° nouveau (point 1° initial) de l'article 1^{er} du projet de loi entend insérer un nouvel alinéa 4 dans le paragraphe 1^{er} de l'article 4 de la loi précitée du 8 mars 2018. Cette nouvelle disposition vise à autoriser les quatre centres hospitaliers existants à disposer de sites supplémentaires se situant en dehors des murs des hôpitaux existants, et ceci par dérogation à l'alinéa 3 qui prévoit qu'un centre hospitalier peut disposer de trois sites hospitaliers au maximum. Ces sites supplémentaires sont dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3., 7. et 8. du paragraphe 2 et au point 5. du paragraphe 3 de l'article 4, ainsi que dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6, de la loi précitée du 8 mars 2018. Sont ainsi visés les services de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale et d'oncologie.

Le Conseil d'État constate, dans son avis du 25 avril 2023, que malgré de nombreuses considérations démographiques et épidémiologiques (chapitre III de l'exposé des motifs), les auteurs du projet de loi sous avis restent muets sur les raisons qui sont à l'origine du choix opéré quant aux services éligibles pour les « *sites supplémentaires* ». D'autres services dans lesquels les prises en charge ambulatoires

jouent déjà actuellement un rôle important, tels que certains actes de chirurgie ainsi que les polycliniques spécialisées réalisant des examens à visée diagnostique, ne peuvent donc pas être installés dans les « sites supplémentaires » visés. Le « virage ambulatoire » mis en avant par les auteurs pour justifier la mise en place de « sites supplémentaires » se limite ainsi aux services précités. Le Conseil d'État estime qu'il appartient au législateur d'apprécier l'opportunité du choix des services opéré.

La Haute Corporation note encore, dans son avis du 25 avril 2023, que la dernière phrase de l'alinéa 4, dans sa teneur proposée, dispose que les « sites supplémentaires » sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés à exercer la médecine, sans pour autant définir quelle forme juridique revêt une telle « collaboration ». Selon le commentaire portant sur l'article 1^{er}, les collaborations pourraient se faire « soit avec un ou plusieurs médecins, soit avec une personne morale au sens de la loi autorisant la médecine sous forme sociétale ».

Le Conseil d'État s'interroge sur la nature des contrats conclus entre les établissements hospitaliers et les médecins. À cet égard, il constate que la notion de « contrat de collaboration » est utilisée à l'endroit de l'article 33, paragraphe 7, de la loi précitée du 8 mars 2018, qui dispose que les « médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration ». Étant donné que les auteurs proposent d'insérer au point 7^o initial de l'article sous examen le bout de phrase « et ceux exerçant sur un site supplémentaire », le Conseil d'État constate que le contrat visé semble être le contrat de collaboration mentionné à l'endroit de l'article 33. Dans un souci de sécurité juridique, la Haute Corporation demande, sous peine d'opposition formelle, de compléter l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur proposée, en ce sens. Elle renvoie également aux observations formulées à l'égard de l'article 1^{er}, point 7^o initial.

Dans cette logique, le Conseil d'État attire encore l'attention sur les dispositions de l'article 32 de la même loi qui instaure un Conseil médical dans chaque hôpital, qui est censé constituer « l'organe représentant les médecins [...] exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital ». Ainsi, les médecins ou associations de médecins qui exercent sur un « site supplémentaire » sur base d'un contrat de collaboration devraient en toute logique participer aux travaux du Conseil médical.

Par ailleurs, d'après l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018, « [l]a gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurés par un même organisme gestionnaire ». Le Conseil d'État se demande si la deuxième phrase de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, dans sa teneur proposée, implique avec la rigueur nécessaire que les « sites supplémentaires » rentrent d'un point de vue de leur gestion entièrement dans les compétences de l'organisme de gestion du centre hospitalier. Tel que formulé, le texte sous avis risque de créer une insécurité juridique au niveau des règles de gouvernance applicables aux « sites supplémentaires » du centre hospitalier, de sorte que le Conseil d'État doit s'opposer formellement aux modifications proposées à la lettre sous examen. Il renvoie également aux observations formulées à l'endroit de l'article 1^{er}, point 7^o initial.

Dans le cadre des amendements gouvernementaux du 20 juin 2023, il est proposé de donner suite aux observations du Conseil d'État et de clarifier ainsi la nature des contrats visés. La référence au terme « collaboration » ayant pu semer de la confusion par rapport au contrat de collaboration visé à l'article 33 de la loi précitée du 8 mars 2018, il est proposé de ne plus s'y référer, étant donné que les contrats visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 nouveau, dépassent ce cadre.

Conformément au nouveau libellé, un centre hospitalier peut, pour les sites supplémentaires, conclure des contrats précisant les modalités de gestion et d'utilisation d'équipements et d'appareils visés à l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. Il est à préciser dans ce contexte que tant un centre hospitalier qu'un ou plusieurs médecins autorisés à exercer leur profession au Luxembourg peuvent être à l'origine d'un projet de création de site supplémentaire à autoriser suivant les articles 7 et suivants de la loi précitée du 8 mars 2018. Le contenu des arrangements contractuels se limite strictement aux équipements et appareils visés à l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018 et aux seules parties d'infrastructures les hébergeant. Ce contrat devra s'inscrire dans les prévisions de la loi précitée du 8 mars 2018 dans le sens où l'organisme gestionnaire continue à assurer la gestion et l'exploitation d'un hôpital, y compris sur les sites supplémentaires, et que le rôle du Conseil médical ne sera pas remis en question. Les médecins qui exercent sur les sites supplémentaires participeront bien évidemment, dans le cadre de la loi, aux travaux du Conseil médical. Il est précisé que les dispositions de l'actuel article 33 de la loi précitée du 8 mars 2018 continuent à s'appliquer.

Suite à une observation afférente émise par le Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023, les amendements gouvernementaux du 20 juin 2023 procèdent encore au remplacement des termes « *établissement hospitalier* » par ceux de « *centre hospitalier* » à l'article 1^{er}, point 2^o nouveau (point 1^o initial), lettre a), du projet de loi. Le même changement est opéré à l'article 1^{er}, point 5^o nouveau (point 4^o initial), lettre c).

Dans la mesure où la disposition, dans sa teneur amendée, précise que pour les sites supplémentaires dont il dispose, un centre hospitalier peut conclure des contrats précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant, le Conseil d'État est en mesure de lever ses oppositions formelles dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023. Il estime en effet que la suppression des termes « *de collaboration* » a le mérite de clarifier qu'il ne s'agit pas d'un contrat de collaboration, sans pour autant indiquer de quelle nature de contrat il s'agit. Dans la mesure où les auteurs emploient le verbe « *peut* », le Conseil d'État dit comprendre que l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018, dans sa teneur amendée, laisse toujours au centre hospitalier la liberté d'exploiter le site supplémentaire seul en tant qu'organisme gestionnaire sans conclure de contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3.

Concernant le contrat visé, la Haute Corporation constate, dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023, que le libellé proposé ne se prononce pas sur la nécessité ou l'opportunité d'inclure dans ce contrat d'autres éléments. Elle conclut qu'il n'y a donc pas d'obligation légale de prévoir d'autres précisions.

Pour le surplus, le Conseil d'État tient à attirer l'attention des auteurs sur le fait que, par le biais des amendements gouvernementaux du 20 juin 2023, ils suppriment les modifications insérées au sein de l'article 33, paragraphe 7, point 8, de la loi précitée du 8 mars 2018 pour revenir au libellé de la disposition en vigueur. L'article 33 s'applique au médecin dit « *hospitalier* » qui est défini comme le médecin qui « *exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers* ». Étant donné que tout site supplémentaire d'un centre hospitalier est un site de ce centre et héberge un service ou une antenne de service, de sorte à faire partie intégrante du centre hospitalier, tous les médecins y exerçant sont à considérer comme médecin hospitalier et tombent sous le champ d'application de l'article 33. Les auteurs semblent donc, pour les sites supplémentaires, exiger des médecins y exerçant un contrat de collaboration tel que visé au paragraphe 7 et, le cas échéant, un contrat destiné à préciser les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. La disposition semble signifier que si un médecin hospitalier est engagé pour exercer ses activités en relation avec l'utilisation d'appareils ou d'équipements relevant de l'annexe 3 sur un site non supplémentaire, il a uniquement besoin de signer un contrat de collaboration, alors que s'il exerce les mêmes activités sur un site supplémentaire, il devra en outre signer un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3.

Le Conseil d'État constate par ailleurs, dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023, que les auteurs semblent être d'avis que la création d'un site supplémentaire peut être réalisée tout aussi bien par un centre hospitalier que par un ou plusieurs médecins autorisés à exercer leur profession au Luxembourg. Le Conseil d'État estime néanmoins que la définition même du terme « *site* », et donc du terme « *site supplémentaire* », implique l'appartenance à un centre hospitalier, de sorte que toute initiative de la part d'un ou de plusieurs médecins est vouée à l'échec tant qu'ils n'ont pas su rallier à leur initiative le secours, voire la participation documentée d'un centre hospitalier prêt à gérer le site supplémentaire. D'ailleurs, l'autorisation d'exploitation procède des formes retenues aux articles 7 et suivants de la loi précitée du 8 mars 2018 qui ne prévoient pas la possibilité pour un médecin ou un groupe de médecins de demander une autorisation d'exploitation d'un site supplémentaire. En effet, la loi précitée ne prévoit cette possibilité que pour un établissement hospitalier, donc un centre hospitalier dans le cadre de l'autorisation d'exploitation d'un site supplémentaire.

Le Conseil d'État dit comprendre, à la lecture combinée des dispositions de l'article 20bis et de l'article 4, paragraphe 1^{er} alinéa 4, du commentaire des articles et de l'exposé des motifs, que les auteurs semblent viser des situations où des médecins investissent dans la construction d'infrastructures mobilières et immobilières qui ont pour destination de devenir des sites « *supplémentaires* » et pour lesquels l'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location. Dans la mesure où il faudra dans ce contexte organiser et fixer les détails des flux financiers et des engagements respectifs des partenaires concernés, à savoir l'organisme gestionnaire qui reçoit la participation financière de la part de l'État et les investisseurs dans la mesure où ceux-ci sont des médecins, le Conseil d'État estime que « *le*

contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils » installés sur ces sites ne constitue pas un contrat supplémentaire que chaque médecin ayant accès aux appareils et équipements de ce site devra signer, mais uniquement un contrat entre les partenaires intervenant au niveau du financement.

Lettre b)

Suite à l'insertion du nouvel alinéa 4, l'ancien alinéa 4 devient le nouvel alinéa 5 de l'article 4 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Le libellé de la lettre b) du point 2° nouveau (point 1° initial) de l'article 1^{er} du projet de loi ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023.

Point 3° nouveau (point 2° initial) – article 8 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 2° initial devient le point 3° nouveau.

Le point 3° nouveau (point 2° initial) de l'article 1^{er} du projet de loi modifie le point 3. du paragraphe 1^{er} de l'article 8 de la loi précitée du 8 mars 2018 afin de préciser que le ministre ayant la Santé dans ses attributions peut désormais autoriser des projets de construction nouvelle en relation avec les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires. Ces projets seront financés par le biais du Fonds spécial des investissements hospitaliers selon les mêmes procédures qui sont applicables aux sites existants.

Dans ce contexte, la référence au service d'hospitalisation de jour s'avère superflue et peut dès lors être supprimée.

Le libellé du point 3° nouveau (point 2° initial) n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023.

Point 4° nouveau (point 3° initial) – article 9 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 3° initial devient le point 4° nouveau.

Le point 4° nouveau (point 3° initial) de l'article 1^{er} du projet de loi propose de compléter le paragraphe 6 de l'article 9 de la loi précitée du 8 mars 2018 par une nouvelle phrase. Suivant la version initiale de cette nouvelle disposition, chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire dédié aux soins de santé ambulatoires.

Selon le commentaire des articles accompagnant le projet de loi déposé, une limitation sur base d'un nombre absolu de sites supplémentaires ne pourrait satisfaire les besoins d'une planification. Par contre, et en ligne avec le leitmotiv de la réforme du système de santé de 2010, le « *pas tout partout* », il s'agit de limiter en nombre les antennes de service à un maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire.

Aussi, l'approche retenue est de limiter la délocalisation de l'offre de soins de santé ambulatoires à des services hospitaliers présentant des prestations de soins éligibles de par leur nature à une certaine délocalisation, tout en assurant un lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondant aux domaines d'activité médicale couverts ainsi qu'avec les plateaux médico-techniques associés à cette prise en charge. Les antennes de service devront disposer de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis.

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'État estime que la disposition proposée n'est pas compréhensible sans les explications fournies à l'endroit du commentaire des articles. La disposition se heurte ainsi au principe de sécurité juridique, de sorte que le Conseil d'État doit s'y opposer formellement.

Pour répondre à l'opposition formelle de la Haute Corporation, il est précisé, par le biais des amendements gouvernementaux du 20 juin 2023, qu'un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visées à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018. Le renvoi à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, permet de créer un lien avec la notion de « *sites supplémentaires* » sur lesquels peuvent être accueillis un ou plusieurs des services visés à l'article

précité (c'est-à-dire le service de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale ou d'oncologie) et dont l'offre de soins peut être délocalisée sur deux antennes supplémentaires. Ces antennes sont d'ailleurs distinctes de l'antenne de service visée à la troisième phrase de l'article 9, paragraphe 6, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Au vu de la formulation proposée par les amendements gouvernementaux du 20 juin 2023, le Conseil d'État est en mesure de lever son opposition formelle dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023. Il dit comprendre à la lecture du texte coordonné de l'article 9, paragraphe 6, de la loi précitée du 8 mars 2018, que chaque centre hospitalier peut, pour les services visés à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, disposer au total de trois antennes, dont deux sont installées sur des sites supplémentaires.

Point 5° nouveau (point 4° initial) – article 14 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 4° initial devient le point 5° nouveau.

Le point 5° nouveau (point 4° initial) de l'article 1^{er} du projet de loi apporte des modifications à l'article 14, paragraphe 1^{er}, de la loi précitée du 8 mars 2018 relatif aux équipements et appareils médicaux afin de lui donner la teneur suivante :

« (1) Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale, qui soit en raison de leur coût dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux centres hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. [...] ».

Les modifications apportées à cette disposition visent à répondre à l'arrêt n° 148/19 de la Cour constitutionnelle du 5 juillet 2019⁶. Celle-ci a dû se prononcer sur la question de savoir si l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, est conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution, en ce que, selon le tribunal administratif, « le législateur n'a donné aucune indication quant à la nature, aux raisons pour lesquelles, dans quelles circonstances ou sous quelles conditions différents équipements devraient figurer sur une liste d'équipements interdits par rapport à d'autres ainsi que, d'une manière générale, quant aux modalités d'une telle interdiction⁷ ».

Il est précisé dans le commentaire des articles accompagnant le présent projet de loi que la volonté du législateur est celle de réglementer le marché des équipements lourds et coûteux du domaine de la santé dans un but de protection sociale. La sanction d'inconstitutionnalité, dans le cadre précis de l'exercice d'une profession libérale, d'une disposition identifiée comme simple corollaire sécurisant ne permet pas de remettre en cause cette volonté.

L'analyse de la disposition sanctionnée par l'arrêt n° 148/19 de la Cour constitutionnelle a montré que la réglementation des appareils lourds et coûteux constitue un outil de planification important aux mains de l'État, lui permettant d'assurer, aux moyens de fonds publics, la protection de la santé de la population et de garantir l'accès égalitaire aux soins de santé utiles et nécessaires.

Ainsi, sur base d'une planification, l'ensemble des équipements et appareils médicaux à réserver au milieu hospitalier qui, soit en raison de leur coût dépassant 250 000 euros HTVA valeur à neuf, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, est dès à présent fixé par la loi.

De même, en ce qui concerne des équipements spécifiques ne pouvant être déployés sur base des critères cités ci-avant dans l'ensemble des établissements hospitaliers, un nombre maximum est à fixer par la loi, en assurant l'offre de service par le système de santé sans pour autant prévoir un déploiement dans l'ensemble des établissements.

En ligne avec les travaux parlementaires menés dans le cadre du projet de loi 7056 devenu la loi précitée du 8 mars 2018, il est prévu de soumettre à l'autorisation du ministre ayant la Santé dans ses

⁶ Cour constitutionnelle, arrêt n° 00148/19 du 5 juillet 2019 (Mém. A – n° 491 du 12 juillet 2019).

⁷ Tribunal administratif, jugement n° 40845 du 14 février 2019.

attributions, à côté des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, de façon générale tous les équipements et appareils médicaux dépassant un certain coût.

Il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et d'appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale, ni les laboratoires d'analyses médicales.

Concernant le libellé sous examen, le Conseil d'État renvoie aux considérations générales émises dans son avis du 25 avril 2023 et en particulier à sa réserve quant à la dispense du second vote constitutionnel en ce qui concerne le principe de limiter l'utilisation d'un certain nombre d'équipements et d'appareils au secteur hospitalier.

Le Conseil d'État constate en effet dans ses considérations générales que l'article 2 du projet de loi sous avis vise à abroger l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983. La loi précitée ne contenant ainsi plus de restriction quant aux équipements et appareils pouvant être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans un cabinet médical, il n'est plus nécessaire d'insérer des indications quant à l'objectif des mesures d'exécution dans ladite loi.

Afin de rester toutefois dans la logique du système actuellement en vigueur, la Haute Corporation note que le Gouvernement prévoit de modifier l'article 14 de la loi précitée du 8 mars 2018 ainsi que l'annexe 3 visée audit article, en insérant dans la loi précitée les conditions liées à la limitation de l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers.

Le Conseil d'État constate ainsi que le principe selon lequel un certain nombre d'équipements et d'appareils sont réservés au milieu hospitalier, ne pouvant donc pas être utilisés par les médecins et médecins-dentistes dans leurs cabinets médicaux, n'est donc pas remis en cause par les auteurs de la loi en projet.

La Haute Corporation relève que le fait de réserver l'utilisation de ces équipements et appareils en vue d'une prise en charge médicale aux établissements hospitaliers constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale, matière qui constitue une matière réservée à la loi en vertu de l'article 11, paragraphe 6, de la Constitution. Dans ce contexte, le Conseil d'État rappelle que, d'après l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, « [l']article 11, paragraphe 6, alinéa 1, de la Constitution permet à la loi d'établir des restrictions à la liberté en cause. Pour être conformes à la Constitution, celles-ci doivent être rationnellement justifiées, adéquates et proportionnées à leur but »⁸. Cet arrêt cadre avec la clause transversale de l'article 37 de la Constitution révisée en vertu de laquelle « [t]oute limitation de l'exercice des libertés publiques doit être prévue par la loi et respecter leur contenu essentiel. Dans le respect du principe de proportionnalité, des limitations ne peuvent être apportées que si elles sont nécessaires dans une société démocratique et répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui. ». Le Conseil d'État souligne que ladite clause est inspirée de l'article 52, paragraphe 1^{er}, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Par ailleurs, d'après la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne et les termes de l'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions⁹, qui a été transposée par la loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante et les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux objectifs visés¹⁰.

Le Conseil d'État constate que, selon l'exposé des motifs, l'extension de l'offre hospitalière proposée par la loi en projet est justifiée par le souci de « réduire les délais d'attente ». En outre, le formulaire relatif à l'examen de proportionnalité qui lui a été communiqué en date du 20 janvier 2023 explique que « l'évaluation des besoins sanitaires a bien montré qu'il faut des sites additionnels [...] afin de répondre aux besoins de la population. [...] Ceci permettra de contribuer au virage ambulatoire et sera une réponse aux longues [sic] délais que nécessitent les projets de construction ».

⁸ Arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, n° 176 (Mém. A n° 19 du 13 janvier 2023).

⁹ L'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 dispose ce qui suit : « À cette fin, avant l'adoption des dispositions visées au paragraphe 1, les États membres tiennent compte des éléments suivants : f) la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs pour atteindre l'objectif d'intérêt général ; »

¹⁰ CJUE, arrêt du 26 septembre 2013, Texdata Software GmbH., aff. C-418/11, point 52.

Si les objectifs précités poursuivent ainsi des buts légitimes, à savoir notamment la protection de la santé, consacrée de manière indirecte par l'article 11, paragraphe 5, de la Constitution¹¹, le Conseil d'État estime pourtant qu'il existe la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs que de limiter l'utilisation de certains équipements et appareils aux établissements hospitaliers et de restreindre ainsi l'exercice d'une profession libérale pour atteindre ces buts.

Aux yeux du Conseil d'État, les objectifs de la maîtrise des coûts, de la qualité de gestion et d'un haut niveau de compétence du personnel peuvent valablement être réalisés dans des structures extrahospitalières, à condition bien évidemment d'instaurer une procédure d'autorisation en vue de l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. Concernant plus précisément la restriction relative aux équipements et appareils qui dépassent 250 000 euros, la Haute Corporation estime que cet argument ne tient pas en présence d'une personne physique ou morale qui ne requiert pas de financement de la part de l'État. Une telle personne se voit imposer une limitation de l'exercice de sa profession, même si elle respecte tous les critères imposés, sans que cette limitation ne soit autrement justifiée.

Étant donné que les explications du Gouvernement concernant la restriction envisagée et les motifs de celle-ci manquent à apporter les éléments nécessaires quant à son adéquation et proportionnalité, le Conseil d'État doit, à défaut de plus amples renseignements, réserver sa position quant à la dispense du second vote constitutionnel.

Dans le cadre de ses amendements du 20 juin 2023, le Gouvernement fournit des éléments complémentaires afin de justifier l'adéquation et la proportionnalité des mesures proposées. Il rappelle d'abord la marge d'appréciation dont disposent les États membres de l'Union européenne pour organiser leur système de santé et le niveau de protection de la santé publique. Selon un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne¹², il appartient aux États membres de décider de quelle manière ils entendent atteindre le niveau de protection de la santé publique qu'ils peuvent fixer librement. Étant donné que ce niveau peut varier d'un État membre à l'autre, la Cour de justice de l'Union européenne reconnaît ainsi une marge d'appréciation aux États membres dans ce domaine.

Le Gouvernement rappelle ensuite le fondement du système de santé luxembourgeois et ses principes de financement. Il indique que le choix d'intégrer la liste des équipements et appareils réservés au milieu hospitalier dans la loi précitée du 8 mars 2018 a été pris sur base d'objectifs clairs, qui ne permettent pas de prendre une mesure moins incisive au regard des risques associés à une ouverture plus large de l'acquisition et de l'utilisation de ces équipements et appareils à des structures extrahospitalières. Il indique comme risques éventuels le maintien du niveau de protection de la santé publique, l'équilibre financier du système et le gaspillage de ressources financières, techniques et humaines.

Le Conseil d'État prend note des explications supplémentaires fournies par le Gouvernement. Il constate cependant, dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023, que chaque État membre doit, même si la Cour de justice de l'Union européenne lui confère une certaine marge de manœuvre dans l'organisation de son système de santé, justifier de manière objective et fondée que le dispositif mis en place est le moins incisif possible lorsqu'il restreint une liberté fondamentale.

Il constate en outre qu'en continuant à réserver l'utilisation des appareils et équipements visés à l'annexe 3 au seul secteur hospitalier, le Gouvernement opte certes pour une solution non incisive par rapport au système existant, mais continue à restreindre et contrôler l'accès à l'acquisition et à l'utilisation de ces appareils et équipements dans un souci de planification et de maîtrise des coûts.

Enfin, le Conseil d'État est d'avis que les auteurs des amendements gouvernementaux n'ont pas démontré de manière factuelle en quoi chacun des appareils repris à l'annexe 3 nécessite soit une planification nationale, soit du personnel hautement qualifié ou relève d'un coût d'investissement nécessitant une planification nationale.

Finalement, au vu de l'urgence invoquée par les auteurs d'améliorer l'accessibilité à certains examens nécessitant des appareils et équipements visés, en prenant en compte les craintes et dangers exprimés quant à une ouverture plus large du système de santé à un secteur extrahospitalier non planifié et en considérant la possibilité de prévoir la participation financière de la part de l'État aux frais de location des structures mobilières et immobilières concernant les sites supplémentaires, la Haute Corporation peut, en l'état actuel, lever sa réserve quant à la dispense du second vote constitutionnel.

¹¹ Arrêt de la Cour constitutionnelle n° 172/22 du 25 novembre 2022 (Mém. A – n° 605 du 11 décembre 2022).

¹² CJUE, C-125/16, Malta Dental Technologists Association, John Salomone Reynaud *contre* Superintendent tas-Saħħa Pubblika, Kunsill tal-Professjonijiet Kumplimentari għall-Medicina, 21 septembre 2017, ECLI:EU:C:2017:707.

Elle estime pourtant que dans le futur et en fonction d'éléments concrets que les juridictions auront à vérifier, la restriction à mettre en place au niveau de l'utilisation des appareils et équipements visés à l'annexe 3 pourra ne pas être à l'abri de recours administratifs éventuels.

Point 6° nouveau (point 5° initial) – article 15 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 5° initial devient le point 6° nouveau.

Le point 6° nouveau (point 5° initial) de l'article 1^{er} du projet de loi vise à adapter le point 1. de l'article 15 de la loi précitée du 8 mars 2018 en précisant que l'État participe à hauteur de 80 pour cent des coûts générés par les équipements et appareils médicaux dont question à l'article 14, paragraphe 1^{er}, et qui sont soumis à planification nationale.

Au vu de ce qui précède, la Haute Corporation dit comprendre, dans son avis du 25 avril 2023, que l'État ne participe pas directement aux frais des investissements mobiliers et immobiliers pour recevoir des équipements et appareils qui ne sont pas soumis à planification nationale.

Point 7° nouveau (point 6° initial) – article 20bis nouveau de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 6° initial devient le point 7° nouveau.

Le point 7° nouveau (point 6° initial) de l'article 1^{er} du projet de loi entend insérer un article 20bis nouveau dans la loi précitée du 8 mars 2018.

Cette disposition prévoit des modalités de financement plus flexibles ne se limitant pas à un investissement propre, mais permettant également la location et le leasing d'équipements et d'appareils médicaux ainsi que la prise en charge des coûts annexes liés à l'exploitation de ceux-ci.

Cette disposition a également pour objet d'assurer la participation financière de l'État à hauteur de 80 pour cent des coûts générés par les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale situés sur des sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires et les frais immobiliers de ces sites, sur base d'un décompte annuel à établir par la CNS.

À ce sujet, des forfaits pris en charge par la CNS devront nécessairement tenir compte, de manière explicite, des frais de location des infrastructures mobilières et immobilières des établissements hospitaliers, afin de permettre à la CNS d'établir un décompte annuel y relatif.

De même, de manière générale, et sur base des dispositions du Code de la sécurité sociale, une approche forfaitaire a pour objet de faire en sorte que le financement des activités de soins ambulatoires prestées sur des sites hospitaliers existants ou des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires financés par forfait ne soit pas limité par l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier, conformément aux revendications de la FHL.

Le libellé du point 7° nouveau (point 6° initial) ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023.

Point 7° initial (supprimé) – article 33 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 7° initial de l'article 1^{er} du projet de loi prévoyait d'apporter des modifications à l'article 33, paragraphe 7, alinéas 1^{er} et 4, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Lettre a) initiale (supprimée)

La lettre a) initiale du point 7° initial de l'article 1^{er} du projet de loi tendait à modifier l'article 33, paragraphe 7, alinéa 1^{er}, première phrase, de la loi précitée du 8 mars 2018 afin de lui donner la teneur suivante :

« Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, y exercent sur base d'un contrat de collaboration. »

Cette disposition devait ainsi régler l'implication des médecins libéraux dans la gestion des antennes de service au niveau de contrats de collaboration devant correspondre à un contrat-type.

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'État dit ne pas comprendre la nécessité de compléter la phrase précédente dans la mesure où l'article 33 a vocation à s'appliquer à tous les établissements

hospitaliers, donc y compris les centres hospitaliers disposant de « sites supplémentaires ». Afin d'éviter toute confusion et pour des raisons de sécurité juridique, le Conseil d'État exige, sous peine d'opposition formelle, de supprimer la disposition sous examen.

Il est fait droit à cette demande de la Haute Corporation.

Lettre b) initiale (supprimée)

La lettre b) initiale (points i) à iv)) du point 7° initial de l'article 1^{er} du projet de loi entendait apporter des modifications à l'article 33, paragraphe 7, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Les points i) et ii) de la lettre b) initiale entendaient préciser que la phrase liminaire et le point 1. de l'alinéa 4 du paragraphe 7 de l'article 33 s'appliquent également aux médecins libéraux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Pour les raisons exposées à l'endroit de la lettre a) initiale, le Conseil d'État demande, dans son avis du 25 avril 2023, de supprimer les points i) et ii) de la lettre b) initiale.

Il est fait droit à cette demande de la Haute Corporation.

Le point iv) de la lettre b) initiale tendait à insérer un nouveau point 9. dans l'alinéa 4 du paragraphe 7 de l'article 33 de la loi précitée du 8 mars 2018 qui détermine le contenu essentiel du contrat-type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés ou les médecins exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. Ce nouveau point 9. disposait que le contrat-type doit comprendre « les modalités de gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires ». Il prévoyait ainsi une gestion organisationnelle participative faisant référence à une forme ouverte de gestion, avec des médecins participant activement au processus décisionnel de l'organisation.

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'État note que le point iv) de la lettre b) initiale confirme ses interrogations quant à la nature juridique des « sites supplémentaires » ainsi que quant aux règles de gouvernance applicables aux « sites supplémentaires ». Le Conseil d'État renvoie dans ce cadre à ses observations et son opposition formelle émises à l'endroit de l'examen de l'article 1^{er}, point 1° initial, du projet de loi.

Suite aux remarques formulées par le Conseil d'État et aux modifications apportées par voie d'amendement gouvernemental à l'article 1^{er}, point 2° nouveau (point 1° initial), lettre a), du projet de loi, les amendements gouvernementaux du 20 juin 2023 proposent de procéder à la suppression du point iv) de la lettre b) initiale.

Partant, le point 7° initial, dans sa teneur amendée, se limite désormais à modifier l'article 33, paragraphe 7, alinéa 4, point 8., de la loi précitée du 8 mars 2018, en prévoyant le remplacement du point final par un point-virgule.

Dans la mesure où l'article 1^{er}, point 7° initial, du projet de loi sous avis, dans sa teneur amendée, ne modifie plus l'article 33, paragraphe 7, alinéa 1^{er}, première phrase, et s'abstient d'insérer un point 9. à l'article 33, paragraphe 7, alinéa 4, le Conseil d'État est en mesure de lever ses oppositions formelles dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023.

Étant donné que le point 8. est le dernier point de l'alinéa 4 et qu'aucune modification n'est apportée audit alinéa, le Conseil d'État souligne pourtant, dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023, qu'il n'y a pas lieu de remplacer au point 8. le point final par un point-virgule. Partant, le point 7° initial de l'article 1^{er} du projet de loi sous avis est à omettre, pour être superfétatoire.

La Commission décide de réserver une suite favorable à cette proposition du Conseil d'État et de procéder, partant, à la suppression du point 7° initial.

Suite à l'insertion du point 1° nouveau et à la suppression du point 7° initial, la numérotation des points 8° à 10° reste inchangée.

Point 8° – article 45 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 8° de l'article 1^{er} du projet de loi apporte des adaptations au régime des sanctions dans le chef des personnes physiques ou morales prévu à l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Lettre a) initiale (supprimée)

La lettre a) initiale du point 8° de l'article 1^{er} du projet de loi entendait compléter le paragraphe 2 de l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018 par une nouvelle phrase disposant que l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite.

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'État fait remarquer qu'il ne saisit pas la nécessité de cette modification au vu de l'article 14, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, qui prévoit implicitement que toute installation en dehors d'un « *établissement hospitalier* » est interdite en prévoyant que les appareils et équipements y visés sont réservés aux « *établissements hospitaliers* ». Si l'intention des auteurs est d'incriminer l'utilisation d'un équipement ou appareil réservé, la disposition sous avis est à reformuler, sous peine d'opposition formelle, pour violation du principe de la légalité de la peine, tel que consacré par l'article 14 de la Constitution, lequel a comme corollaire le principe de la spécification de l'incrimination. En effet, selon la jurisprudence constante de la Cour constitutionnelle, « *le principe de la légalité de la peine implique la nécessité de définir dans la loi les éléments constitutifs des infractions en des termes suffisamment clairs et précis pour exclure l'arbitraire et permettre aux intéressés de mesurer exactement la nature et le type des agissements sanctionnés* »¹³. Ainsi, la disposition proposée sanctionne l'utilisation d'équipements et appareils médicaux installés en « *violation de l'annexe 3* », alors que cette annexe se limite à fixer une liste sans déterminer de manière claire et précise les faits à incriminer, voire sans constituer une infraction.

En réponse à l'opposition formelle émise par le Conseil d'État, les amendements gouvernementaux du 20 juin 2023 proposent de faire abstraction de l'article 1^{er}, point 8°, lettre a) initiale, du projet de loi.

Dans la mesure où la lettre a) initiale est supprimée, le Conseil d'État est en mesure de lever son opposition formelle dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023.

Suite à la suppression de la lettre a) initiale, la subdivision du point 8° en lettres minuscules devient caduque et la lettre b) initiale devient l'alinéa unique nouveau du point 8° du projet de loi.

Alinéa unique nouveau (lettre b) initiale)

L'alinéa unique nouveau (lettre b) initiale) du point 8° de l'article 1^{er} du projet de loi vise à insérer un nouveau paragraphe 4 dans l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018. Par analogie avec la première phrase du paragraphe 2 de l'article 45, ce nouveau paragraphe 4 introduit une amende de 5 000 à 100 000 euros au cas où une personne physique ou morale utiliserait, exploiterait ou mettrait à la disposition soit un appareil ou équipement visé à l'article 14, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients, sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 4, de la loi précitée du 8 mars 2018.

Par analogie avec l'article 14 de ladite loi, il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et d'appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale, ni les laboratoires d'analyses médicales.

Le Conseil d'État note, dans son avis du 25 avril 2023, que l'article 7, paragraphe 4, auquel se réfère le nouveau paragraphe 4 de l'article 45 de la loi précitée du 8 mars 2018 décrit uniquement ce que l'autorisation d'exploitation doit contenir, mais ne constitue pas une obligation à l'égard de l'exploitant de disposer d'une telle autorisation, dont le non-respect serait sanctionnable. Partant, le Conseil d'État doit s'y opposer formellement pour violation de l'article 14 de la Constitution.

Il est dès lors proposé, par le biais des amendements gouvernementaux du 20 juin 2023, de remplacer la référence au paragraphe 4 de l'article 7 par un renvoi au paragraphe 1^{er} de l'article 7 de la loi précitée du 8 mars 2018. En effet, l'article 7, paragraphe 1^{er}, de cette loi se réfère à l'autorisation ministérielle dont un organisme gestionnaire doit disposer pour l'exploitation ou l'utilisation d'un établissement hospitalier.

Cet amendement permet au Conseil d'État de lever son opposition formelle dans son avis complémentaire du 13 juillet 2023.

¹³ Cour constitutionnelle, arrêt n° 138/18 du 6 juin 2018 (Mém. A – n° 459 du 8 juin 2018), Cour constitutionnelle, arrêts n°s 134 et 135/18 du 2 mars 2018 (Mém. A – n°s 198 et 199 du 20 mars 2018) et Cour constitutionnelle, n° 43/07 du 14 décembre 2007 (Mém. A – n° 1 du 11 janvier 2008, p. 7).

Point 9° – annexe 2 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 9° de l'article 1^{er} du projet de loi apporte une précision au point D de l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018, intitulée « *Définitions des services hospitaliers* ».

Cette disposition a pour objet de ne pas prévoir une présence sur le même site de services en liens fonctionnels étroits avec le service de dialyse (service de médecine interne, service d'imagerie médicale et service de soins intensifs).

Le libellé du point 9° ne suscite aucune observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023.

Point 10° – annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le point 10° de l'article 1^{er} du projet de loi entend compléter le tableau de l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018.

Lettre a)

La lettre a) du point 10° de l'article 1^{er} du projet de loi modifie l'intitulé de l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018 qui concerne désormais les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières réservés aux établissements hospitaliers.

La lettre a) ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023.

Lettre b)

La lettre b) du point 10° de l'article 1^{er} du projet de loi vise à compléter le tableau des équipements et appareils médicaux visés à l'annexe 3 en ajoutant aux équipements et appareils nécessitant une planification nationale ceux qui nécessitent du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières.

Sur base du constat du recours à du personnel hautement qualifié, associé à l'exigence d'une prise en charge adéquate en cas de complication par de nouvelles structures nécessitant du personnel hautement qualifié et à une pénurie de ressources humaines, les critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des équipements et appareils médicaux repris dans le tableau sont donnés comme suit :

1) *Tomographe à résonance magnétique nucléaire :*

En sus du coût de l'équipement, la complexité des mesures de sécurité nécessaires en raison de l'utilisation des champs magnétiques et électromagnétiques (architecturales, techniques, en lien avec la protection des patients, du public et des professionnels), l'utilisation des produits de contraste et une prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste, la nécessité du déploiement d'un système d'assurance qualité tel que prévu par le règlement grand-ducal du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d'imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonance magnétique nucléaire et la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale en application de la définition des services d'imagerie médicale de l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018 sont à l'origine d'une réservation de cet équipement au milieu hospitalier.

2) *Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire :*

En sus du coût de l'équipement, des contraintes architecturales nécessaires pour son installation, l'application de la procédure de justification des examens pour minimiser l'exposition aux rayonnements ionisants, en application de la définition des services d'imagerie médicale, annexe 2, de la loi précitée du 8 mars 2018 et du règlement grand-ducal du 1^{er} août 2019 relatif à la radioprotection, et la prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste sont mis en compte dans le contexte d'une affectation de cet équipement seul au

milieu hospitalier. Outre le coût réduit de cet équipement, concernant la possibilité d'acquisition et d'utilisation du tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) dans les cabinets dentaires, celle-ci se justifie par la nécessité de continuité des soins en médecine dentaire pour le domaine de l'implantologie dans lequel le CBCT est indiqué. L'autorisation du CBCT dans les cabinets dentaires facilite ainsi la prise en charge des patients évitant la multiplication des rendez-vous et des déplacements pour le patient.

3) *Équipements de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires :*

La fréquence d'occurrence et la gravité potentielle des complications liées à la pratique de ces examens (hémorragie, embolie, réaction allergique grave aux produits de contraste) imposent leur réalisation au sein d'un établissement hospitalier disposant sur le même site de services permettant la surveillance et la prise en charge des patients. En plus du coût de l'équipement, la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale et l'exposition aux rayonnements ionisants sont en faveur d'un usage réservé aux établissements hospitaliers.

4) *Équipement de diagnostic et de surveillance thérapeutique utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons :*

Équipements nécessitant des dispositions spécifiques notamment des contrôles qualité en raison de l'utilisation de radioéléments ouverts ou non scellés avec risque de contamination radioactive (risque pour la population, les travailleurs exposés et les patients), conditions qui exigent dès lors que ces équipements soient réservés aux établissements hospitaliers autorisés.

5) *Lasers à utilisation endovasculaire et lasers urologiques :*

Du fait de l'existence de complications potentielles graves, l'utilisation de ces techniques et de cet équipement nécessite la surveillance médicale des patients en secteur hospitalier après leur prise en charge ; cet équipement est dès lors à réserver aux établissements hospitaliers.

6) *Équipement d'épuration extra-rénale par hémodialyse :*

La prise en charge des patients dialysés est sous la responsabilité d'un service hospitalier de dialyse au sens de l'annexe 2 de la loi précitée du 8 mars 2018.

7) *Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle :*

Équipement dont l'utilisation est indiquée dans le cadre d'interventions chirurgicales lourdes sur le système cardio-vasculaire et qui implique une surveillance intensive en milieu hospitalier en lien avec les risques encourus pour la santé des patients.

8) *Tout équipement supplémentaire à l'appareil EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie incluant l'EEG :*

Équipement utilisé dans le cadre d'une démarche diagnostique nécessitant des avis pouvant relever de plusieurs spécialités médicales pour une prise en charge optimale du patient. Cette possibilité est uniquement présente au sein des établissements hospitaliers.

9) *Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale :*

Équipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus.

10) *Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur :*

Les disciplines qui en bénéficient à ce jour sont la chirurgie générale et digestive, la chirurgie vasculaire et thoracique, l'urologie et la chirurgie gynécologique, avec comme ambition d'étendre encore les domaines d'application de cette nouvelle chirurgie assistée par robotique afin d'en faire bénéficier le plus de patients possibles. Il s'agit d'un équipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus.

11) *Équipement de mammographie :*

L'équipement mammographique doit être utilisé seulement par des personnes qualifiées qui ont reçu la formation adéquate relative à l'équipement et aux procédures. Spécifiquement dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du sein, les femmes asymptomatiques subissent des examens mammographiques afin que l'on puisse détecter les tumeurs cancéreuses de façon précoce et réduire les décès par le cancer du sein. Dans ces programmes, il est important de

réduire au minimum l'exposition au rayonnement des participantes, tout en s'assurant d'avoir des images de qualité diagnostique optimale. Par conséquent, un programme de dépistage du cancer du sein ne doit être établi que si les doses glandulaires moyennes se situent dans les limites acceptées et qu'un programme d'assurance de la qualité est mis en œuvre. Il incombe au technologue de maintenir l'exposition de la patiente ou du participant à la mammographie de dépistage au niveau le plus faible possible. De manière générale, la mammographie doit être réalisée uniquement avec de l'équipement spécialement conçu pour la mammographie.

Dans son avis du 25 avril 2023, le Conseil d'État précise qu'il ne commente pas en détail les « critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des appareils et équipements médicaux repris dans le tableau [de l'annexe 3] » fournis à l'endroit du commentaire des articles, ceux-ci étant de nature purement médicale. Il procède néanmoins à une comparaison des termes repris à l'annexe en vigueur avec ceux utilisés par l'annexe 3 telle que complétée par le projet de loi sous avis, étant donné que cette comparaison soulève un certain nombre de questions. En effet, l'annexe 3 telle qu'elle est actuellement en vigueur contient uniquement des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières, mais elle ne distingue pas les uns des autres. D'après les dispositions de la loi en projet, seul le nombre des équipements et appareils nécessitant une planification nationale est limité. À cet égard, le Conseil d'État constate que tous les équipements et appareils déjà contenus dans la liste de l'annexe 3 en vigueur y sont maintenus avec le nombre maximum à autoriser, de sorte qu'ils revêtiront tous le caractère « à planification nationale » une fois que la loi en projet sortira ses effets. La liste est encore complétée par certains dispositifs ou équipements dont le nombre n'est pas limité, de sorte que ceux-ci ne revêtent apparemment pas le caractère « à planification nationale », mais requièrent probablement du personnel hautement qualifié, voire des conditions d'emploi particulières.

Article 2 – Loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

L'article 2 du projet de loi regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Point 1° – article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

Le point 1° de l'article 2 du projet de loi entend abroger l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983, article que la Cour constitutionnelle a déclaré inconstitutionnel dans son arrêt précité du 5 juillet 2019.

Dans la version actuelle de la loi précitée du 29 avril 1983, l'article 19 prévoit qu'un règlement grand-ducal fixera une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ainsi qu'une liste des équipements et appareils qui peuvent seulement être détenus ou utilisés par les médecins-spécialistes pour les besoins de leurs spécialités. La nouvelle teneur des articles 14 et 45 de la loi précitée du 8 mars 2018 rend cette disposition caduque.

Le libellé du point 1° n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023.

Point 2° – article 42 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

Suite à l'abrogation de l'article 19, il convient d'adapter les paragraphes 1^{er} et 2 de l'article 42 de la loi précitée du 29 avril 1983.

Le libellé du point 2° de l'article 2 du projet de loi ne soulève pas d'observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023.

Article 3 – article 65 du Code de la sécurité sociale

L'article 3 du projet de loi modifie l'alinéa 4 de l'article 65 du Code de la sécurité sociale.

Si les prises en charge ambulatoires qui impliquent des équipements lourds seront concentrées davantage sur des sites dédiés, il est également prévu de clarifier, voire de lever les restrictions actuelles concernant l'installation dans les cabinets de ville de certains équipements et appareils médicaux qui

ne sont pas considérés comme lourds. Certains équipements et appareils médicaux non coûteux, ne nécessitant pas de personnel hautement qualifié et n'exigeant pas de conditions d'emploi particulières pourront donc être installés dans des cabinets de ville sans être soumis à une planification.

Cette nouvelle approche s'inscrit également dans une logique d'amortissement susceptible de promouvoir l'innovation par le biais d'un renouvellement régulier des équipements et appareils médicaux utilisés. Ainsi, le rôle des soins primaires dans la prise en charge des soins de santé sera renforcé.

Tout en précisant le cadre légal fixé dans le contexte de la loi précitée du 8 mars 2018, l'alinéa 4 de l'article 65 du Code de la sécurité sociale, tel que modifié, permet dorénavant des forfaits établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. À cet égard, sont à considérer les investissements y relatifs et les frais d'exploitation des équipements et appareils médicaux visés. En outre, il faut assurer que l'établissement de tels forfaits par passage soit basé sur une exploitation efficiente sur base d'une utilisation à plein régime et en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « *pas tout partout* ».

À noter que dès lors, à titre d'illustration, en ce qui concerne les médecins-dentistes, la technique d'imagerie volumétrique par faisceau conique ou Cone Beam en milieu extrahospitalier pourrait être financée par ces forfaits.

Point 1° initial (supprimé)

Pour les raisons exposées ci-avant, le point 1° initial de l'article 3 du projet de loi tendait à modifier l'article 65, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale afin de lui donner la teneur suivante :

« Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil médical non visé à l'article 14, paragraphe 1^{er} de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. ».

Le Conseil d'État note, dans son avis du 25 avril 2023, que l'article 65 concerne les appareils utilisés par les prestataires « *en dehors du secteur hospitalier* » et que les « *forfaits* » visés par cet article ne trouvent leur application que pour les appareils utilisés dans le secteur extrahospitalier. Étant donné que les appareils visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, ne peuvent de toute manière pas être utilisés dans le secteur extrahospitalier, la précision apportée par le point sous examen est superflue. Partant, le point sous examen est à supprimer.

Il est fait droit à cette proposition du Conseil d'État.

Suite à la suppression du point 1° initial, la subdivision de l'article 3 en points devient caduque et le point 2° initial devient l'alinéa unique nouveau de l'article 3.

Alinéa unique nouveau (point 2° initial)

L'alinéa unique nouveau (point 2° initial) de l'article 3 du projet de loi entend compléter l'alinéa 4 de l'article 65 du Code de la sécurité sociale par la phrase suivante :

« Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. ».

Le libellé du point 2° initial ne suscite aucune observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023.

Article 4

Il est prévu que le dispositif du projet de loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le libellé de l'article 4 n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'État dans son avis du 25 avril 2023.

*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission recommande à la Chambre des Députés d'adopter le projet de loi 8009 dans la teneur qui suit :

*

V. TEXTE PROPOSE PAR LA COMMISSION

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

3° du Code de la sécurité sociale

Art. 1^{er}. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1° L'article 2, paragraphe 1^{er}, est modifié comme suit :

- a) Au point 10., le point final est remplacé par un point-virgule ;
- b) À la suite du point 10., il est inséré un point 11. libellé comme suit :
 - « 11. « site » : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres. »

2° L'article 4 est modifié comme suit :

- a) À la suite du paragraphe 1^{er}, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :
 - « Par dérogation à l'alinéa 3, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux paragraphes 2, points 3, 7 et 8, et 3, point 5, et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés à exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. » ;
- b) L'alinéa 4 devient le nouvel alinéa 5.

3° L'article 8, paragraphe 1^{er}, point 3, est modifié comme suit :

- a) Les termes « de construction nouvelle ou » sont insérés entre les termes « des projets » et « de réaménagement » ;
- b) Le terme « favoriser » est remplacé par le terme « développer » ;
- c) Les termes « dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2 » sont supprimés.

4° À l'article 9, paragraphe 6, il est ajouté *in fine* une nouvelle phrase libellée comme suit :

« Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. »

5° À l'article 14, paragraphe 1^{er}, sont apportées les modifications suivantes :

- a) Les termes « médicaux ainsi que leur nombre » sont remplacés par les termes « utilisés en vue d'une prise en charge médicale » ;
- b) Les termes « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, » sont insérés entre les termes « leur coût » et « soit en raison » ;
- c) Les termes « sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3 » sont

remplacés par les termes « , soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux centres hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 » ;

- d) Sont ajoutées *in fine* les deux nouvelles phrases suivantes : « Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. » ;
- e) À la suite de l'alinéa 1^{er}, il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit :
- « Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».
- 6° À l'article 15, point 1, à la suite de la référence « article 14, paragraphe 1^{er} », sont insérés les termes « , et soumis à planification nationale ».
- 7° À la suite de l'article 20, il est inséré un nouvel article 20*bis* libellé comme suit :
- « Art. 20*bis*. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés aux articles 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, et 15, à condition qu'ils sont autorisés par le ministre et qu'une subvention en vertu de l'article 17 n'est pas demandée. La participation financière de l'État est à charge du budget de l'État sur base d'un décompte annuel de la Caisse nationale de santé à établir sur les montants payés aux établissements hospitaliers sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. ».
- 8° À l'article 45, il est inséré un paragraphe 4 nouveau qui est libellé comme suit :
- « (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 1^{er}.
- Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».
- 9° À l'annexe 2, point D, dans la définition du service de Dialyse, à l'alinéa 1^{er}, les termes « situés sur le même site » sont supprimés.
- 10° L'annexe 3 est modifiée comme suit :
- a) L'intitulé prend la teneur suivante :
- « Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières » ;
- b) Le tableau est complété comme suit :

« Tomographie à résonance magnétique nucléaire	
Equipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire	
Equipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.	
Equipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons	
Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques	
Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse	
Equipement permettant la réalisation de circulation sanguine extra-corporelle	

Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie	
Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale	
Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur	
Équipement de mammographie	».

Art. 2. La loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire est modifiée comme suit :

- 1° L'article 19 est abrogé ;
- 2° À l'article 42 sont apportées les modifications suivantes :
- a) Au paragraphe 1^{er}, le chiffre « 19 » est supprimé ;
 - b) Au paragraphe 2, la deuxième phrase est supprimée.

Art. 3. L'article 65, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale, est complété par la phrase « Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes d'un point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. ».

Art. 4. La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Luxembourg, le 17 juillet 2023

Le Président-Rapporteur,
Mars DI BARTOLOMEO

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

30



Commission de la Santé et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 17 juillet 2023

La présente réunion a lieu en mode visioconférence.

Ordre du jour :

1. 8009 Projet de loi n°8009 portant modification :
1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
3° du Code de la sécurité sociale
- Rapporteur : Monsieur Mars Di Bartolomeo

- Présentation et adoption d'un projet de rapport
2. Divers

*

Présents : Mme Nancy Arendt épouse Kemp, remplaçant M. Max Hengel, M. Gilles Baum, Mme Francine Closener, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, Mme Josée Lorsché, M. Georges Mischo, Mme Nathalie Oberweis, M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler

M. Sven Clement, observateur délégué

M. Jean-Paul Freichel, M. Laurent Mertz, M. Jean-Claude Neu, du Ministère de la Santé

M. Thomas Dominique, Directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)

M. Nicolas Anen, du groupe parlementaire LSAP

Mme Patricia Pommerell, de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Max Hengel

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission

*

1. **8009** **Projet de loi n°8009 portant modification :**
1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
3° du Code de la sécurité sociale

Monsieur Mars Di Bartolomeo (du groupe politique LSAP), Président de la Commission de la Santé et des Sports et rapporteur du projet de loi sous rubrique, présente brièvement le projet de rapport relatif audit projet de loi.

L'orateur réitère la nécessité de créer un cadre juridique permettant une extension de l'offre médicale sans mettre en péril le système de santé luxembourgeois. Il faut en effet éviter une situation comme celle de l'Allemagne où le secteur de la santé est de plus en plus dominé par les investisseurs institutionnels et où il s'avère nécessaire de s'affilier à une assurance complémentaire pour pouvoir bénéficier de soins de santé dans un des nombreux centres médicaux privés.

Par la suite, les membres de la commission parlementaire procèdent au vote du projet de rapport.

Les groupes politiques DP, LSAP et déi gréng votent pour le projet de rapport sous rubrique (8 voix).

Le groupe politique CSV et la sensibilité politique ADR votent contre le projet de rapport (6 voix).

La sensibilité politique déi Lénk s'abstient (1 voix).

2. **Divers**

Aucun point divers n'est abordé.

Procès-verbal approuvé et certifié exact

Texte voté - projet de loi N°8009



N° 8009

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
- 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
- 3° du Code de la sécurité sociale

*

Art. 1^{er}. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1° L'article 2, paragraphe 1^{er}, est modifié comme suit :

- a) Au point 10., le point final est remplacé par un point-virgule ;
- b) À la suite du point 10., il est inséré un point 11. libellé comme suit :

« 11. « site » : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres. »

2° L'article 4 est modifié comme suit :

- a) À la suite du paragraphe 1^{er}, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :

« Par dérogation à l'alinéa 3, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux paragraphes 2, points 3, 7 et 8, et 3, point 5, et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés à exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. » ;

b) L'alinéa 4 devient le nouvel alinéa 5.

3° L'article 8, paragraphe 1^{er}, point 3, est modifié comme suit :

- a) Les termes « de construction nouvelle ou » sont insérés entre les termes « des projets » et « de réaménagement » ;
- b) Le terme « favoriser » est remplacé par le terme « développer » ;
- c) Les termes « dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2 » sont supprimés.

4° À l'article 9, paragraphe 6, il est ajouté *in fine* une nouvelle phrase libellée comme suit :

« Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. »

5° À l'article 14, paragraphe 1^{er}, sont apportées les modifications suivantes :

- a) Les termes « médicaux ainsi que leur nombre » sont remplacés par les termes « utilisés en vue d'une prise en charge médicale » ;
- b) Les termes « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, » sont insérés entre les termes « leur coût » et « soit en raison » ;
- c) Les termes « sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3 » sont remplacés par les termes « , soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux centres hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 » ;
- d) Sont ajoutées *in fine* les deux nouvelles phrases suivantes : « Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. » ;
- e) À la suite de l'alinéa 1^{er}, il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit :

« Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».

6° À l'article 15, point 1, à la suite de la référence « article 14, paragraphe 1^{er} », sont insérés les termes « , et soumis à planification nationale ».

7° À la suite de l'article 20, il est inséré un nouvel article 20*bis* libellé comme suit :

« Art. 20*bis*. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés aux articles 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, et 15, à condition qu'ils sont autorisés par le ministre et qu'une subvention en vertu de l'article 17 n'est pas demandée. La participation financière de l'État est à charge du budget de l'État sur

base d'un décompte annuel de la Caisse nationale de santé à établir sur les montants payés aux établissements hospitaliers sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. ».

8° À l'article 45, il est inséré un paragraphe 4 nouveau qui est libellé comme suit :

« (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 1^{er}.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».

9° À l'annexe 2, point D, dans la définition du service de Dialyse, à l'alinéa 1^{er}, les termes « situés sur le même site » sont supprimés.

10° L'annexe 3 est modifiée comme suit :

a) L'intitulé prend la teneur suivante :

« Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières » ;

b) Le tableau est complété comme suit :

«

Tomographie à résonnance magnétique nucléaire	
Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodynamométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire	
Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.	
Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons	
Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques	
Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse	
Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle	

Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie	
Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale	
Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur	
Équipement de mammographie	

».

Art. 2. La loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire est modifiée comme suit :

1° L'article 19 est abrogé ;

2° À l'article 42 sont apportées les modifications suivantes :

- a) Au paragraphe 1^{er}, le chiffre « 19 » est supprimé ;
- b) Au paragraphe 2, la deuxième phrase est supprimée.

Art. 3. L'article 65, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale, est complété par la phrase « Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes d'un point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. ».

Art. 4. La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Projet de loi adopté par la Chambre des Députés
en sa séance publique du 20 juillet 2023

Le Secrétaire général,

Le Président,

s. Laurent Scheeck

s. Fernand Etgen

Bulletin de vote 3 - projet de loi N°8009

Date: 20/07/2023 12:19:54

Scrutin: 3

Président: M. Etgen Fernand

Vote: PL 8009

Secrétaire Général: M. Scheeck Laurent

Description: Projet de loi N°8009 - Virage ambulatoire

	Oui	Abst	Non	Total
Présents:	29	2	26	57
Procurations:	2	0	1	3
Total:	31	2	27	60

Nom du député	Vote (Procuration)	Nom du député	Vote (Procuration)
---------------	--------------------	---------------	--------------------

DP

Agostino Barbara	Oui	Arendt Guy	Oui
Bauler André	Oui	Baum Gilles	Oui
Beissel Simone	Oui	Colabianchi Frank	Oui
Etgen Fernand	Oui	Graas Gusty	Oui
Hartmann Carole	Oui	Knaff Pim	Oui
Lamberty Claude	Oui	Polfer Lydie	Oui

LSAP

Asselborn-Bintz Simone	Oui	Biancalana Dan	Oui
Burton Tess	Oui	Closener Francine	Oui (Biancalana Dan)
Cruchten Yves	Oui	Di Bartolomeo Mars	Oui
Hemmen Cécile	Oui	Kersch Dan	Oui
Mutsch Lydia	Oui	Weber Carlo	Oui

déi gréng

Ahmedova Semiray	Oui	Benoy François	Oui
Bernard Djuna	Oui (Lorsché Josée)	Empain Stéphanie	Oui
Gary Chantal	Oui	Hansen Marc	Oui
Lorsché Josée	Oui	Margue Charles	Oui
Thill Jessie	Oui		

CSV

Adehm Diane	Non	Arendt épouse Kemp Nancy	Non
Eicher Emile	Non	Eischen Félix	Non
Galles Paul	Non	Gloden Léon	Non
Halsdorf Jean-Marie	Non	Hansen Martine	Non
Hengel Max	Non	Kaes Aly	Non (Arendt épouse Kemp Nancy)
Lies Marc	Non	Margue Elisabeth	Non
Mischo Georges	Non	Modert Octavie	Non
Mosar Laurent	Non	Roth Gilles	Non
Schaaf Jean-Paul	Non	Spautz Marc	Non
Wilmes Serge	Non	Wiseler Claude	Non
Wolter Michel	Non		

ADR

Engelen Jeff	Non	Kartheiser Fernand	Non
Keup Fred	Non		

Date: 20/07/2023 12:19:54

Scrutin: 3

Vote: PL 8009

Description: Projet de loi N°8009 - Virage ambulatoire

Président: M. Etgen Fernand

Secrétaire Général: M. Scheeck Laurent

	Oui	Abst	Non	Total
Présents:	29	2	26	57
Procurations:	2	0	1	3
Total:	31	2	27	60

Nom du député

Vote (Procuration)

Nom du député

Vote (Procuration)

DÉI LÉNK

Cecchetti Myriam

Abst

Oberweis Nathalie

Abst

Piraten

Clement Sven

Non

Goergen Marc

Non

Liberté Chérie

Reding Roy

Non

Le Président:

Le Secrétaire Général:

Document écrit de dépôt

1

MOTION**Promotion du secteur extrahospitalier****Luxembourg, le 20 juillet 2023****Dépôt: Carole Hartmann (DP)**

Pd 8009

La Chambre des Députés,

- Considérant les valeurs fondamentales sur lesquelles repose notre système de santé, dont l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité ;
- Consciente de la croissance démographique et du vieillissement de la population qui risquent de provoquer:
 - une pénurie de ressources humaines,
 - un engorgement des ressources infrastructurelles hospitalières,
 - des besoins de ressources financières supplémentaires ;
- Considérant le progrès médical qui permet d'assurer un nombre croissant de traitements médicaux dans le secteur hospitalier et extrahospitalier ;
- Considérant la nécessité de promouvoir le secteur extrahospitalier dans son ensemble et surtout des soins primaires et de favoriser le virage ambulatoire dans notre système de santé ;
- Consciente de l'importance cruciale de cette transformation pour assurer un accès aux soins optimal et une amélioration de la qualité des services médicaux ;
- Notant que l'accord de coalition 2018-2023 prévoit le développement d'un plan d'action « out of hospital »;
- Résolue à garantir une prise en charge médicale efficiente, adaptée aux besoins de notre population et en adéquation avec les évolutions de la médecine et l'intérêt du patient;
- Notant que dans un passé récent de grands efforts ont été réalisés pour raccourcir les délais d'attente dans le domaine du diagnostic, efforts qu'il s'agira de continuer et de renforcer pour répondre aux défis liés à la croissance démographique ;
- Saluant que l'Observatoire de la santé nouvellement créé permettra un monitoring régulier des délais d'attente ;
- Réaffirmant sa volonté de faire progresser notre système de santé vers une approche plus efficiente, accessible et centrée sur les besoins des patients ;

invite le Gouvernement à :

- analyser, dans un délai de deux ans après sa mise en vigueur, la réforme sur le secteur extrahospitalier en procédant à une évaluation portant sur l'impact de la réforme sur l'accès aux soins, la qualité des services, l'intérêt du patient ainsi que les implications financières et sur sa mission de santé publique en général ;

- soumettre les résultats de cette analyse à la Chambre des Députés pour un examen approfondi ;
- accorder une priorité absolue à la finalisation des travaux sur la réforme des sociétés de médecins ;
- mener une étude approfondie et sans préjugés sur la possibilité de permettre la réalisation de mammographies dans les cabinets des médecins, ainsi que son potentiel pour raccourcir les délais d'attente pour les femmes ayant besoin d'une mammographie tout en garantissant la qualité et la pertinence des examens, en vue d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge plus rapide des pathologies, et à présenter les résultats à la Chambre des Députés ;
- à promouvoir activement le droit d'initiative des médecins dans le secteur extrahospitalier afin d'assurer, ensemble avec tous les acteurs du terrain, une adaptation adéquate des services aux besoins réels des patients, un meilleur accès aux soins et une amélioration globale de la qualité des soins.

Signatures:


Hans-Joël Bartolomeo


Pierre Moussel


Carol's Hartmann


Y. COUCHETEN


Josée Lorsche


Gilles BAUM

8009/16

N° 8009¹⁶

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;**
- 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**
- 3° du Code de la sécurité sociale**

* * *

DISPENSE DU SECOND VOTE CONSTITUTIONNEL PAR LE CONSEIL D'ETAT

(21.7.2023)

Le Conseil d'État,

appelé par dépêche du Président de la Chambre des députés du 20 juillet 2023 à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel du

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;**
- 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**
- 3° du Code de la sécurité sociale**

qui a été adopté par la Chambre des députés dans sa séance du 20 juillet 2023 et dispensé du second vote constitutionnel ;

Vu ledit projet de loi et les avis émis par le Conseil d'État en ses séances des 25 avril et 13 juillet 2023 ;

se déclare d'accord

avec la Chambre des députés pour dispenser le projet de loi en question du second vote prévu par l'article 78, paragraphe 4, de la Constitution.

Ainsi décidé en séance publique par 13 voix pour et 1 voix contre, le 21 juillet 2023.

Le Secrétaire général,

Marc BESCH

Le Président,

Christophe SCHILTZ

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

Mémorial A N° 478 de 2023

Loi du 29 juillet 2023 portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;**
- 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**
- 3° du Code de la sécurité sociale.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Le Conseil d'État entendu ;

Vu l'adoption par la Chambre des Députés ;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 20 juillet 2023 et celle du Conseil d'État du 21 juillet 2023 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote ;

Avons ordonné et ordonnons :

Art. 1^{er}.

La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1° L'article 2, paragraphe 1^{er}, est modifié comme suit :

- a) Au point 10., le point final est remplacé par un point-virgule ;
- b) À la suite du point 10., il est inséré un point 11. libellé comme suit :

« 11. « site » : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres. »

2° L'article 4 est modifié comme suit :

- a) À la suite du paragraphe 1^{er}, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :

« Par dérogation à l'alinéa 3, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux paragraphes 2, points 3, 7 et 8, et 3, point 5, et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés à exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. » ;

- b) L'alinéa 4 devient le nouvel alinéa 5.

3° L'article 8, paragraphe 1^{er}, point 3, est modifié comme suit :

- a) Les termes « de construction nouvelle ou » sont insérés entre les termes « des projets » et « de réaménagement » ;
- b) Le terme « favoriser » est remplacé par le terme « développer » ;
- c) Les termes « dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2 » sont supprimés.

4° À l'article 9, paragraphe 6, il est ajouté *in fine* une nouvelle phrase libellée comme suit :

« Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4. »

5° À l'article 14, paragraphe 1^{er}, sont apportées les modifications suivantes :

a) Les termes « médicaux ainsi que leur nombre » sont remplacés par les termes « utilisés en vue d'une prise en charge médicale » ;

b) Les termes « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, » sont insérés entre les termes « leur coût » et « soit en raison » ;

c) Les termes « sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3 » sont remplacés par les termes « , soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux centres hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 » ;

d) Sont ajoutées *in fine* les deux nouvelles phrases suivantes : « Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. » ;

e) À la suite de l'alinéa 1^{er}, il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit :

« Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».

6° À l'article 15, point 1, à la suite de la référence « article 14, paragraphe 1^{er} », sont insérés les termes « , et soumis à planification nationale ».

7° À la suite de l'article 20, il est inséré un nouvel article 20bis libellé comme suit :

« Art. 20bis.

L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés aux articles 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, et 15, à condition qu'ils sont autorisés par le ministre et qu'une subvention en vertu de l'article 17 n'est pas demandée. La participation financière de l'État est à charge du budget de l'État sur base d'un décompte annuel de la Caisse nationale de santé à établir sur les montants payés aux établissements hospitaliers sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. ».

8° À l'article 45, il est inséré un paragraphe 4 nouveau qui est libellé comme suit :

« (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1^{er}, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 1^{er}.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».

9° À l'annexe 2, point D, dans la définition du service de Dialyse, à l'alinéa 1^{er}, les termes « situés sur le même site » sont supprimés.

10° L'annexe 3 est modifiée comme suit :

a) L'intitulé prend la teneur suivante :

« Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières » ;

b) Le tableau est complété comme suit :

«

Tomographie à résonnance magnétique nucléaire	
Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomодensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire	
Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.	
Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons	
Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques	
Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse	
Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle	
Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie	
Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale	
Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur	
Équipement de mammographie	

».

Art. 2.

La loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire est modifiée comme suit :

1° L'article 19 est abrogé ;

2° À l'article 42 sont apportées les modifications suivantes :

- a) Au paragraphe 1^{er}, le chiffre « 19 » est supprimé ;
- b) Au paragraphe 2, la deuxième phrase est supprimée.

Art. 3.

L'article 65, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale, est complété par la phrase « Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes d'un point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. ».

Art. 4.

La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

La Ministre de la Santé,
Paulette Lenert

Cabasson, le 29 juillet 2023.
Henri

Doc. parl. 8009 ; sess. ord. 2021-2022 et 2022-2023.



8009/17

N° 8009¹⁷

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

PROJET DE LOI

portant modification :

1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

3° du Code de la sécurité sociale

* * *

**DEUXIEME AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL SUPERIEUR
DE CERTAINES PROFESSIONS DE SANTE**

(17.7.2023)

Madame la Ministre,

Faisant suite à votre demande d'avis complémentaire, nous vous communiquons ci-après la prise de position du Conseil Supérieur de Certaines Professions de Santé relative au projet de loi sous rubrique.

Après analyse des différentes pièces et de l'exposé des motifs, ce projet de loi met les besoins du patient au centre du système de santé et le définit comme un acteur à part entière dans le système. Il est en effet d'une importance vitale de réduire les délais d'attente pour les différents examens ainsi que les différents délais d'attente aux soins généraux.

Nous pouvons constater dans différents passages que le gouvernement se rallie aux objections du Conseil d'Etat pour proposer des solutions, ce qui est en effet un point très positif.

On peut y lire à différents passages que les arguments avancés concernent la volonté d'éviter le gaspillage financier, humain et technique, ce qui est tout à fait légitime. Néanmoins, la méthode à appliquer serait simplement de **restreindre l'accès aux moyens par des financements externes ou fonds d'investissements et un vrai système de planification extrahospitalière avec des mécanismes de contrôle.**

En revanche, nous avons pu comprendre que malheureusement, d'une part, aucun élément n'est ajouté pour identifier et garantir aux hôpitaux les moyens dont ils ont besoin et en deuxième lieu, nous regrettons que la planification nationale (argument phare de la loi hospitalière) ne repose que sur ce qui est autorisé ou non et le financement associé n'est même pas garanti.

A notre avis, le texte actuel ne vise qu'à réglementer l'extrahospitalier et perd de vue ce que doit être un virage ambulatoire c'est-à-dire l'identification des besoins sanitaires et la garantie des moyens à octroyer. Cependant, on peut accepter ce texte, incomplet à nos yeux. Notre proposition lors de la première séance de travail du « Gesondheitsdësch », de promouvoir des antennes sous la supervision et gérance des hôpitaux est actée dans la loi, ce qui nous donne satisfaction.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Secrétaire général,
Oliver KOCH

La Présidente,
Silvana ANTUNES XAVIER

Entrée à l'Administration parlementaire le 19 octobre 2023

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

Résumé

PROJET DE LOI

portant modification :

- 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;**
- 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**
- 3° du Code de la sécurité sociale**

RÉSUMÉ

Le présent projet de loi a deux objectifs prioritaires. Premièrement, il doit contribuer au renforcement de la prise en charge ambulatoire en réglant les modalités pour l'autorisation de sites dédiés en dehors des murs des hôpitaux existants. Ces sites supplémentaires fonctionneront sous forme d'antennes de services. Deuxièmement, le présent projet de loi crée une base légale permettant de réserver un certain nombre d'équipements et d'appareils dits « *lourds* » au milieu hospitalier en les intégrant dans l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Le virage ambulatoire

La prise en charge ambulatoire assure les traitements des patients sans qu'il n'y ait nuitée dans un établissement hospitalier. Sans préjudice de la médecine générale, cette évolution, rendue possible par les progrès de la médecine, ne constitue pas un but en soi, mais doit permettre d'atteindre un certain nombre d'objectifs.

Actuellement, la loi précitée du 8 mars 2018 prévoit que chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de trois sites hospitaliers. Aujourd'hui, trois des quatre centres hospitaliers disposent d'ores et déjà de trois sites (Centre hospitalier de Luxembourg, Centre hospitalier Émile Mayrisch et Hôpitaux Robert Schuman), et un projet est en cours pour le dernier site disponible du quatrième centre hospitalier (Centre hospitalier du Nord). De nouvelles extensions ne sont dès lors plus possibles. Or, l'évaluation des besoins en soins de santé exige des sites additionnels afin de répondre aux besoins d'une évolution démographique qui n'a cessé de croître durant ces dernières années.

Le présent projet de loi prévoit dès lors d'autoriser des prises en charge ambulatoires sur des sites supplémentaires, situés en dehors des sites hospitaliers existants. Ces sites fonctionneront sous forme d'antenne de service, maintenant ainsi un lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers. En ligne avec le leitmotiv de la réforme du système de santé de 2010, le « *pas tout partout* », le nombre d'antennes de service a été limité au nombre de deux par service visé par le projet de loi. Les services hospitaliers visés sont au nombre de quatre et présentent de par leur nature des prestations de soins

ambulatoires éligibles à une certaine délocalisation. Il s'agit de la dialyse, de l'hospitalisation de jour non chirurgicale, de l'imagerie médicale et de l'oncologie.

Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier pourra conclure des contrats précisant les modalités de gestion et d'utilisation d'équipements et d'appareils visés à l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. À cet égard, il convient de noter qu'aussi bien un centre hospitalier qu'un ou plusieurs médecins autorisés à exercer leur profession au Luxembourg peuvent être à l'origine d'un projet de création d'un tel site supplémentaire. Il est à préciser que le contenu des arrangements contractuels entre hôpitaux et groupes de médecins se limite strictement aux équipements et appareils visés à l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018 et aux seules parties d'infrastructures les hébergeant.

Quant au financement de ces sites, le présent projet de loi prévoit que le ministre de la Santé peut autoriser des projets de construction nouvelle en relation avec les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires. Ces projets seront financés par le biais du Fonds spécial des investissements hospitaliers à hauteur de 80 pour cent des coûts selon les mêmes procédures qui sont applicables aux sites existants.

Comme les projets de construction nouvelle sont des projets de longue haleine et risquent de ne pas suivre la demande des besoins de santé, le projet de loi introduit la possibilité d'avoir recours à des constructions existantes en vue de les intégrer comme site ambulatoire sur base de location de surfaces. Pour ces sites, le projet de loi introduit un nouveau mode de financement par forfaits. Ces forfaits sont pris en charge par la Caisse nationale de santé et devront nécessairement tenir compte de manière explicite, le cas échéant, des frais de location des infrastructures mobilières et immobilières des établissements hospitaliers. De même, à l'instar de la participation financière de l'État aux constructions nouvelles, l'Etat prend en charge 80 pour cent des coûts.

Les appareils et équipements médicaux qui ne sont pas coûteux, qui ne nécessitent pas de personnel hautement spécialisé et qui n'exigent pas de conditions d'emploi particulières pourront être installés dans des cabinets de ville sans être soumis à une planification. Quant au financement de ces appareils et équipements mobiliers en milieu extrahospitalier, le projet de loi prévoit plus de flexibilité et modifie le Code de la sécurité sociale en vue d'un financement forfaitaire par passage qui inclut les investissements y relatifs et les frais d'exploitation de ces appareils et équipements médicaux.

Équipements réservés aux milieux hospitaliers

En réaction à l'arrêt n° 148/19 de la Cour constitutionnelle du 5 juillet 2019, le présent projet de loi opère un regroupement de l'ensemble des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières au sein de la loi modifiée du 8 mars 2018.

L'arrêt précité avait en effet considéré que la liste des équipements et appareils ne pouvant être acquis par des médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical contenus dans le règlement grand-ducal du 17 juin 1993¹ pris en exécution de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, constituait une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin. La Cour constitutionnelle a noté plus particulièrement que l'article 19 de la loi précitée du 29 avril 1983 à la base de cette liste ne donne aucune indication quant à l'objectif des mesures d'exécution. Le présent projet de loi constitue une réponse à l'arrêt précité.

¹ Règlement grand-ducal du 17 juin 1993 fixant la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical

Concrètement, la liste des équipements en question sera intégrée de manière révisée dans l'annexe 3 de la loi précitée du 8 mars 2018. Il s'agit d'appareils et d'équipements dits « *lourds* » et coûteux, voire nécessitant des conditions particulières d'emploi ou du personnel hautement qualifié, dont la réglementation constitue un outil de planification important permettant d'assurer, au moyen de fonds publics, l'accès égalitaire aux soins de santé. Cette liste sera opposable aux médecins qui ne peuvent donc pas installer et exploiter à leur compte les appareils réservés au milieu hospitalier. Sont également visés les équipements et appareils médicaux utilisés en vue d'une prise en charge médicale dont le coût est supérieur à 250 000 euros.