

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 prémisse 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.

Enfin 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.

Enfin, 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

