

N° 8009<sup>2</sup>

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.*

*Enfin, 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<sup>er</sup>

- 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.



