

N° 8009³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2021-2022

PROJET DE LOI

portant modification :

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

* * *

AVIS DE LA FEDERATION DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS

(19.9.2022)

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

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

*

1. PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

