

N° 8009<sup>13</sup>

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2022-2023

---

## PROJET DE LOI

portant modification :

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

\* \* \*

### AVIS DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS ET MEDECINS-DENTISTES

(21.7.2022)

#### PRISE DE POSITION DE L'AMMD

#### 1. LE SYSTEME DE SANTE LUXEMBOURGEOIS

##### 1.1. Remarques préliminaires

Avant de commenter le projet de loi sous rubrique, il est important de rappeler d'une part les éléments essentiels sur lequel notre système de santé est construit et d'autre part les problèmes majeurs menaçant l'accès des patients aux prestations médicales de qualité.

Les médecins et les médecins-dentistes sont les professionnels au centre de tout système de santé, peu importe l'environnement infrastructurel dans lequel ils exercent leur métier. Une liberté d'exercice est dès lors essentielle pour que les professions médicales et médico-dentaires puissent proposer en faveur des patients des services et prestations conformes aux progrès de la médecine moderne.

L'exercice de la profession libérale est garanti par la Constitution, sauf les restrictions prévues par la loi (art 11.6). Toutefois, une restriction de la profession libérale par une loi doit respecter des critères de proportionnalité et être apte à servir au but proposé. Nous y reviendrons plus loin.

Les médecins et médecins-dentistes exercent leur métier essentiellement en cabinet privé et dans les structures hospitalières. Toutefois, les médecins généralistes exercent parfois aussi au domicile des patients ou dans les maisons de soins. Le cas échéant, les médecins anesthésistes exercent même sur la voie publique.

Le virage ambulatoire ouvrirait donc un nouveau « environnement professionnel » pour l'exercice de certaines spécialités médicales.

Le projet de loi s'inscrit dans une démarche visant à conceptualiser le virage ambulatoire comme un nouvel environnement médical suivant une logique de planification étatique. Les structures ambulatoires seraient gérées par les établissements hospitaliers. Le projet de loi s'aligne donc sur le scénario 2 présenté lors du *Gesondheitsdësch*, correspondant *in fine* à des antennes hospitalières.

Avant de commenter les différentes parties du projet de loi déposé, nous revenons sur quelques aspects essentiels.

## 1.2. Caractéristiques essentielles du système de santé luxembourgeois

- L'assurance maladie est obligatoire pour chaque citoyen ;
- Les professions de santé sont pour la plupart reconnus par le Ministère de la Santé ;
- La CNS dispose d'un monopole en tant qu'assureur (les assureurs privés ou mutualisés comme la CMCM ne jouent qu'un rôle accessoire) ;
- Les relations entre la CNS et les prestataires de soins, dont les médecins et les médecins-dentistes, sont soumis au conventionnement général automatique et obligatoire. Les tarifs des prestations remboursées prévues sont fixés selon une procédure réglementaire prévue par le code de la sécurité sociale, sans que celui-ci ne prévoit un cadre précis et des limites. Une commission de nomenclature à composition peu équilibrée propose les tarifs et leurs modalités d'application ;
- Environ 90% du financement des prestations médicales (à l'exception de la médecine dentaire pour laquelle une grande partie des frais sont assumés par les assurés) provient du denier public (pour les prestations de santé, 60 % proviennent des cotisations et 40 % d'un apport étatique) ;
- Près de la moitié des dépenses pour soins de santé au Luxembourg est attribuée aux frais de fonctionnement des établissements hospitaliers (hors honoraires médicaux) par l'intermédiaire d'une enveloppe budgétaire globale, fixée tous les 2 ans par le Gouvernement. Le financement par budgets imposés depuis la réforme de 2010, avait la volonté politique de limiter les coûts pour l'assurance maladie ;
- L'État prend en charge d'une manière directe ou indirecte 88 % des charges financières des investissements infrastructurels des établissements hospitaliers ou de certains appareils à planification leur réservés, les 12 % restants sont couverts par les cotisations. Pour les investissements en milieu extrahospitalier, l'apport public est marginal sinon absent ;
- On compte environ 25 % de médecins généralistes, 25 % de médecins dentistes et 50 % de médecins spécialistes pour un total d'environ 2100 médecins actifs ;
- La médecine hospitalière est assurée par des médecins spécialistes ayant soit un contrat d'agrément (de collaboration) soit un contrat (de travail) de salarié. Nonobstant du type de contrat liant le médecin à un établissement hospitalier, il assume la responsabilité pénale et disciplinaire des actes qu'il effectue.

## 1.3. Problèmes du système de santé actuel

- L'orientation conceptuelle du système de santé avec son financement hospitalier y rattaché, se fait toutefois aux dépens des soins primaires en général, qui sont délaissés par rapport au volet hospitalier ;
- La Loi hospitalière du 8 mars 2018 n'a pas favorisé le virage ambulatoire malgré les annonces des décideurs politiques. La médecine spécialisée reste essentiellement concentrée dans les établissements hospitaliers ;
- Le secteur extrahospitalier de la médecine générale, de la médecine dentaire et de la médecine spécialisée reste en conséquence sous-financé ;
- Les infrastructures hospitalières sont largement inadéquates pour rendre opérationnel un virage ambulatoire de la médecine ;
- Le financement des infrastructures hospitalières a été sujet de critiques importantes de la Cour des comptes en 2019, critiques partagées par la commission parlementaire du contrôle de l'exécution budgétaire (rapport du 10 mai 2021) ;
- Le financement par la CNS de la médecine générale, de la médecine dentaire et de la médecine spécialisée extrahospitalière est marginal compte tenu des investissements nécessaires ;
- Le financement et les modèles de gestion du médico-technique des établissements hospitaliers et de renouvellement du parc des appareils ne sont plus adaptés aux impératifs d'une médecine moderne ;
- Les frais fixes des établissements hospitaliers prennent une part majeure des budgets alloués mais n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation suivant des critères objectifs ;
- La mise à jour des nomenclatures, règles essentielles pour déclencher le remboursement des patients, a été fortement retardée en raison d'une composition inéquitable de la Commission de nomenclature avec de facto une mise en minorité des prestataires dits libéraux ;

- La pénurie affectant de nombreuses spécialités est réelle et elle est en partie liée à l'orientation hospitalière de la médecine spécialisée. Cette pénurie est également constatée dans d'autres pays, ce qui aggrave les risques pour le Luxembourg étant donné ses moyens réduits et ses réserves virtuelles ;
- L'accès aux soins des patients devient de plus en plus difficile au cours des 10 dernières années au point que seuls les patients disposant des contacts utiles, peuvent se procurer des rendez-vous dans des délais acceptables ;
- L'encombrement des urgences est une conséquence d'un manque de visibilité des soins primaires et d'un manque d'accès aux soins secondaires ;
- Malgré des promesses politiques remontant à de nombreuses années, une assurance couvrant l'aléa thérapeutique fait toujours défaut ;
- La digitalisation du domaine de la santé reste embryonnaire avec un DSP sous-utilisé et une initiative digitale des médecins qui se heurte aux obstacles tant administratifs qu'idéologiques imposées par certains acteurs étatiques ;
- Les médecins en exercice dit « libéral » mais également les médecins salariés se retrouvent dans un carcan législatif et réglementaire de plus en plus étouffant. C'est pourtant la flexibilité de la profession qui a notamment fait ses preuves pour donner accès aux soins des patients lors de la pandémie ;
- Les médecins spécialistes hospitaliers libéraux comme salariés sont pour la plupart insatisfaits pour des raisons multiples :
  - o Surcharge de travail et notamment des contraintes des gardes et astreintes ; un nombre croissant de médecins spécialistes se sauvent des contraintes hospitalières en limitant leur pratique au volet d'une pratique de consultation et d'examen complémentaires pouvant être déployés dans un cabinet ;
  - o L'absence d'indemnisation des gardes et les astreintes légalement imposées et assorties de sanctions pénales draconiennes ;
  - o Implication insuffisante dans l'organisation hospitalière devenue de plus en plus complexe ;
  - o Organisation hospitalière devenant de plus en plus difficile en raison des afflux toujours croissants de patients en polyclinique comme aux services des urgences.

Il existe un consensus général partagé entre l'ensemble des acteurs et la politique pour permettre un accès équitable aux prestations de santé de qualité à tous les assurés.

Or l'accès aux soins de qualité n'est plus assuré dans des délais considérés comme acceptables pour des raisons infrastructurelles et pour des raisons de manque de médecins spécialistes.

Pour que le système puisse attirer des médecins innovateurs, talentueux et compétents, il faudra réfléchir sur les mesures intelligentes à prendre pour améliorer l'attractivité du système. C'est ce que chaque assuré est en droit d'attendre.

\*

## **2. LE PROJET DE LOI N° 8009**

### **2.1 Cadre politique et juridique en amont du dépôt du Projet de Loi n° 8009**

Il faut rappeler les événements marquants qui ont eu lieu en amont du dépôt du projet de loi sous rubrique.

#### **• Réforme de la sécurité sociale en 2010**

C'est la réforme de 2010 qui a été à la base d'une politique essentiellement hospitalo-centrée. Notamment l'attribution d'un budget global pour l'ensemble des établissements hospitaliers a permis, d'une part, à limiter les dépenses pour l'assurance maladie-maternité mais a également eu comme conséquence le sous-financement du médico-technique que nous constatons depuis plusieurs années (cf discussions en CPH menées en 2019, en amont de la dernière enveloppe globale).

Le développement démographique très important (+25% de population en 10 ans) a provoqué un décalage entre les demandes croissantes de soins et la disponibilité de l'offre légalement limitée sans que cette dynamique n'aurait été prise en compte dans le cadre légal cité

L'esprit conventionnel a été détourné en impliquant un représentant de la FHL dans les rangs des médecins pour négocier les tarifs réglementaires de la nomenclature des médecins. La composition de la Commission de nomenclature n'est donc pas équilibrée dans le sens que les représentants de la CNS et de l'Etat ont de facto une majorité par rapport aux représentants des médecins ou d'autres professions de santé.

Le Président de la Commission de nomenclature joue donc un rôle capital dans le bon fonctionnement des travaux de cette commission. C'est pour cette raison que le corps médical et médico-dentaire a souligné lors d'une AG extraordinaire en mai 2018 que cette tâche doit toujours être attribuée à une personne neutre et a été critique envers l'attribution de cette tâche à des personnes ayant un rôle de contrôle en matière de sécurité sociale.

**• Loi hospitalière du 8 mars 2018**

Le corps médical et notamment les médecins spécialistes ont subi des contraintes toujours croissantes au cours des étapes réglementaires et législatives.

Alors que l'AMMD avait déjà présenté le concept d'une chirurgie ambulatoire lors d'une Quadripartite en avril 2008, le virage ambulatoire n'a jamais tourné dans le bon sens. En 2014, le Conseil scientifique a tout de même établi les critères médicaux d'une chirurgie ambulatoire mais depuis lors, il n'y a pas eu d'avancée substantielle. La promesse de l'ancienne Ministre de la Santé, que la Loi hospitalière allait ouvrir la voie du virage tant attendu s'est avérée comme un échec sinon un leurre.

**• Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers par la Cour des comptes de janvier 2019**

Ce rapport est très critique par rapport au Ministère de la Santé. Il pointe du doigt de nombreux vices de procédures comme le non-respect des règles de marché public ou des contrôles par la Chambre des députés. Il dévoile ainsi un manque de sérieux et de suivi des obligations incombant au Ministère. Ces constats sont interpellants dans un pays démocratique.

Par l'approche de planification du projet de loi sous rubrique, les contraintes étatiques y liées sont clairement majorées.

**• Arrêt de la Cour constitutionnelle n°149/19**

Une lumière émergeait toutefois suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle de 2019, qui a constaté que la liberté d'exercice du médecin radiologue ne pouvait pas être limitée par un règlement grand-ducal fixant souverainement, c.à.d. sans précisions ou limites prévues par la loi, une liste d'appareils réservés au milieu hospitalier.

**• Loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions**

Cette loi récente est une transposition d'une Directive européenne 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions.

L'article 3 (1) de la loi du 2 novembre 2021 précise que : « Avant d'introduire de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou administratives limitant l'accès à des professions réglementées ou leur exercice ou avant de modifier de telles dispositions existantes, il est procédé à un examen de proportionnalité conformément aux dispositions de la présente loi. »

Sous (3), « Toute disposition visée au paragraphe 1<sup>er</sup> est accompagnée d'une explication qui est suffisamment détaillée pour permettre d'apprécier le respect de proportionnalité. »

Enfin, à l'article 6, toute une série de critères sont énumérés qui seraient également applicables au projet de loi sous rubrique.

Toutefois, à notre connaissance, aucun des critères n'a été évalué ou détaillé selon les règles prévues par cette loi. Les auteurs semblent avoir ignoré la loi du 2 novembre 2021 qui vise non seulement l'accès à la profession mais également son exercice. S'il est vrai que l'AMMD a milité pour obtenir un accès à l'exercice en société, il n'en reste pas moins que ceci ne dispensait pas le législateur à examiner le respect des règles de proportionnalité et que surtout rien ne le dispensait de le faire en ce qui concerne l'extension de la médecine ambulatoire sur l'extrahospitalier, confié aux hôpitaux sous forme de nouvelles antennes et non pas à l'initiative des médecins libéraux extrahospitaliers prétendument protégés par la Constitution.

#### • *Gesondheetsdësch*

Le Gesondheetsdësch a été lancé par le Ministre de la Sécurité sociale, Monsieur Romain Schneider, en date du 26 juin 2019, suite au litige qui opposait les autorités de la sécurité sociale au corps médical et médico-dentaire ayant voté à l'unanimité de ne plus participer à la Commission de nomenclature pour les raisons de sa composition et de son fonctionnement. Durant près d'un an, la Commission de nomenclature a siégé et elle a voté des recommandations circonstanciées. Etant donné que les problèmes du système de santé ont déjà été abordés à l'époque, le Ministre avait proposé d'organiser le « *Gesondheetsdësch* » et que l'AMMD allait assister à nouveau aux réunions de la Commission de nomenclature, ce qui a été accepté.

Entre temps, le Gesondheetsdësch s'est étalé de février 2020 à juillet 2021. Six grands thèmes étaient proposés et abordés :

1. Démographie médico-soignante : leviers pour prévenir une pénurie
2. Meilleure complémentarité entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier
3. Amélioration des relations entre les personnes protégées et les prestataires
4. Prévention dans le domaine de la santé : vers un changement de paradigme
5. Recours aux nouvelles technologies dans le domaine de la santé
6. Financement du système de santé : pérennité financière du système

Si les thèmes ont certes été tout justement abordés, il faut constater que l'organisation n'a pas permis un débat réel. Les Ministres de tutelle ont ainsi pu éviter et contourner une analyse approfondie et transparente des arguments exposés par les différentes parties pour chercher une solution la plus équilibrée et la plus consensuelle possible. En absence de confrontation dialectique digne de ce nom, il était impossible de connaître les éventuelles conclusions que, pourtant, les ministres concernés s'avançaient d'en tirer. Après le départ du Ministre de la Sécurité sociale alors en fonction, il ne restait que la Ministre adjointe et Ministre de la Santé pour tirer les conclusions qu'elle entendait en tirer. Bref, en absence de debriefing du Gesondheetsdësch à ce sujet, l'issue des discussions restait nébuleuse, en tout cas pour le Collège médical et pour l'AMMD. Il faut souligner que les auteurs eux-mêmes n'ont pas estimé utile de mentionner le Gesondheetsdësch dans l'exposé des motifs du projet de loi sous rubrique.

#### • *Ouverture du cabinet de radiologie du Centre Médical du Potaschbiërg*

En date du 20 avril 2022, le Centre Médical du Potaschbiërg a ouvert ses portes pour donner accès aux patients ayant besoin des examens médicaux essentiels que sont l'imagerie par radiologie conventionnelle, par tomographie axiale « computerisée » (CT Scan) ou par résonnance magnétique nucléaire (IRM).

La Ministre de la Santé a déclaré en Chambre des Députés comme en public, que l'ouverture de ce centre médical proposant des IRM en milieu extrahospitalier serait illégale sans fournir des précisions juridiques convaincantes.

À notre connaissance, aucun autre juriste n'a à ce jour confirmé l'interprétation douteuse de la Ministre de la Santé. Elle n'a pas non plus déposé plainte ou fait fermer l'établissement comme elle aurait dû le faire dans la logique de ses responsabilités, mais a préféré mettre la pression sur les médecins concernés en les « invitant » à trouver un accord avec le CHL, un établissement hospitalier ne disposant que de 2 sites d'exploitation sur un maximum de 3 sites possibles selon la Loi hospitalière.

En argumentant sur base de cette présomption d'illégalité, le remboursement des assurés concernant les actes médicaux délivrés sur ordonnance médicale a été refusée par la CNS, ce qui est contraire aux principes du conventionnement obligatoire et de l'assurance obligatoire et ceci dans une spécialité dont le manque d'équipement et de disponibilité faisait scandale.

Les saisines introduites légalement, déjà en mai 2021, par l'AMMD à la Commission de nomenclature, ciblant le remboursement des patients tout comme les frais liés aux appareils d'imagerie, ont été tout simplement bloquées sur une intervention politique des deux Ministres de tutelle, ayant interféré directement et d'une manière récurrente avec le fonctionnement de la Commission de nomenclature, ce qui revient à une suspension des règles légales en vigueur pour gagner du temps. Cette immixtion est contraire à l'esprit conventionnel et montre bien le chemin vers une médecine étatique de plus en plus confirmée.

L'ouverture d'une IRM devançait donc de peu le dépôt du projet de loi sous rubrique dont le contenu avait été sommairement indiqué aux représentants de l'AMMD lors d'une réunion quelques semaines plus tôt.

Il est regrettable que pareil projet, aux enjeux aussi conséquents, n'a pas pu être consulté par les professions concernés sous forme d'un avant-projet de loi.

Ainsi donc, après tant de discussions sur tant d'années, le Corps médical se retrouve à nouveau et une fois de plus devant des faits accomplis, comme cela a été le cas en 2009-2010 et encore une fois en 2016-2018, sans qu'aucun des problèmes soulevés ne soit solutionné. Pire, cette perte de temps et l'absence d'efficacité interviennent à l'aube d'une nouvelle crise financière qui plus que probablement sera également une crise du financement public d'un système de santé toujours plus dysfonctionnel et toujours moins adapté aux besoins réels des assurés.

## **2.2 Réflexions de l'AMMD sur les « Exposés des motifs » (Remarque : sont repris par la suite les mêmes titres et sections qu'énoncés dans le document déposé à la CHD relatif au PL n°8009)**

### **I Introduction :**

A l'introduction, il est important aux auteurs de « rappeler » les « valeurs fondamentales » du système de santé et quelques éléments de l'accord de coalition 2018-2023. Ensuite on passe rapidement au cas particulier des délais d'attente pour accéder à une IRM, sans pour autant mettre dans le contexte les problèmes d'ordre général du système de santé.

Le concept vise une ouverture ambulatoire de l'offre hospitalière pour améliorer l'accès des patients. Le projet sous rubrique ne vise pas d'améliorer globalement les nombreux problèmes énumérés ci-dessus. Il cherche à « maintenir les fondements du système de santé » (page 2, dernier alinéa) sans se poser certaines questions incontournables.

En page 2, on note la phrase suivante : « *Actuellement, l'implantation de services IRM en milieu extrahospitalier est limité par l'article 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui prévoit que chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de trois sites hospitaliers* ». En fait, la première partie de cette phrase suggère que le nombre d'IRM en milieu extrahospitalier serait limité par la loi, or nous continuons à contester ceci avec force. La loi hospitalière est applicable aux établissements hospitaliers et non aux cabinets de médecins. En outre, un site hospitalier n'est pas à considérer comme milieu extrahospitalier mais bien comme milieu hospitalier puisqu'il tome sous sa compétence unique ! D'où mélange de genres augmentant la confusion générale. On passe ensuite rapidement au fait que seulement deux établissements hospitaliers pourraient ouvrir un 3ème site étant donné que les deux autres en ont déjà trois.

Ensuite : « *Toutefois, l'évaluation des besoins de la population a bien montré qu'il faut des sites additionnels en dehors des sites hospitaliers (...)* ». En réalité, les développements démographiques et des besoins des assurés étaient longtemps ignorés.

L'analyse des prestations médicales par rapport aux proportions de population résidente dans les différents cantons territoriaux ne prend pas en considération les demandes fortement en augmentation des demandes de rendez-vous formulées par les assurés non-résidents, ce qui conduit bien à des constats et des conclusions biaisées.

Il est cité ensuite l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 et l'arrêt de la Cour constitutionnelle n°148/19. La Cour constitutionnelle a considéré dans cet arrêt que « *l'établissement d'une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et les médecins dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, prévue à l'article 19 de la loi du 29 mars 1983, constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale du médecin* ». Les auteurs du PL sous rubrique ont continué la même phrase que la Cour constitutionnelle avait écrite (sans la référencier en tant que telle) par ce qui suit : « *(...), qui en tant que tel doit être réglée au niveau de la loi.* » Ceci laisse croire que la Cour constitutionnelle aurait suggéré que le législateur doit revoir la loi en question. En fait, la Cour constitutionnelle n'a pas voulu inciter le pouvoir législatif de légiférer, car ceci serait une immixtion intenable contraire à la séparation des pouvoirs de l'Etat mais elle voulait simplement pointer du doigt que la restriction telle qu'initialement prévue par la loi modifiée du 29 avril 1983, sans donner des indications quant à l'objectif des mesures d'exécution, n'est pas constitutionnelle.

- Les auteurs concluent dans leur logique que : « *Dès lors, il est nécessaire de créer une base légale pour les équipements réservés au milieu hospitalier dans le cadre de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée.* » Là encore la logique de l'argumentaire n'est pas tenable comme il n'y a pas de nécessité de légiférer. Le législateur a le **choix** de voter une nouvelle loi, sous réserve d'une volonté politique et d'une motivation bien fondée. En fait, il veut légiférer pour exclure une autre solution ne l'arrangeant pas en ce qu'elle accorde un rôle à jouer aux professionnels libéraux. Ensuite, le Gouvernement ne semble pas avoir respecté la Loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions.

Ensuite, à supposer que le cadre légal existant ne permettrait pas aux médecins d'ouvrir une IRM en milieu extrahospitalier, quelle nécessité aurait la Ministre à proposer un projet de loi amendant la loi hospitalière en vigueur ? En réalité, le cadre légal que la Ministre cherche à opposer aux médecins du CMP n'est pas applicable et c'est bien la preuve, qu'elle a voulu intimider les médecins du Centre médical Potaschbiurg en les menaçant d'une fermeture du cabinet si les médecins ne cherchaient pas une collaboration avec le CHL, qui obtiendrait ainsi une antenne de son service médical d'imagerie à Grevenmacher.

Comme déjà mentionné, au long de l'exposé des motifs, les auteurs ne font aucune mention du « *Gesondheitsdäsch* ». Le sujet du projet de loi tel que déposé, aurait pu être débattu avec les acteurs réellement concernés par des échanges d'arguments dans le but de trouver la meilleure solution. Le projet de loi tel que déposé est bien la preuve vivante que le dialogue n'est toujours pas un Leitmotiv de la politique de santé et de sécurité sociale. On préfère passer par la force. L'idée initiale du *Gesondheitsdäsch* est donc détournée en organisation alibi.

## II. Le cadre général

### II.1. Le système de santé

Les auteurs estiment que le « *développement du système de santé est un processus permanent d'adaptation aux besoins changeants de la population, d'intégration de nouvelles possibilités de traitement et d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prestations fournies.* »

Ici la question se pose de savoir si les auteurs croient vraiment et honnêtement qu'une planification telle que prévue et vécue depuis plus de 20 ans, serait la clé pour garder le pas du progrès médical ? De toute évidence, la planification étatique a conduit vers une sous-couverture médicale.

« *Le système de santé publique se caractériserait par le libre accès à des soins de qualité, l'égalité de traitement, le financement solidaire et aussi la solidarité avec les bénéficiaires des soins* » est davantage une volonté politique qu'une réalité. Le système de santé est certes financé par les deniers publics mais il n'est pas encore assimilable à un « système public ». Si la volonté politique était de l'instaurer, il faudrait un débat politique clairement affiché pour expliquer aux citoyens toutes les conséquences. En tout cas, suite à la planification hospitalière en place depuis de nombreuses années, un grand nombre de patients n'ont déjà plus accès à certains soins dans des délais raisonnables et c'est la raison pour laquelle un nombre croissant de patients dits « notables » arrivent à court-circuiter les salles d'attente en passant par des filières privilégiées, surtout aussi à l'intérieur du milieu hospitalier, déclaré pourtant garant de l'égalité de traitement.

« *La pérennisation de ces valeurs exige un esprit de modernisation, une approche critique, une nécessité de transparence et une recherche de la qualité et de l'efficacité.* » Nous nous permettons ici

de souligner que l'AMMD a insisté depuis près de 15 ans que le financement des établissements hospitaliers n'est ni suffisamment transparent ni efficace.

Pour le volet des investissements dans les projets hospitaliers, la Cour des comptes et la Commission parlementaire du Contrôle de l'exécution budgétaire, après analyse de quelques échantillons, ont démontré qu'il existe raison d'acter. Le volet des frais de fonctionnement courant n'a jamais été sujet à enquête dans le passé.

Jusqu'à présent, aucune volonté politique n'est affichée pour rendre réellement transparent le financement hospitalier par une approche résolument objective. L'AMMD a réitéré cette demande lors des discussions au Gesundheitsdësch, mais cette requête est restée sans écho. En tant que responsable politique, il ne suffit pas de prétendre la transparence sans la livrer.

## II.2. Les visées du projet de loi

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

Il faut remarquer que cette phrase est erronée à plusieurs égards :

D'abord, le système de conventionnement obligatoire est contesté par le corps médical et médico-dentaire pour plusieurs raisons. Surtout pour les patients, un tel système n'est pas irréprochable. En effet, le retard systématique de la nomenclature des médecins est la preuve que le système tel qu'il est mis en place ne rencontre pas les demandes des patients. Pour rappel, ce sont les médecins ayant facturé par analogie qui a permis le remboursement des prestations au bénéfice des patients. Ce sont les médecins qui ont ainsi compensé les lacunes d'une nomenclature vétuste. On est en train seulement maintenant de rattraper le retard pour réadapter la nomenclature suivant l'évolution du progrès médical. En outre, il n'est pas prouvé du tout que les tarifs réglementés garantissent l'accès équitable aux soins de qualité.

En outre, un accès équitable aux soins n'est pas garanti non plus étant donné que les délais pour accéder aux soins dépassent pour un nombre croissant de médecins spécialistes les limites du raisonnable. Ce qui mène au constat que les personnes ayant des relations personnelles ont un accès privilégié aux soins par rapport aux nombreux autres qui n'en ont pas. C'est notamment le cas de nombreuses personnes de la vie publique.

Et quant à la planification hospitalière, elle n'était d'abord pas imaginée dans les bureaux d'un ministère mais ce sont les hôpitaux qui ont cherché des fusions pour des raisons de concentration utile de certaines activités médicales. L'évolution du progrès médical a rendu illusoire le maintien d'une maternité sur le site de Dudelange, raison pour laquelle elle a été fermée. L'ancien maire de cette ville et ancien ministre de la Santé s'en souvient sans doute. La planification hospitalière déjà en place depuis longtemps a eu un coup d'accélérateur à partir de l'entrée en vigueur de la loi hospitalière du 8 mars 2018. Mais c'est uniquement en conséquence, lors des discussions en CPH en 2019, en amont de la fixation gouvernementale de l'enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier qu'il s'est avéré que les établissements manquaient d'investissements dans le domaine du médico-technique. Les budgets y alloués ne suffisaient et ne suffirent pas. Si le Ministère disposait d'un listing d'appareils médicaux et de leur année de mise en fonction, on se rendait compte du déficit y lié. Mais comme on n'a jamais demandé de tel listing, il est erroné de suggérer que la planification hospitalière soit une réussite. Or le projet de loi sous rubrique persévère dans une logique de planification quitte à ce qu'il permette aux établissements de recourir à un financement par leasing ou location.

**La logique de planification étatique, ayant livré évidemment les preuves d'échec, est pourtant maintenue pour des arguments avancés, mais non justifiés, de prétendu contrôle de coûts d'une part et pour des motifs évidents, mais non articulés, de contrôle politique d'autre part.**

En effet, dans le système tel que conçu, le Ministre de la Santé décide au bout du compte à lui seul de l'allocation de moyens financiers substantiels venant du public. La cerise sur le gâteau en est que la justification de ses actes est essentiellement concrétisée et même valorisée par un profilage médiatique lors de chaque ouverture d'un bâtiment hospitalier, d'une prestation nouvelle ou d'un appareil médical innovant.



**En résumé, il faut constater que le projet de loi sous rubrique vise à pérenniser une politisation rampante du domaine de la santé, mettant sciemment à l'écart les médecins et aussi d'autres professionnels de la santé et négligeant les députés, seuls représentants légitimés d'une démocratie fonctionnelle.**

**Une telle politique fait fi des vrais besoins rapidement changeants des citoyens cotisants et imposés, non entendus et orphelins de tout choix, mais attendus pour acclamer les bienfaits du Ministre en place.**

Les auteurs affirment ensuite que « *au vu de la croissance démographique et notamment du vieillissement de la population, il y a un risque de pénurie des ressources humaines, d'engorgement des ressources infrastructurales hospitalières, et des besoins de ressources financières supplémentaires.* »

Il ne faut pas être prophète pour voir venir à l'horizon les problèmes soulevés étant donné que le risque guetté est déjà réalité depuis des années. On a une pénurie de certaines professions de médecins et on a un engorgement des infrastructures hospitalières. On pourrait même rajouter que certains cabinets de médecins sont également submergés. Le corollaire en est effectivement que le système de santé est donc sous-financé et/ou mal planifié. Pourtant, l'AMMD a lourdement insisté auprès de la Ministre de la Santé, en amont et pendant le *Gesondheitsdësch*, pour l'alerter des manques constatés.

Du coup, les pistes que le Ministère a identifiées pour améliorer la situation vont dans le bon sens (redonner une meilleure visibilité aux soins primaires, concrétiser les soins ambulatoires et l'hospitalisation à domicile, recourir à une stratégie de prévention, augmenter l'attractivité du secteur de la santé, digitalisation du secteur...). Il est toutefois étonnant que ces idées ne soient pas récentes mais qu'elles n'ont simplement pas été mises en œuvre. Pire, l'initiative digitale des médecins, visant une intégration des citoyens dans une démarche digitale du domaine de la santé ayant démarré notamment suite au naufrage du DSP, a été saboté par les administrations de tutelle et particulièrement par une Agence e-Santé dysfonctionnelle.

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

Ceci est un aveu d'échec de la loi hospitalière votée il y a peu et confirme ex post l'avis prévisionnel de l'AMMD de l'époque. Bien entendu que le projet de loi sous rubrique pourrait d'une certaine manière favoriser, mais surtout politiser le virage ambulatoire. Toutefois, si le virage ambulatoire tel qu'imaginé s'opérait sans revoir le financement global des établissements hospitaliers, nous pouvons affirmer dès à présent que le prix à payer sera très lourd. En effet, le virage ambulatoire s'il réussissait enfin, devrait s'accompagner nécessairement d'un recrutement substantiel de médecins. La facture pour la CNS sera assez lourde dans la mesure où la même logique de financement serait dupliquée par rapport à l'existant. On y reviendra plus loin.

*« Il faut prévoir la création de sites hospitaliers supplémentaires exclusivement dédiées aux activités ambulatoires ;*

*Ces sites entreront dans le cadre légal global de planification nationale tenant compte des besoins sanitaires et par conséquent les dispositions y relatives s'inscriront dans la loi ;*

*Ne pourront donc être exploités sur ces sites supplémentaires que des activités de services n'ayant pas recours à des lits d'hospitalisation, conformément à l'annexe 2, point D de la loi, à savoir notamment les services de dialyse, d'imagerie médicale, d'hospitalisation de jour non chirurgicale ou encore de traitement oncologiques ambulatoires ».*

Voilà tout le concentré d'une volonté politique mettant en évidence, à côté des besoins réels des patients, le prétendu fait que cette façon de légiférer serait le seul moyen de virer à l'ambulatoire.

L'alinéa qui suit « *Une considération géographique (...)* », n'est pas commenté comme il n'est pas aisé de suivre le ou les messages que les auteurs aient bien voulu lui donner.

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

Un alinéa aux formulations scabreuses, laisse imaginer que de nouvelles structures ambulatoires vont émerger à tous les coins du pays. Une telle vision n'est guère réaliste. Enfin, le clin d'œil sur la digitalisation, ne rend pas plus crédible le projet de loi comme il n'en parle pas. On a l'impression que l'argumentaire se base sur l'énumération de mots clés certes importants, tous évoqués lors du *Gesondheitsdësch*, mais assemblés librement en fantaisiste sans sens concret.

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

Le paragraphe qui précède est prévu pour expliquer aux professionnels de santé, les médecins dans le cas particulier, que les auteurs du PL ont bien compris certains messages transmis. Bien entendu, qu'il faut un environnement de travail qui convienne si on voulait attirer de nouveaux médecins. Toutefois, un des points cardinaux n'est pas soulevé, c'est celui de la gestion des structures par les médecins. Il est simplement aberrant de constater qu'on essaie par tous les moyens d'empêcher les médecins spécialistes à pratiquer leur profession en se substituant à leur gestion.

*« Ainsi en premier lieu un état des lieux sur les besoins en soins ambulatoires dans la globalité est à établir sur base de prospections sanitaires selon des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, et sur base des activités en soins ambulatoires sur les sites hospitaliers. Suite aux activités détectées, il s'agit de se prononcer par rapport aux procédures et aux types de patients pouvant être pris en charge en ambulatoire sur des sites dédiés hors sites hospitaliers existants. (...) A ce sujet le financement de ces activités n'est pas limité par l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier, car cette enveloppe budgétaire se fera en dehors de l'enveloppe budgétaire globale. »*

On reconnaît aisément l'esprit de planification qui prend des dimensions vertigineuses. Pour la Ministre de la Santé, l'exercice de la médecine est planifiable. On croirait que les patients sont réduits à des cas types classifiables suivant les tables Excel du Ministère. Quelle confusion, égarement voire aberration ! La médecine n'est pas planifiable. Et encore moins dans notre petit pays au nombre très réduit de médecins spécialistes et en conséquence aux chiffres d'activité minuscules en comparaison d'autres pays.

Pourquoi, ne pas avoir une approche pragmatique et faire confiance aux médecins d'exercer tout simplement leur profession ?

L'AMMD est convaincu que les médecins regroupés en forme sociétal, auraient la possibilité de se sur-spécialiser, d'assumer une continuité des soins et de satisfaire aux besoins rapidement changeants des patients en fonction de l'évolution du progrès médical.

Il est étonnant avec quelle assurance, Madame la Ministre étale son projet de planification qui accompagnerait de près les besoins des patients alors que la réalité constatée en est toute une autre. C'est l'AMMD qui a présenté le concept d'une chirurgie ambulatoire en avril 2008 déjà. 14 ans plus tard, la Ministre de la Santé ose faire la leçon.

Encore une fois, ce n'est certainement pas le concept de planification tel que présenté qui mobilisera les rares forces vives du terrain. Ce n'est certainement pas le concept de planification qui sauvera le système de santé du pays. Nous avons souligné ci-dessus les motifs politiques au concept d'une planification telle que prévue.

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

L'intérêt de l'étude effectuée se résume au constat que la population de chaque canton semble bénéficier des mêmes soins.

Le message de l'alinéa 4 sous III.3 est difficile à comprendre.

Par contre, le constat en page 11 *« Dès lors, il faut reconnaître que la planification a permis d'assurer une couverture nationale des besoins de soins de la population du Grand-Duché de Luxembourg, tout en reconnaissant que des disparités puissent persister sur base de la géographie du pays. »* est audacieux et hasardeux et ne peut être tiré sur base des quelques éléments chiffrés analysés. Tout d'abord, d'après ce constat, comment prétendre qu'il y ait encore un besoin supplémentaire pour pallier

à des besoins qui sont déjà couverts par la planification en place ? Comment peut-on prétendre que la planification existante aurait satisfait les besoins des patients ? Pour y répondre, il faudrait demander les patients eux-mêmes.

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

L'alinéa qui précède est encore une fois difficile à comprendre. Il semble que le texte a été rédigé à la va-vite.

### **2.3 Réflexions de l'AMMD sur les « Commentaires des articles »**

*Article 1<sup>er</sup> (regroupant les modifications apportées à la loi hospitalière de 2018)*

*Point 1<sup>o</sup> – article 4, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 4 nouveau*

*« Face aux défis du vieillissement de la population et des risques associés futurs d'engorgement des structures de santé, de hausses des coûts globaux de santé et de pénurie de professionnels de santé, le virage ambulatoire sera à développer davantage. (...) »*

Au Ministère on estime qu'il n'y a pas encore d'encombrement des structures de santé. Il faut se poser la question à partir de quel niveau le Ministère reconnaît-il l'encombrement. Et concernant les coûts de santé, il faut conclure qu'on se doute d'un déficit structurel du système de santé tel que financé, alors qu'on vit dans une situation de pénurie d'un grand nombre de médecins spécialistes. Que deviendrait la situation financière de l'assurance maladie maternité si on avait un nombre suffisant de médecins ? Ne faudrait-il pas revoir le financement des structures hospitalières avant de les gonfler davantage ? Tous ces arguments ont été exposés par l'AMMD notamment lors du GT6 du *Gesondheitsdësch*. En effet, il ne suffit pas de planifier un virage ambulatoire pour prétendre faire des économies. C'est le contraire qui va se passer. Pour l'AMMD il est évident que tout virage ambulatoire et toute offre supplémentaire de soins de médecine va inévitablement majorer les dépenses en soins de santé aux dépens de l'assurance maladie-maternité, et ceci à fortiori si ce revirement est réalisé dans les conditions de coûts dictés par l'organisation hospitalière. Au sein des hôpitaux on compte environ 9500 salariés pour 850 médecins dits « hospitaliers, ce qui revient à comptabiliser 10 salariés pour chaque médecin. A l'étranger, c'est plutôt un ratio de 5/1 que de 11/1. L'AMMD a lourdement insisté sur ce constat objectivement coûtant, ayant échappé à la démarche de planification déjà en place.

C'est pour cette raison que l'AMMD a itérativement plaidé pour procéder à une analyse des budgets alloués aux établissements hospitaliers. Il serait à notre sens utile d'en extraire les missions de logistique de chaque hôpital pour les mutualiser à l'ensemble des structures de santé du pays. Par cette approche, on réduirait les charges de travail de chaque hôpital. L'hôpital deviendrait plus facile à gouverner et plus intéressant pour les médecins à y travailler pour assurer la médecine hospitalière spécifique et lourde dans un environnement redevenu maîtrisable.

Un centre de logistique en matière d'informatique, d'hygiène, de pharmacie et d'achats pourrait ainsi voir le jour en reprenant les salariés concernés des hôpitaux tout en leur attribuant de nouvelles missions en fonction des profils repérés et des besoins du pays.

Enfin, dans le virage ambulatoire tel que l'AMMD l'a envisagé, l'activité médicale pourrait être progressivement déployée en dehors des hôpitaux, sur base d'initiatives venant des médecins eux-mêmes, en adéquation avec leur profession, en ligne avec les besoins des patients. En même temps, les médecins s'engageraient à participer aux rôles de gardes et d'astreintes et contribueraient à mutualiser leur compétence spécifique le cas échéant au bénéfice de tous les établissements hospitaliers. Une telle approche serait évidemment facilitée par la possibilité d'exercice en société telle que proposée par le Collège médical et l'AMMD.

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

C'est évidemment heurtant de relire l'argumentaire que l'AMMD a ressassé depuis tant d'années pour constater que le pouvoir politique se l'approprie tout en le déviant exclusivement en faveur des structures hospitalières. L'AMMD ne mène pas de « politique » contre les hôpitaux, au contraire. Par

contre, l'AMMD a rendu attentif aux problèmes de gouvernance de ces structures ayant rapidement grandi au grand dam de l'ensemble des employés et de la plupart des médecins hospitaliers. La complexité de gestion a progressé d'une manière exponentielle et ceci a engendré non seulement une insatisfaction auprès des salariés mais également des coûts conséquents pour la CNS. Nous plaçons pour que les hôpitaux se concentrent sur la médecine hospitalière à la gestion simplifiée au profit de tous, notamment des patients, assurés et payeurs.

Aussi longtemps que le pouvoir politique ne veut pas regarder ces enjeux en face, l'évolution des coûts en matière de sécurité sociale vont croître en s'accéléralant. On arrivera très vite au constat qu'il faudra inévitablement augmenter les cotisations pour pallier les déficits de la CNS. Dans cette situation, l'Etat devrait également majorer sa contribution forfaitaire de 40% des budgets de la CNS.

En situation économique plus que fragile, est-ce vraiment opportun d'ouvrir les vannes des dépenses aux efficacités douteuses ? Est-ce vraiment opportun de voter une loi telle que proposée avant d'avoir des informations plus concrètes quant aux détails du financement hospitalier par budget ? Et ne serait-il pas opportun d'avoir à disposition ces éléments avant de voter des lois de financement de nouvelles structures hospitalières ?

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

L'AMMD a plaidé depuis avril 2008 pour des structures indépendantes des hôpitaux. C'est seulement maintenant que cette idée primordiale trouve son chemin dans un projet de loi. Toutefois, on ne remet pas en question les problèmes d'une gestion complexe qui s'est créée et s'est amplifiée durant les dernières 14 années.

Ensuite, il est aberrant que le projet de loi prévoit que ces sites supplémentaires soient exploités par les seuls hôpitaux, respectivement à leur seule initiative arbitraire, sans même s'occuper de la question si une instance de contrôle peut intervenir dans le choix de l'hôpital d'agir seul ou en collaboration. La question pourquoi ces structures ambulatoires, aux flux de patients séparés, à l'organisation simplifiée, ne pourraient pas être gérés aussi par des médecins ou par des médecins regroupés en société selon le projet de loi modifiant la Loi de 1983 sur l'exercice de la profession de médecin ou de médecin-dentiste ? Il s'agit d'une nouvelle restriction inacceptable à la profession libérale. Elle nuira en outre au développement sain et intelligent de la profession au bénéfice des patients. Elle étouffera encore une fois l'esprit de création et d'imagination tant manqué par les structures hospitalières actuelles.

*« Si le développement du virage ambulatoire dans les antennes de services (...), la planification équitable et le contrôle des coûts »*

Les auteurs suggèrent par cet alinéa comme si les données quant à la qualité des prises en charge, de l'accès des patients et des coûts y liés seraient disponibles. Les demandes de l'AMMD de rendre transparent les financements hospitaliers, ou de publier le nombre d'infirmières engagées, ont été bloquées. Actuellement, il n'y a pas de données fiables pouvant répondre aux questions soulevées par l'alinéa en question et ce n'est pas suffisant de l'écrire pour s'auto-satisfaire confortablement. Bien au contraire ! Actuellement le Ministère de la Santé ne dispose pas des chiffres lui permettant de planifier avec efficacité. Pire, suivant le rapport spécial de la Cour des comptes du 22 janvier 2019, il en ressort que même les procédures légales ou réglementaires, qui sont exclusivement du rayon de responsabilité du Ministère, n'ont souvent pas été respectées.

Le Luxembourg est un petit pays et le domaine complexe de la santé ne se prête tout simplement pas à une planification absolue partant de l'initiative vaniteuse des promoteurs d'une médecine étatiqueEtat, puis filtrée et distillée par la CNS pour être opérationnalisée par les établissements hospitaliers. Il faut rappeler et souligner que ce sont bien les médecins hospitaliers, salariés ou libéraux, qui amortissent, qui compensent sans cesse les imperfections sinon les aberrations légales et réglementaires existantes afin de s'occuper de leurs patients.

Si au moins les médecins pouvaient prendre des initiatives dans le secteur ambulatoire, nous sommes convaincus que les patients verraient très rapidement un accès amélioré. En plus, le fonctionnement hospitalier pourrait également profiter de l'afflux de nouveaux médecins.

*« En même temps, afin de répondre au critère d'attractivité pour les professionnels de santé, une implication du corps médical dans la gestion des antennes est à prévoir<sup>1</sup>. »*

C'est révélateur que les auteurs aient estimé qu'une seule phrase peu compréhensive suffise pour arrondir les angles des travers rédigés en amont. Non seulement que les auteurs restent muets sur les détails d'une éventuelle implication de gestion sachant que l'initiative parte des hôpitaux qui engage le personnel infirmier et qui dès lors impose l'organisation pour les volets essentiels.

*« Afin de répondre à ces objectifs, l'approche retenue se situe dans le cadre d'une planification. Ainsi (...) ne se limitant pas à un investissement propre mais permettent également la location et le leasing »*

Pour mémoire, le présent projet de loi ne prévoit aucune mesure de simplification « administrative ». A l'heure actuelle, les hôpitaux ont engagé en moyenne 10 voire 11 salariés pour un médecin hospitalier. Les coûts de fonctionnement de l'hôpital s'élèvent du coup à environ 1,5 millions Euro par médecin hospitalier, lui-même n'étant nullement comptabilisé dans ce bilan.

Contrairement aux attentes de la Ministre de la Santé, les coûts déjà étouffants et croissants des budgets hospitaliers vont refroidir mathématiquement tout espoir de développement futur et rapide de nouvelles antennes sous une houlette hospitalière. Un futur financement à l'activité n'y changera rien comme l'équilibre de l'assurance maladie-maternité présente déjà un déficit structurel tel que constaté lors de la Quadripartite d'avril passé. En conséquence, les patients risquent d'attendre toujours leur virage ambulatoire.

Ensuite, nous nous demandons sur base de quelles prospections sanitaires serait organisée la planification ? En absence d'argument crédible et vérifiable inclus dans le texte du projet de loi sous rubrique, on impose au corps médical des restrictions à leur exercice par des planifications abstraites et nébuleuses. D'un coup de plume, on perpétue et multiplie les mêmes dysfonctionnements déjà lourdement critiqués.

*Point 2° – article 8, paragraphe 1<sup>er</sup>, point 3*

Sans commentaire supplémentaire.

*Point 3° – article 9, paragraphe 6*

*« La réforme prévoit de ne pas limiter les sites (...) par le gestionnaire. »*

On insiste sur l'utilité d'une planification selon le modèle existant de la Loi hospitalière. Les auteurs essaient de motiver leur choix de privilégier la méthode de planification d'antennes de service à autoriser, plutôt que de limiter les sites dédiés.

Les auteurs contournent le vrai problème de leur analyse partielle. Etant donné qu'on essaie à tout prix de limiter l'offre pour des motifs de coûts, on enlève la possibilité d'initiative aux médecins impliqués et intéressés pour arriver à une meilleure offre pour les patients.

L'AMMD se pose la question si cet argument est compatible avec le cadre légal européen existant, opposé au monopole déjà existant des établissements hospitaliers. Si la décision politique se réfère toujours au dicton simpliste du « pas tout partout » il faudrait également clarifier et détailler pour quels motifs précis, limite-t-on l'offre comme prévu. Or le texte sous rubrique ne donne pas d'éléments suffisants pour prendre un tel raccourci.

*« Aussi l'approche retenue est de limiter une délocalisation de l'offre (...) qui y sont admis. »*

Par l'alinéa qui précède, les auteurs craignent qu'une offre ambulatoire délocalisée pourrait mener à une mauvaise prise en charge des patients en absence de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients concernés. Les soucis comme décrits sont évidemment des enjeux permanents du corps médical. L'AMMD se permet d'attirer l'attention que le législateur a estimé utile de rendre même obligatoires les gardes et astreintes. La loi a pris effet le 1<sup>er</sup> avril 2018 et depuis lors, les gardes et les astreintes ne sont toujours pas indemnisées à l'exception des gardes prestées pour certaines maternités.

*Point 4° – article 14*

*« Au Luxembourg, depuis 1976 et sur base de la loi portant (...) sont dès à présent fixés par la loi<sup>4</sup>. (...) De même (...) un déploiement sur l'ensemble des établissements. »*

C'est en effet un point capital du projet de loi sous rubrique qui justifie l'hospitalo-centrisme par des arguments de coût.

Tout d'abord, on peut aisément observer que la planification telle qu'en vigueur pour le secteur hospitalier, n'a pas réussi à satisfaire une demande croissante de soins par les patients. Les délais pour un nombre croissants de prestations de médecins spécialisées ont été largement commentées dans la presse.

Ensuite, même si la budgétisation globale avait été introduite à la suite de la réforme de la sécurité sociale en 2010 pour parer aux dérapages des années avant, ceci n'a pas évité de constater récemment que la progression des coûts hospitaliers pour la CNS deviendrait inquiétante. La Ministre de la Santé a même proposé d'instaurer un groupe de travail pour ce sujet épineux.

Enfin, il n'a jamais été prouvé que l'hospitalo-centrisme d'une part, ou le financement par budgets soient efficaces. Si l'efficacité était réelle, pourquoi le pouvoir politique recule devant toute analyse critique du financement actuel des hôpitaux ?

En tout état de cause, nous devons constater que l'hospitalo-centrisme, la planification en vigueur et le financement actuel des hôpitaux ont étouffé l'initiative des médecins et ont gommé l'accès aux soins de qualité des patients. Il nous apparaît absurde qu'on propose dans ce projet de loi les mêmes remèdes déjà défailants et chers comme dans le passé.

*« En ligne avec les discussions parlementaires (...) un certain coût. »*

Selon le texte, tout équipement dépassant un certain coût doit être autorisé par le Ministère suivant la procédure de planification connue, menant à un financement mixte entre l'Etat qui participe à raison de 80 % et la CNS qui participe pour les 20 % restants. On insinue par ceci qu'il serait raisonnable de planifier les coûts liés aux appareils considérés comme coûteux. Ainsi, un appareil coûtant 1 million d'Euro est à considérer comme un appareil cher. Admettons qu'une telle machine pourrait fonctionner durant 10 ans. Ceci reviendrait à calculer des frais d'amortissements de 100.000 Euro par an. Toute proportion gardée, ces montants sont doublement ridicules face aux enjeux des patients d'une part et face aux budgets et les frais de fonctionnement des établissements hospitaliers qui eux ne sont pas directement assumés par l'Etat.

La planification étatique telle que mise en place ne se prête pas pour contrôler les dépenses en matière d'assurance maladie étant donné qu'elle ne contrôle pas les frais de fonctionnement des établissements hospitaliers qui sont les vrais coûts significatifs. Les auteurs suggèrent donc naïvement que le mécanisme de planification pourrait garantir le contrôle des coûts pour l'assurance maladie.

En résumé, l'approche de planification telle que prévue a fait ses preuves qu'elle a limité l'offre des prestations techniques des établissements hospitaliers et qu'elle n'est tout simplement pas à même d'endiguer leurs frais de fonctionnement.

A fortiori « ...l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale » ne serait donc PAS SOUMIS À AUTORISATION du ministre, mais les installations pourront profiter du même financement par le denier public, alors que leur utilisation au profit des assurés n'est pas prévue. Ce contenu n'est toutefois pas reflété de façon identique dans le texte coordonné à la fin du projet de loi sous rubrique.

Un point essentiel reste la proportionnalité de ces limitations de l'exercice de la profession réglementée des médecins, implicitement contenues !

Il faut surtout rester conscient que beaucoup d'appareils médicaux (par exemple un CT-scanner) sont soumis à UNE condition particulière d'utilisation : celle que leur utilisation sur l'être humain vivant se fait dans le cadre d'une activité d'un médecin habilité à ce faire, leur utilisation hors ce cadre exposant le médecin à des poursuites judiciaires, voire pénales, en particulier pour atteinte à l'intégrité corporelle.

La perversité consiste donc ici dans le fait que le seul acteur incontournable, car étant le seul dans le système qui soit habilité à utiliser sur le/près du patient ces installations coûteuses, soit évincé des décisions d'acquisition, de gestion et d'utilisation de ses outils essentiels de travail !

Ces restrictions s'ajouteraient encore aux diverses autres obligations auxquelles la profession médicale et médico-dentaire est soumise notamment :

- l'obligation de faire des gardes, services publics non rémunérés, et donc non considérés à leur juste valeur ;
- un conventionnement obligatoire et automatique, sans aucune opportunité d'opt-out ;
- un code de déontologie contraignant ;

- une formation continue obligatoire ;
- une responsabilité civile et déontologique, voire pénale, engagée non seulement en nom propre, mais également dans une certaine proportion pour l'activité des professions qui l'entourent et l'assistent et qui travaillent sous ses consignes et donc sous sa responsabilité in fine.

Dans ce cadre il faut aussi pointer la situation dans les établissements hospitaliers, où le pouvoir décisionnel concernant la gestion des ressources humaines s'éloigne de plus en plus loin du médecin supportant nolens-volens la responsabilité décrite, situation qui serait donc imposé à tout niveau de toute activité ambulatoire, à la conséquence ultime de ce texte.

Ces restrictions supplémentaires représentent bien, à notre vue, une ingérence illicite dans une profession libérale réglementée, dépassant de loin le strictement nécessaire pour atteindre le but justifié « par des objectifs d'intérêt général » et constitue, partant, une incidence très importante sur la libre circulation des services au sein de l'Union européenne pourtant réaffirmée par la loi du 2 novembre 2021 précitée et entrée en vigueur le 5 novembre 2021.

A la vue de l'envergure des mesures proposées allant à l'encontre de tout bon sens, notamment :

- L'absence de définition du but recherché par les restrictions professionnelles de ce PL ;
- L'absence de propositions d'alternatives moins contraignantes pour les professions ;
- La mise sous menace de peines draconiennes pour le cas d'un exercice légitime de la profession pourtant réglementée ;
- Les vices de procédure tout court ;
- La mise sous tutelle de toute initiative privée dans le cadre de l'activité onéreuse pour la santé des assurés.

Ce PL se déclare ainsi contraire aux développements sociétaux, aux valeurs démocratiques européennes, et aux valeurs déontologiques de la médecine.

*Point 5° – article 15*

Sans commentaire supplémentaire.

*Point 6° – article 20bis nouveau*

*« La présente disposition a pour objet (...) nécessitant une planification nationale.*

*A ce sujet des forfaits (...) par le budget de l'Etat. »*

Sans commentaire supplémentaire si ce n'est que la formulation sous ce point 6° est laborieuse.

Le texte reste toutefois muet sur le support des frais fixes courants et de ceux dépendant de l'utilisation.

Une évaluation chiffrée fait également défaut.

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

*« Dans le contexte des sites dédiés une l'implication des médecins (...) et satisfont leurs besoins. »*

Au moment de la première séance plénière du Gesondheitsdäsch, l'AMMD a terminé son discours par la demande : « **D'Dokteren hätten gären hiren Beruf erëm** »

Par les explications données sous le point 7°, les auteurs ignorent donc les vrais enjeux des médecins et pire, ils bafouent leurs demandes pourtant légitimes.

Du moins, les auteurs avouent que les médecins ne sont actuellement pas impliqués dans la gestion hospitalière comme ils annoncent leur implication organisationnelle dans les futures antennes.

Ce concept ne tient pas debout et il ne rencontre nullement les demandes des médecins intéressés.

Une implication réelle dans la gestion et l'organisation ne pourra pas se concrétiser par le biais d'un simple amendement au contrat type existant. Ensuite si c'était tout de même possible, pourquoi ne pas l'appliquer à toute activité hospitalière du médecin concerné ?

Si les auteurs avaient voulu instaurer une « cogestion » entre les médecins ou leurs futures sociétés, une précision des modalités d'une telle collaboration aurait été opportune. Considérant que le projet de loi ne précise pas non plus les critères, il est franchement illusoire de pouvoir modifier le contrat type en vue d'une implication réelle des médecins dans l'organisation et la gestion des antennes.

Etant donné que l'initiative ne provient pas des médecins mais des hôpitaux, la liberté professionnelle des médecins spécialistes est encore une fois sérieusement touchée. Le fait que le personnel paramédical restera nécessairement sous le contrat des établissements hospitaliers, rend illusoire de vouloir s'imaginer une immixtion illicite dans les relations contractuelles régies par le Code de travail.

En résumé, le concept tel que prévu est opposé aux libertés professionnelles indispensables à l'exercice d'une médecine moderne. Il ne mènera pas à une amélioration de l'attractivité de la médecine, ni hospitalière, ni dans le secteur ambulatoire. Il n'attirera pas les médecins motivés et compétents, soucieux de rester en phase avec le progrès scientifique, auquel l'assuré a pourtant droit. Bien au contraire.

*Point 8° – article 45*

*« La disposition sous rubrique (...) visée à l'article 7.*

*Par analogie avec l'article 14, (...) les laboratoires d'analyses »*

Il est cocasse de constater que les médecins qui ont pris l'initiative d'améliorer l'accès des patients pour certaines prestations médicales, se voient maintenant confrontés à une menace d'amende draconienne.

En outre, par quel argument crédible est-ce que les radiologues et les autres médecins concernés seraient amputés de leur liberté d'exercice ? Et par quel argument seraient-ils éligibles d'une discrimination par rapport aux laboratoires d'analyses médicales utilisant également des machines coûteuses ?

*Point 9° – annexe 2*

En d'autres mots, le texte actuel contredit ce que la loi hospitalière avait défini il y a 4 ans.

Il était assez évident que la dialyse aurait pu se prêter à une offre décentralisée au moment du vote de la loi hospitalière. Par contre, il n'y a aucune justification pour que le virage ambulatoire devienne un virage hospitalier.

*Point 10° – annexe 3*

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

A part le fait que les auteurs font une redite dans le même alinéa ci-dessus, le concept n'est pas abouti.

Nous supposons que la notion de « personnel hautement qualifié » se réfère aux infirmiers et aux infirmières spécialisés. Est-ce que les auteurs estiment-ils que les médecins ne seraient pas considérés comme « hautement qualifiés » ? Dans la négative, pourquoi attribuer un monopole de l'organisation à un établissement hospitalier sans prendre en considération que les ressources humaines les plus rares sont de fait les médecins. Ensuite, les médecins ont la responsabilité des actes qu'ils effectuent et la collaboration avec le personnel paramédical spécialisé n'est pas neutre du tout. Dans le texte, on va à contrecourant de toute logique.

Le texte du projet de loi prévoit donc une planification nationale pour toute une série d'équipements et d'appareils médicaux pour attribuer ensuite la gestion de ces outils aux hôpitaux. Ceux-ci engagent du personnel sur lequel les médecins doivent se fier sans pour autant être leurs supérieurs hiérarchiques. C'est une aberration qui s'est faufilée au cours de l'essor des hôpitaux et qui se perpétue dans le texte sous rubrique comme une constante immuable qui n'est pas mise en doute, mais se veut être étendue sur pratiquement toute activité médicale du secteur ambulatoire.

Pourtant l'inversion de la logique qui néglige les responsabilités médicales à assumer par les médecins, n'est plus tenable !

Annexe 3 : listing des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification :

- 1) Tomographe à résonance magnétique nucléaire
- 2) Equipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodynamométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X



- 3) *Equipements de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires*
- 4) *Equipement de diagnostic et de surveillance thérapeutique utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographie à émissions, caméra à positrons*
- 5) *Laser à utilisation endovasculaire et laser urologiques*
- 6) *Equipement d'épuration extra-rénale par hémodialyse*
- 7) *Equipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle*
- 8) *Tout équipement supplémentaire à l'appareil EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie incluant l'EEG*
- 9) *Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale*
- 10) *Equipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur*
- 11) *Equipement de mammographie*

Tout d'abord, on est frappé par la terminologie imprécise de l'annexe 3. Par exemple la technologie par résonance magnétique nucléaire ou par CT scan permettent des angiographies sans cathétérisme vasculaire ciblé. Toute technique invasive de cathétérisme nécessite évidemment une technologie par rayons X plus ou moins sophistiquée afin de vérifier l'acte invasif du médecin. Le développement technologique des appareils diagnostiques se fait de façon non-linéaire, par étapes, de sorte que toute limitation légale de technologie spécifique constitue une perte de chances potentielle pour le patient dépendant de soins médicaux contemporains.

L'équipement contemporain de mammographie sous 11) correspond à l'appareil de tomosynthèse déjà énuméré sous 2).

Sous 5), il est possible que les auteurs confondent un appareil à Laser avec celui utilisant des ondes de choc, appelé lithotriporteur, et utilisé par les urologues pour détruire et pulvériser des lithiases urinaires bloquantes par des ondes soniques (ultrasons). Un tel appareil se situe au service hospitalier national de lithotritie et peut être utilisé en extracorporel. Un LASER (abréviation anglaise de 'light amplification by stimulated emission of radiation') utilise des ondes d'un rayonnement lumineux pulsé, spatialement et temporellement concentré. Suivant les rayons utilisés, l'application des LASER en médecine est très variable. Elle peut être diagnostique et thérapeutique. La technologie au LASER n'est certainement pas limitée à l'urologie ou la dermatologie. Parmi les nombreuses applications possibles, citons l'ophtalmologie, la médecine dentaire, la physiothérapie, la chirurgie au sens large, la cancérologie, la chirurgie esthétique, la dermatologie...

En lisant le texte de l'annexe, il est évident que les auteurs se sont inspirés sommairement, en absence de consultation médicale fondée. Pourtant, c'est sur base d'une analyse bâclée et des motifs de politique politicienne, qu'on essaie d'étouffer progressivement les professions de médecin spécialiste.

De toute façon, il n'y a pas de justification médicale absolue pour que les appareils ou équipements cités sous 1), 2), 4), 6), 8), 9) et 11) soient réservés aux établissements hospitaliers. Tous les arguments de coût, de personnel paramédical hautement qualifié, des contraintes architecturales ou de textes légaux existants en matière de radioprotection ne justifient certainement pas l'approche des auteurs de réserver les appareils énumérés ci-dessus aux seuls établissements hospitaliers, d'autant plus que l'utilisateur (i.e. le médecin) supportera toute la responsabilité des suites de l'utilisation.

Il est intéressant que les auteurs aient été vigilants pour que les médecins-dentistes puissent utiliser l'appareil « cone beam ». Pourtant la technologie est similaire aux autres applications médicales. Il est utile de rappeler que l'assurance maladie-maternité ne rembourse quasiment pas de prestations techniques du domaine de la médecine dentaire. En conséquence, on délaisse la médecine dentaire et on crée librement des exceptions pour ne pas devoir assumer les frais y relatifs.

Sous 8) et 9) il est absolument faux également de réserver ces appareils ou équipements aux établissements hospitaliers pour les motifs cités.

Sous 11) il faut souligner que les radiologues voulaient déjà introduire une nouvelle technologie de mammographie par tomosynthèse en 2013. La saisine à l'époque a été critiquée par la CNS. Comme le Président de la Commission de nomenclature à l'époque restait ambigu face à la saisine introduite, les autres membres de la Commission de nomenclature se ralliaient « naturellement » à la position de la CNS et l'initiative était menée en impasse jusqu'à aujourd'hui. Force est de constater que la technologie moderne de mammographie n'a toujours pas vu le jour, sans doute suite aux rouages laborieuses

d'une planification échouée. Les machines actuellement en fonction sont en partie vétustes imposant des doses d'irradiation aux patientes concernées supérieures aux machines modernes.

L'introduction de la technologie de la tomosynthèse dans le domaine de la mammographie sur la liste des techniques utilisant des rayonnements ionisants a toutefois eu lieu sur une première initiative non d'un établissement hospitalier, mais d'un médecin-spécialiste libéral, soucieux de faire profiter les assurés de ce dont ils ont droit : des prestations médicales de qualité, au standard international.

Pour les appareils sous 3), 5), 7) et 10), il y a des arguments médicaux pour les attribuer à un usage hospitalier exclusif. En effet, le virage ambulatoire est un processus évolutif et à l'heure actuelle, certaines interventions médicales doivent être prestées à l'intérieur d'un établissement hospitalier.

L'AMMD souligne toutefois que le progrès médical est rapidement évolutif et que les techniques et les approches thérapeutiques changent parfois brutalement. C'est la raison pour laquelle la mise en application du progrès médical doit revenir dans les mains des médecins, professionnels hautement qualifiés et qu'elle ne peut en aucun cas être dictée par des textes légaux, même s'ils étaient formulés avec le plus grand soin. Tout responsable politique, tout juriste devrait cependant comprendre l'utilité et la pertinence d'une profession libérale à profil extrême en termes de responsabilité, protégée par notre Constitution.

LE PROGRES VIENT ESSENTIELLEMENT DE L'INNOVATION DE LA PART DES MEDECINS CONCERNES. POURTANT LE PROJET DE LOI SOUS RUBRIQUE ETOUFFE LA CREATIVITE ET IL S'OPPOSE A TOUT REGAIN DE L'ATTRACTIVITE PROFESSIONNELLE. LE SEUL PROGRES AFFICHE DU PROJET DE LOI SOUS RUBRIQUE EST CELUI VERS UNE MEDECINE « ENCORE PLUS » ETATIQUE.

#### *Article 2*

Au lieu de réformer la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, on extrait la problématique de l'article 19 pour légiférer dans la loi hospitalière. La médecine spécialisée est ainsi phagocytée et gérée par l'hospitalier. L'introduction de nouvelles techniques ou technologies par l'initiative des médecins est rendue très difficile voire impossible. C'est totalement aberrant et contreproductif sur différents niveaux.

Il aurait été nettement plus logique et approprié de modifier la loi de 1983 relative à l'exercice de la profession au lieu de gonfler la loi hospitalière. Toute la médecine spécialisée n'est pas nécessairement hospitalière.

Le texte du projet de loi est à comprendre comme une mise sous tutelle de la profession des médecins spécialistes par les hôpitaux.

La seule approche légale utile aurait été de faire l'inverse : c'est-à-dire de définir en premier lieu les attributions des médecins spécialistes, notamment en matière de continuité de soins et de mutualisation des compétences, à travers une adaptation de la loi modifiée de 1983.

Au sujet de l'évolution des coûts en matière d'assurance maladie, ce ne sont certainement pas les établissements hospitaliers, qui vont garantir, assumer et gérer le progrès médical avec l'efficacité requise. En même temps, la liberté professionnelle des médecins est encore une fois bafouée, au grand dam des patients.

#### *Article 3 (regroupe les modifications apportées au code de la sécurité sociale)*

##### *Point 1° – article 65, alinéa 4*

Le 30 mai 2021, l'AMMD avait proposé deux saisines en lien avec le financement de l'extrahospitalier. Dans un processus opaque, ces saisines ont été menées en impasse, à l'image de la saisine de 2013 et ce pour des raisons politiques déjà citées ci-avant. Le virage ambulatoire conceptualisé par la profession concernée, assorti d'un financement spécifique, est à nouveau un échec.

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

Par cet alinéa les auteurs confirment que le texte tel qu'il est rédigé, constitue une restriction assez large de la médecine spécialisée et de ses développements en milieu extrahospitalier.

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

On ne comprend pas en quel sens le projet de loi favoriserait « le pas tout partout ». Le projet de loi tel que rédigé n'est pas un concept de développement efficient de la médecine spécialisée et il n'améliorera pas l'attractivité de la profession. Il est inacceptable que les médecins soient mis sous tutelle par les structures hospitalières. Le fait qu'il soit prévu « d'améliorer » l'implication des médecins dans la gestion et l'organisation hospitalière, n'aboutira pas aux attentes légitimes de la profession.

*« Cette disposition est à considérer en relation avec l'article 76 alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>ème</sup> tiret du Code de la sécurité sociale.*

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

Il est vrai que l'activité médicale est parfaitement transparente par l'introduction de la documentation hospitalière. Les coûts hospitaliers, c'est-à-dire les frais de fonctionnement des hôpitaux ne le sont par contre pas.

Pour une IRM, on insiste à planifier pour des raisons soi-disant de coûts. En revanche, le Ministère n'a pas produit une seule justification pourquoi le secteur hospitalier a engagé 9500 salariés (sans compter les médecins).

D'après la volonté des auteurs, il s'agirait de promouvoir une activité hospitalière à plein régime afin de minimiser les coûts d'une utilisation partielle seulement de certains plateaux techniques. Ici se pose la question, comment expliquer les disparités entre différents hôpitaux pour les techniques d'IRM, de CT scan ou de mammographie, détaillées dans l'annexe du projet de loi. Les auteurs ne se donnent pas la peine de la commenter.

En quoi le projet de loi soulignerait l'idée du pas tout partout, ne ressort pas du texte légal proposé ni de l'argumentaire annexé.

*« Au sujet de l'élaboration des forfaits, aussi bien au niveau des prestations hospitalières que extrahospitalières, la Cellule d'expertise médicale, introduite par la loi du système de soins de santé en 2012, pourra fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou de la Caisse nationale de la santé « concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, se son impact sur la santé de la population et son impact financier. » »*

On s'étonne de certains passages sans doute rédigés à la va-vite. Le contenu est à l'image de la forme.

#### Article 4

Il faut espérer que le projet de loi ne soit pas voté dans cette version.

Le projet de loi sous rubrique place les hôpitaux au centre du système de santé et ne résout pas les nombreux problèmes du système de santé. C'est une approche coûteuse pour le cotisant et le contribuable et elle est opposée à toute logique favorisant le progrès médical.

## 2.4 Commentaires sur la fiche financière

La fiche financière n'est pas très explicite et se résume à estimer les coûts de construction de surfaces dédiées à différentes antennes hospitalières. On reste muet sur les frais de fonctionnement, certes non directement opposables à l'Etat mais celui-ci participe tout de même forfaitairement au budget de la CNS.

Dans la rubrique « Imagerie médicale » les équipements IRM sont projetés à raison uniquement de machines à champs magnétique de 1,5 T.

Aucune référence n'est prise sur l'existence, pourtant, d'une autorisation d'installation et d'exploitation d'une machine à 3T.

Concernant aussi bien les IRM que les CT-scanners des valeurs indicatives sont avancées sans tenir compte de l'évolution technologique.

D'après le rapport Lair de 2019, les établissements hospitaliers auraient engagé 824 médecins. Quand on divise le budget des hôpitaux par le nombre de médecins, on arrive à environ 1,500.000 € / médecin hospitalier. Pour 100 médecins supplémentaires, on arrivait à environ 150 millions € / an de frais de fonctionnement hospitalier additionnels.

A échelle internationale, le financement de ces coûts devrait provoquer au moins un grand étonnement !

En résumé, la fiche financière ne correspond certainement pas à une estimation correcte de l'ensemble des dépenses prospectées.

\*

## 3. COMMENTAIRES SUR LE TEXTE DU PROJET DE LOI 8009

D'après la Loi hospitalière du 8 mars 2018, un maximum de quatre centres hospitaliers peut être autorisé. En outre, chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un service de la même discipline. Toutefois, tenant compte des fusions multiples que les différents centres hospitaliers ont opérés durant les dernières vingt années, il a été prévu que le Ministre puisse autoriser des « antennes de service ». Toujours d'après la loi hospitalière, chaque établissement hospitalier ne peut pas dépasser le nombre de trois sites d'exploitation. Ainsi, le CHEM et les HRS ont déjà atteint le nombre maximal de sites exploitables à ce jour.

Le présent projet de loi vise à étendre le nombre de sites exploitables pour les soins ambulatoires, au-delà des sites existants, tout en limitant cette extension à deux « antennes de service » pour certaines activités précisées. Les points 3, 7 et 8 du paragraphe 2 et du point 5 du paragraphe 3 cités correspondent à l'hémodialyse, le traitement oncologique ambulatoire, l'hôpital de jour non-chirurgical, et à l'imagerie médicale. Les 4 points énumérés constituent une panoplie quasi exhaustive des prises en charges médicales ambulatoires d'envergure. L'organisation des soins ambulatoires est mise essentiellement dans les mains des établissements hospitaliers.

A l'article 4 modifié, les auteurs précisent que chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3,7 et 8 du paragraphe 2 et au point 5 du paragraphe 3 et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6.

A l'article 9, il est précisé que chaque centre hospitalier ne pourra que disposer de 2 antennes de service pour un même service hospitalier.

A l'article 14, on précise la logique de planification déjà établie mais en l'étendant et en remplaçant l'ancien article 19 de la Loi de 1983 sur l'exercice de la profession de médecin et de médecin-dentiste. En effet, les équipements et appareils dépassant des coûts de 250.000 euros HTVA valeur à neuf, ou bien en raison de personnel hautement qualifié nécessaire, ou bien exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers.

A l'article 33, en lien avec les médecins libéraux, on prévoit au point 9 que les modalités de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visées à l'article 4, paragraphe 1<sup>er</sup>.

A l'article 45, les auteurs s'empressent sous (2) de préciser que l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 33 peut être interdite. Ensuite sous (4), une telle

infraction « est punie d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1<sup>er</sup> soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation visée à l'article 7, paragraphe 4.

Nos commentaires :

- Il faut constater que contrairement aux affirmations de la Ministre de la Santé Lydia Mutsch, les auteurs ont implicitement avoué par le projet de loi sous rubrique que la Loi hospitalière du 8 mars 2018 n'avait pas tracé le chemin d'un virage ambulatoire. Toutefois les idées bétonnées d'un hospitalo-centrisme restent murées. Le projet de loi ne démord pas d'une planification rigide en retard avec les évolutions parfois disruptives d'un progrès médical impossible d'anticiper par le pouvoir et le savoir d'une Ministre de la Santé.
- D'une manière générale, nous estimons qu'il aurait été plus judicieux d'utiliser une terminologie précise et univoque, distinguant précisément un service hospitalier avec des lits d'hospitalisation, une antenne du même service et finalement une structure ambulatoire, qui ne devrait par définition pas avoir recours à des lits d'hospitalisation avec nuitées. Les auteurs créent ainsi un amalgame entre un service hospitalier stationnaire, une antenne de service et les soins ambulatoires.
- Le projet de loi sous rubrique prévoit une collaboration hypothétique et nébuleuse entre l'établissement hospitalier et les médecins. Les détails ne sont pas précisés et de toute façon, il n'est pas prévu que les médecins pourraient initier un tel projet. Dès lors, ce cadre légal constitue une nouvelle tentative de rendre impossible l'exercice du métier de médecin spécialiste qui reste sous la tutelle d'un hôpital. Le progrès médical est ainsi filtré par des conditions opposées aux volontés des médecins concernés. Les patients restent orphelins de certaines avancées technologiques déjà existantes.
- L'énumération des activités (points 3,7 et 8 du paragraphe 2 et au point 5 du paragraphe 3), ne laisse pas de doute : il n'y aura quasiment pas d'activité ambulatoire extrahospitalière à part les activités de consultation. Les auteurs ont toutefois oublié que certaines activités médicales comme l'administration parentérale d'immunothérapies, qu'on peut assimiler à des chimiothérapies en oncologie, seraient exemptés du nouveau carcan imposé. Il ne pourra s'agir que d'un oubli.
- En fait, la planification telle que prévue dans le projet de loi sous rubrique laisse dans les mains du Ministre, l'attribution ou non de certains appareils ou équipements. Les soins de santé sont donc progressivement mais substantiellement politisés. C'est la politique qui étouffe et remplace les métiers de médecin.
- Ensuite, l'argument que les appareils soient limités en raison de leur coût n'est pas crédible car il n'est pas proportionnel. En effet, un appareil coûtant 250.000 euros, revient à coûter environ 25.000 euros par an (sur une utilisation présumée de 10 ans). Si 25.000 euros suffissent pour justifier une planification, il faudrait planifier également l'ensemble du personnel paramédical comme le nombre de médecins et de médecins-dentistes. Or le système est défini par un conventionnement obligatoire et automatique des professionnels de la santé, sans limite du nombre de médecins y exerçant. De surcroît, le personnel hautement qualifié, n'est pas défini dans le texte. A quelles professions précises font référence les auteurs ? A partir de quel grade de formation, les auteurs considèrent-ils qu'un professionnel de santé soit hautement qualifié ? Enfin, les conditions d'emploi particulières ne sont pas définies non plus. En résumé, les auteurs avancent des arguments incroyables, non justifiés et dès lors non proportionnels pour imposer de nouvelles restrictions aux médecins spécialistes. Un tel contrôle de proportionnalité ex ante des restrictions prévues aux professions réglementées fait défaut comme le prévoit pourtant la Loi du 2 novembre 2021, transposant une Directive européenne sur le sujet.
- Au sujet du point 9 de l'article 33, il faut s'étonner comment les auteurs estiment-ils qu'une gestion organisationnelle pourrait être concrétisée alors que c'est l'hôpital qui engage le personnel sous son autorité hiérarchique et administrative. En outre, étant donné que l'infrastructure immobilière de même que les appareils médicaux utiles restent sous la tutelle du centre hospitalier, il est difficile d'imaginer une gestion par les médecins. Par ailleurs, il est un élément essentiel à toute gestion commune des médecins qu'ils peuvent se constituer en société. Or telle possibilité n'est même pas prévue dans le projet de loi 8009. Les auteurs n'ont pas cherché de lier utilement le projet de loi 8009 avec le projet de loi 8013.

- Les modifications de l'article 45 de la loi hospitalière démontrent bien qu'actuellement, il n'y a pas de base légale pour pouvoir fermer le Centre Médical du Potaschberg et son IRM. Rappelons qu'en principe la nouvelle loi ne régit que l'avenir et ne devrait pas toucher aux droits acquis.

### Annexe 3 :

#### Cf commentaires sous 2.3

\*

## 4. CONCLUSION

Le projet de loi sous rubrique de même que celui relatif à l'exercice sociétal, ont été déposés après un *Gesondheetsdësch* annoncé par les ministres de tutelle comme une « démarche participative ».

Les attentes sont considérables étant donné que l'accès aux soins de qualité n'est plus garanti et que la pénurie de médecins, et notamment celle de médecins bien formés et motivés, se fait de plus en plus ressentir.

Force est de constater que le projet de loi 8009 ne répond à aucun des défis de notre système de santé. Et en sus, il impose aux médecins concernés des restrictions démesurées voire néfastes. Une analyse au préalable, pourtant légalement imposée depuis la loi du 2 novembre 2021 fait défaut.

Les auteurs ont même omis d'agencer utilement les deux projets de loi 8009 et 8013, de sorte que la possibilité de se constituer en société n'est même pas applicable pour les médecins hospitaliers, un non-sens.

Par le projet de loi 8009, les auteurs contournent le concept du « virage ambulatoire » tant attendu pour le manœuvrer en « virage hospitalier », et d'un coup de plume maladroit, on détourne ainsi le texte de l'accord de coalition. En répétant les réflexes archaïques du concept hospitalier « fourre-tout », les besoins des patients comme ceux des médecins spécialistes sont ignorés et laissés en rade. En absence de toute volonté pour analyser objectivement le déficit structurel de l'assurance maladie-maternité, les coûts pour l'assurance maladie ne vont que s'accélérer au rythme des enveloppes budgétaires pour le secteur hospitalier, alors que le continent affronte une nouvelle crise économique. Insensible à toute solution réfléchie, le projet de loi 8009 consolide le chemin tracé d'une médecine spécialisée de plus en plus étatisée, étouffant ainsi l'initiative et la créativité de tous les médecins hospitaliers.

Etant donné que les messages du corps médical et médico-dentaire ont malheureusement et sciemment été ignorés au *Gesondheetsdësch*, comme par les auteurs du texte sous objet, l'AMMD va présenter prochainement au public un concept global qui tente de répondre à l'ensemble des enjeux du système de santé au bénéfice des patients, à l'avantage du cotisant comme du contribuable et qui attire à nouveau les médecins bien formés.

La vision de l'AMMD est de donner une nouvelle identité nationale au pays, en travaillant l'image de marque du pays, en transformant le système de santé au profit de tous les patients et citoyens tant résidents que frontaliers, en créant une opportunité économique nouvelle, en édifiant un secteur au potentiel exponentiel, en se libérant des dogmes oppressants d'une politique aveuglée par l'idéologie et ayant systématiquement viré dans le mauvais sens durant les décennies passées.

(s) *Le conseil d'administration*



