

**N° 8009<sup>14</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 COMPLEMENTAIRE DE L'ASSOCIATION  
DES MEDECINS ET MEDECINS-DENTISTES**

(11.7.2023)

**A. REMARQUES GENERALES**

Le PL 8009 a été déposé en date du 23 mai 2022.

Suite à l'avis du Conseil d'Etat du 25 avril 2023, le Gouvernement a apporté des amendements au texte, déposés le 20 juin dernier.

Selon les « nouveaux objectifs » signalés et poursuivis par le projet de loi, les auteurs affirment à travers le texte amendé, que le premier objectif poursuivi par le projet de loi consisterait « à répondre concrètement aux besoins en services et soins de santé identifiés aux termes de l'évaluation effectuée sur base de la loi hospitalière de 2018, ceci par le biais des données de la carte sanitaire. Le projet de loi vise ainsi à compléter la couverture territoriale en fonction des besoins identifiés par la carte sanitaire et de permettre le renforcement des liens entre les professionnels de la santé et les établissements hospitaliers tout en maîtrisant l'impact sur le système de santé dans le contexte spécifique national et d'éviter les risques réels identifiés. Le deuxième objectif plus global et intimement lié à la façon dont notre système de santé est organisé et fonctionne, consiste à ne pas gaspiller les ressources financières, techniques et humaines et enfin à ne pas davantage fragiliser notre secteur hospitalier investi d'une mission de service public essentiel pour la santé et la vie de nos concitoyens. »

Les amendements du Gouvernement apportés au projet de loi sous rubrique, visent finalement et essentiellement à évacuer les critiques du Conseil d'Etat qui a réservé sa position quant à la dispense éventuelle au second vote constitutionnel.

Pour rappel, le Conseil d'Etat note dans son avis du 25 avril 2023 que :

« Le Conseil d'Etat relève que le fait de réserver l'utilisation de ces équipements et appareils en vue d'une prise en charge médicale aux établissements hospitaliers constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale, matière qui constitue une matière réservée à la loi en vertu de l'article 11, paragraphe 6, de la Constitution. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat rappelle que, d'après l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 décembre 2022, « [l]'article 11, paragraphe 6, alinéa 1, de la Constitution permet à la loi d'établir des restrictions à la liberté en cause. Pour être conformes à la Constitution, 1 Cour constitutionnelle, arrêt n° 00148/19 du 5 juillet 2019 (Mém. A – n° 491 du 12 juillet 2019). 2 Tribunal administratif, jugement n° 40845 du 14 février 2019. 3 celles-ci doivent être rationnellement justifiées, adéquates et proportionnées à leur but ». Cet arrêt cadre avec la clause transversale de l'article 37 de la Constitution révisée, qui entrera en vigueur le

*1er juillet 2023 et en vertu de laquelle « [t]oute limitation de l'exercice des libertés publiques doit être prévue par la loi et respecter leur contenu essentiel. Dans le respect du principe de proportionnalité, des limitations ne peuvent être apportées que si elles sont nécessaires dans une société démocratique et répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui. » Le Conseil d'État relève que ladite clause est inspirée de l'article 52, paragraphe 1er, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Par ailleurs, d'après la jurisprudence de la Cour de l'Union européenne et les termes de l'article 7, paragraphe 2, lettre f), de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018, transposée par la loi précitée du 2 novembre 2021, et relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions réglementées, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante et les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux objectifs visés. »*

Plus loin, le CE affirme que : « Aux yeux du Conseil d'État, les objectifs de la maîtrise des coûts, de la qualité de gestion et d'un haut niveau de compétence du personnel peuvent valablement être réalisés dans des structures extrahospitalières, à condition bien évidemment d'instaurer une procédure d'autorisation en vue de l'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3. Concernant plus précisément la restriction relative aux équipements et appareils qui dépassent 250 000 euros, cet argument ne tient pas en présence d'une personne physique ou morale qui ne requiert pas un financement de la part de l'État. Une telle personne se voit imposer une limitation de l'exercice de sa profession, même si elle respecte tous les critères imposés, sans que cette limitation ne soit autrement justifiée. »

Il est également utile de souligner la prise de l'avis de l'Autorité de la Concurrence du 21 février 2023. Ses auteurs soulignent comme suit :

*« Le présent projet de loi doit ainsi être lu à la lumière des principes posés par la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions transposé en droit national par la Loi du 2 novembre 2021 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions (ci-après la « directive proportionnalité »). Cette directive indique dans son deuxième considérant qu'« En l'absence de dispositions spécifiques du droit de l'Union harmonisant les conditions d'accès à une profession réglementée ou d'exercice de celle-ci, il est de la compétence des États membres de décider des professions à réglementer et de la manière de les réglementer, dans les limites des principes de non-discrimination et de proportionnalité. ». Ainsi, les restrictions à l'exercice d'une profession réglementée telle que celle des médecins sont propres à chaque État, et ne peuvent se justifier que pour autant que la législation respecte les principes de non-discrimination et de proportionnalité qui s'articulent autour des quatre conditions cumulatives suivantes : 1. être appliquée de manière non-discriminatoire ; 2. être justifiée par des raisons impérieuses d'intérêt général ; 3. être propre à garantir la réalisation de l'objectif qu'elle poursuit ; 4. ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre. L'article 3 de la loi du 2 novembre 2021 pose ainsi l'exigence qu'un contrôle de proportionnalité soit opéré avant de réglementer l'exercice d'une profession : « Avant d'introduire de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou administratives limitant l'accès à des professions réglementées ou leur exercice ou avant de modifier de telles dispositions existantes, il est procédé à un examen de proportionnalité conformément aux dispositions de la présente loi. [...] Toute disposition visée au paragraphe 1er est accompagnée d'une explication qui est suffisamment détaillée pour permettre d'apprécier le respect de proportionnalité. » 'L'Autorité estime que le projet de loi en question ne respecte pas ces quatre conditions. La « tutelle » qu'exerceraient les hôpitaux sur la prise en charge ambulatoire ne saurait être justifiée « par des raisons impérieuses d'intérêt général ».*

Enfin, le Collège médical note dans son avis du 29 juin 2022 que :

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

**En résumé, les critiques formulées par le Conseil d'État, par l'Autorité de la Concurrence et par le Collège médical visent essentiellement le fait que la restriction des droits de certaines professions médicales telle que prévue par le projet de loi 8009, ne tient pas compte du principe de proportionnalité.**

A noter aussi que le Ministère de la Santé n'a pas publié son analyse de proportionnalité pourtant nécessaire au préalable, ensemble avec le projet de loi, mais il l'a uniquement divulgué au Conseil d'État sur requête.

Les divers organes et chambres professionnelles demandés en avis ne disposaient donc pas de cette information durant le processus d'analyse, ni n'en ont eu communication au moment de l'envoi des amendements gouvernementaux soumis le 20 juin 2023 !

A travers notre analyse critique ci-dessous de l'argumentaire du Ministère de la Santé et du projet de loi amendé, nous ne soulignons que les éléments en lien direct avec les critiques formulées par le Conseil d'État, le Collège médical et l'Autorité de la Concurrence, comme ils concernent un enjeu fondamental d'une profession libérale de médecin et des libertés constitutionnelles ou européennes.

**Le présent avis de l'AMMD se concentre donc avant tout sur l'argumentation par laquelle les auteurs du PL 8009 prétendent qu'une restriction des libertés fondamentales de certaines professions médicales serait justifiée.**

\*

## **B. PROBLEMES MAJEURS DU SYSTEME DE SANTE EN LIEN AVEC LE SECTEUR HOSPITALIER ET EXTRAHOSPITALIER**

Tout d'abord, le PL 8009 manque d'analyse fondée des difficultés du système de santé actuel et il pêche en substance par l'absence de concept porteur. Il n'ambitionne pas à analyser les problèmes multiples et il n'apporte pas de solution visant un vrai concept. Dès lors, il nous importe d'attirer l'attention du lecteur sur un listing non exhaustif des problèmes que l'AMMD a identifié et thématiqué durant les dernières 10 à 15 années.

- a. **Politisation rampante du système de santé** (planification politisée, hôpitaux fortement dépendants) avec une politique étouffant les professions libérales (qui pourtant constituent encore la colonne vertébrale du système de santé) ;
- b. Hospitalocentrisme (conséquence de a.) ;
- c. Gestion hospitalière de plus en plus bureaucratique et dépensière (conséquence de a.) ;
- d. Accès inéquitable des patients à certains soins de santé (imagerie, avis de médecine spécialisée...) : résultat = médecine à classes (conséquence de a.)
- e. Financement hospitalier opaque et inefficace (conséquence de a.) avec financement insuffisant du médico-technique (conséquence de a.) ;
- f. Infrastructures hospitalières totalement inadaptées au virage ambulatoire (même certaines nouvelles constructions en vue) (conséquence de a.) ;
- g. Pénurie des médecins spécialistes et collaboration insuffisante entre les hôpitaux et danger de recruter dans l'urgence des médecins moins bien formés (conséquence de a.) ;
- h. Incitants insuffisants pour les médecins à travailler en groupe (médecins généralistes, médecins-dentistes et médecins spécialistes) ;
- i. Encombrement des urgences hospitalières et soins primaires dû à une médecine préventive peu visible pour les citoyens et immigrés (en lien avec a.) ;
- j. Conventionnement obligatoire et automatique avec tarifs réglementés : pléthore pour certaines professions de santé (médecins-dentistes, kinésithérapeutes) et pénurie pour d'autres (pédiatres, psychiatres, ...) ; qualités des prestations non assurées ; système à classes inévitable (alors que le conventionnement obligatoire et automatique était affiché comme le prétendu garant d'un accès équitable aux soins de qualité, ce qui est un leurre) ;
- k. Financement de l'extrahospitalier insuffisant (problème notamment pour la médecine dentaire mais également pour la médecine générale. Pour les médecins spécialistes, à part pour certaines exceptions, le financement n'est pas prévu et le projet de loi 8009 prévoit même une restriction disproportionnée de l'activité pour la plupart des médecins spécialistes) (conséquence de a. + b.) ;
- l. Médecine préventive annoncée depuis des années, mais jamais déployée efficacement à part quelques exceptions ;
- m. Digitalisation dans le dos des patients.

→ Comme rien n'est prévu pour amender la situation ainsi décrite, et que les enjeux réels du système de santé ne sont pas adressés dans leur globalité et vu l'absence d'ambition pour améliorer la complémentarité entre le secteur hospitalier et extrahospitalier au bénéfice des patients, le PL 8009 ne pourra pas améliorer les manquements politiques des dernières trois législatures.

\*

## **C. ANALYSE DES ARGUMENTS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

### **Argument 1 : Particularités du système de soins de santé luxembourgeois**

Les auteurs font un rappel sur certaines caractéristiques de notre système de soins de santé. Or s'il est vrai que l'exercice libéral de la médecine est largement prépondérant, les auteurs scotomisent que la pénurie de médecins spécialistes est essentiellement une conséquence d'une planification nationale du secteur hospitalier. En effet, la planification hospitalière a largement sous-estimé l'évolution démographique de la population et elle a également ignoré l'impact du progrès médical et biotechnologique, du virage ambulatoire et de l'opportunité pour les patients de se faire soigner plus vite et mieux dans des cabinets médicaux pouvant offrir une médecine ambulatoire dédiée.

Étant donné que l'AMMD a déjà présenté le concept d'une médecine ambulatoire lors d'une quadripartite en mai 2008 et qu'elle a anticipé la pénurie des médecins déjà en mars 2010 de même que les risques financiers du financement hospitalier par budgets insuffisamment transparents, l'argument des auteurs que les besoins sanitaires soient identifiés sur base d'une carte sanitaire, ne tient pas. Il est même ridicule : le Luxembourg étant orphelin d'une méthodologie statistique de recensement des données de santé, aucune carte sanitaire établie à ce jour n'a su refléter les besoins sanitaires réels du pays, vue l'absence de données correctes, fiables et exhaustives. Alors que près de 50 % des dépenses de soins de santé au pays sont attribuées au secteur hospitalier, et que les détails des allocations budgétaires ne sont même pas publics, les risques financiers sont majeurs en ouvrant les sites additionnels tels que prévus. La FHL s'inquiète elle aussi dans son avis du 7 juillet 2023 sur les coûts d'exploitation et les difficultés de gestion de sites supplémentaires en nombre. Nonobstant de ces risques signalés, chaque établissement hospitalier entièrement subventionné mais en concurrence directe avec les autres, va tenter sa chance et revendiquer le nombre de sites considérés comme dus et contribuer ainsi au risque financier prévisible.

L'argument des auteurs insinue par ailleurs que seules les dépenses accordées politiquement seraient justifiées. En effet, le système de planification hospitalière est entièrement politisé comme le Ministre de la Santé en charge autorise in fine l'essentiel des structures hospitalières. Le système de planification tel que conçu et tel que prévu par le projet de loi sous rubrique, amplifie encore la logique d'un financement politisé. Toutefois, si le pouvoir politique était le meilleur dépensier du denier public, il ne devrait pas s'opposer à un audit indépendant. En tout état de cause, la Cour des Comptes a été très critique dans son « *Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers* » publié en 2019.

En plus la Commission du Contrôle de l'exécution budgétaire de la Chambre des députés, dans son avis du 10 mai 2021, se rallie à maintes recommandations de ce rapport de la Cour des comptes, restées sans réaction depuis lors.

L'argument que l'investissement en infrastructures immobilières et/ou mobilières « libérerait » le médecin des risques financiers y relatifs et aiderait à garantir la liberté thérapeutique, néglige le fait que l'exercice de la profession dépend notamment de la gestion et de l'organisation de la médecine, du dessin de l'infrastructure dans laquelle sont organisées les flux et activités, du choix d'appareils et du personnel de santé collaborant avec ou travaillant pour le médecin. Or le libre choix et la conception indépendante de toutes ces ressources sont d'autres éléments essentiels pour garantir la liberté thérapeutique et pour accompagner l'évolution du progrès médical au bénéfice des patients, dont le projet de loi tente à priver les médecins.

Il n'est donc pas par hasard que les auteurs veulent essentiellement modifier la Loi hospitalière et non la Loi du 29 avril 1983 sur l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. C'est également une occasion manquée pour y intégrer le concept de médecin pouvant exercer en parallèle en milieu extrahospitalier et hospitalier.

Les auteurs ignorent donc les vrais enjeux médicaux et financiers tout en écrasant définitivement les libertés fondamentales d'une profession libérale sous prétexte de faux arguments.

### **Argument 2 : Risque financier du système de sécurité sociale et gaspillage des ressources financières et techniques**

Les auteurs estiment que le financement public des soins de santé permettrait de :

- *garantir l'accès aux soins de santé*
- *maintenir un niveau élevé de qualité des soins notamment en finançant de nouvelles technologies et de traitements à la hauteur du progrès technique et médical*
- *maîtriser les coûts, par une organisation et une coordination des soins pour répondre aux besoins de la population*

Tout d'abord les Ministres avouent eux-mêmes que non seulement l'accès aux soins de santé n'est plus garanti mais pire, ils avouent de ne pas disposer des chiffres fiables comme ils le précisent en page 23 du Plan National Santé tout récemment publié :

*« Dans une comparaison internationale concernant les besoins non satisfaits en matière de soins de santé, la proportion de personnes déclarant des besoins non satisfaits en raison des délais d'attente pour un examen ou traitement médical au Luxembourg (31%) est plus élevée par rapport à tous les autres pays participants (Allemagne : 24.7%/ Pays-Bas : 11.4%/ UE26 : 18.7%). De plus, il existe une saturation de la capacité d'absorption de nouveaux cas de patients dans certaines spécialités médicales au Luxembourg. Même les médecins généralistes déclarent avoir un accès limité à des rendez-vous en temps voulu pour leurs patients ayant des problèmes médicaux urgents. En résumé, l'accès aux prestations médicales est garanti en théorie (remboursement, proximité géographique, absence de gate keeping), mais en pratique l'accès aux spécialistes semble souvent engorgé au vu des délais d'attente importants pour certaines disciplines. Force est cependant de constater qu'à ce jour, il manque des données fiables sur les délais d'attente. »*

Étant donné que l'accès restreint aux soins de santé découle de la planification et que les Ministres ne disposent pas des données chiffrées (alors que l'accès difficile a été thématiqué depuis des années par l'AMMD), l'argument d'une restriction de certaines professions telle que prévue ne tient donc pas !

Ensuite, les auteurs supposent que la planification maintienne un niveau élevé de qualité pour garantir soi-disant l'accès aux soins en finançant de nouvelles technologies et de traitement à la hauteur du progrès technique et médical. Or en 2013, l'AMMD avait soumis une saisine visant à introduire un tarif technique pour la mammographie de type « tomosynthèse », technique réputée plus précise que les appareils traditionnels. Ce n'est que récemment que les établissements hospitaliers ont eu l'autorisation ministérielle pour acquérir ces machines performantes alors que les délais d'attente pour une mammographie hors programme de dépistage sont franchement démesurés et intolérables. On a donc un problème d'accès et de qualité des machines. En réunions de la CPH (Commission permanente pour le secteur hospitalier), il a été relevé à plusieurs reprises par les représentants des hôpitaux que les budgets portant sur l'investissement médico-technique des hôpitaux sont largement insuffisants, ce qui explique que des machines ou appareils vétustes s'y accumulent.

Ensuite, il faut mettre en doute que la planification telle que promue maîtrise l'évolution des coûts. En effet, l'évolution dynamique des budgets hospitaliers est identifiée comme enjeu pouvant mettre à mal l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sachant qu'avec 2,35 médecins par 1000 habitants, le Luxembourg dispose de beaucoup moins de médecins en comparaison des pays limitrophes. Les coûts d'exploitation hospitalière s'élèvent à près de 1,7 millions € par an et par médecin hospitalier. A ceci se rajoute que les frais variables directement imputables à l'activité et à la prescription des médecins ne compte que pour moins de 20 % des montants cités.

Enfin, par le biais des investissements en matière d'imagerie médicale opérés en milieu hospitalier, les auteurs tentent de justifier leur approche par des faits accomplis du passé comme du présent. En quelque sorte, ils avouent que la liberté professionnelle n'a pas été respectée dans le passé et ils veulent entériner et pérenniser une injustice mise à nu. Par ailleurs, les auteurs essayent de troubler le lecteur par des calculs tendancieux. En effet, ils font le mélange des coûts d'installation avec les coûts de fonctionnement. Tenant compte des 70.000 examens en ambulatoire, ils dégagent des coûts de 206 € au passage. C'est un secret de Polichinelle que le calcul par passage n'est pas très précis étant donné qu'il se base sur une cascade approximative fixée conventionnellement entre la CNS et la FHL, et



comme elle n'est pas publique, il est impossible de savoir si tous les postes de frais sont réellement considérés. Mais même si on tenait compte de ce calcul, il faudrait différencier les frais d'acquisition et d'installation des frais de fonctionnement. D'après les calculs de l'IGSS on peut estimer que les frais de fonctionnement correspondent à au moins 80 %, ce qui nuance substantiellement les affirmations des auteurs, car les frais de fonctionnement d'une machine qui ne tourne pas sont en toute logique nettement réduits.

### Argument 3 : Risque de médecine à classes

Les auteurs avancent l'argument que l'ouverture d'un cabinet de radiologie conduirait à un système de médecine à classes. Tout d'abord, l'argument est étonnant car il est de notoriété publique qu'un certain nombre de patients ont pris un rendez-vous pour une IRM en Allemagne en payant de leur poche un accès rapide. Ensuite, à l'occasion de la présentation de la pétition 2504 de Madame Isabelle Faber pour garantir et améliorer la couverture médicale et de soins, il a même été reconnu en Chambre des Députés que les notabilités du pays ont un accès privilégié (« *Promibonus* ») comme leurs relations favorisent un accès inégal aux soins. Il est donc inexact de prétendre qu'on n'a pas déjà une médecine à classes.

Ensuite, si la saisine de l'AMMD introduite en Commission de nomenclature en mai 2021 avait été considérée à sa juste valeur, des tarifs concernant les actes d'imagerie médicale auraient pu être introduits pour garantir aux assurés le remboursement des frais directs et indirects tels que l'article 65 du Code de la sécurité sociale le prévoit déjà. Or ce sont la Ministre de la Santé et le Ministre de la Sécurité sociale eux-mêmes qui ont directement interféré avec la Commission de nomenclature pour empêcher que la saisine soit considérée. Non seulement que les Ministres de tutelles ne devraient pas s'immiscer dans le fonctionnement de la Commission de nomenclature prétendue indépendante, il s'agit ainsi d'une entrave évidente à l'exercice libéral, déjà largement amputé par une composition tendancieuse de la commission. De fait, aucun des représentants d'État au sein de la Commission de nomenclature n'a osé contredire les Ministres et un tarif technique a été délibérément empêché, alors que la Loi le prévoit explicitement.

Il est donc assez troublant que les Ministres évoquent un risque de médecine à classes, alors qu'elle existe déjà et qu'elle est une conséquence directe d'une planification échouée et que les Ministres ont empêché toute introduction d'un tarif technique en matière d'imagerie médicale qui aurait garanti aux assurés un accès équitable aux soins dans un cabinet libéral de radiologie, par rapport aux services hospitaliers.

**Ceci nous ramène à l'amendement proposé de l'article 65 du Code de la Sécurité sociale qui prévoit un amalgame non précisé entre l'acte intellectuel médical et l'acte technique. L'AMMD a toujours défendu et continue à défendre une dichotomie stricte entre l'honoraire et le financement technique d'une prestation. Cet article de l'amendement sous objet a été introduit afin de justifier et de permettre à terme une rétribution financière des médecins aux établissements hospitaliers, déjà suggérée par un contrat nouvellement introduit par les amendements sous rubrique. Ainsi, l'asymétrie encore accentuée entre l'établissement hospitalier (de plus en plus puissant) et le médecin individuel (de plus en plus impuissant) rend caduque toute hypothétique liberté contractuelle en amont et constitue un autre bafouage de la profession libérale.**

En plus, les relations des assurances sociales avec les prestataires extrahospitaliers suivent d'autres règles du même code, que le financement prévisionnel et budgétisé des établissements hospitaliers.

En créant des structures hybrides par le mode de financement, les risques financiers deviennent non prévisibles, et ne respectent plus les bases de fonctionnement de la sécurité sociale initialement imaginées pour être remplacées par un financement opposé à l'exercice libéral de la profession.

### Argument 4 : Risques sanitaires

Les auteurs avancent l'argument que l'hôpital serait le garant de qualité des prestations d'imagerie par exemple, en centralisant les activités.

Il est vrai que les indications pointues méritent une connaissance particulière pour permettre une prestation de qualité en réponse aux demandes des patients. Toutefois, les auteurs passent sous silence l'utilité du travail d'équipe librement choisi, notamment en permettant l'exercice sociétal, comme formulé dans le projet de loi 8013. Ceci offrirait l'avantage de mieux répartir le travail et de faciliter

et valoriser les besoins en surspécialisation des médecins concernés. Dans nos structures actuelles, les incitatifs de travailler en équipe sont perfectibles et les équipes, si elles existent, sont limitées à un seul hôpital. Il serait intéressant, enrichissant et utile que les médecins travaillant dans les cabinets de ville collaborent avec d'autres collègues pour étoffer et élargir justement la panoplie des compétences requises.

Le concept de travail en réseau pour offrir les prestations hospitalières et extrahospitalières a déjà été proposé au Ministre de la Santé, Monsieur Etienne Schneider en 2019. Au *Gesondheitsdäsch*, un réel échange pour dégager une solution concrète n'a malheureusement pas été souhaitée par la Ministre de la Santé. Or les sociétés d'exercice libéral se prêtent aisément à conclure des contrats de collaboration pour offrir toute la panoplie d'actes utiles et nécessaires en milieu hospitalier comme en milieu extrahospitalier. Une parfaite complémentarité aurait pu être dégagée entre les deux secteurs sans nécessité de violation des droits élémentaires de la profession libérale.

#### **Argument 5 : Pénurie de certaines professions de santé**

Il est vrai que le personnel soignant spécialisé pourrait constituer un facteur clé limitant l'accès à certaines prestations. Si le développement du secteur hospitalier avait comme but d'améliorer l'accès aux soins pour le patient, il aurait évidemment aussi l'avantage d'attirer des jeunes médecins comme du personnel hautement spécialisé.

Si une réelle pénurie de personnel hautement spécialisée était à craindre, ce n'est certainement pas le développement du secteur extrahospitalier qui irait freiner le recrutement, bien au contraire.

\*

#### **D. EN CONCLUSION**

Au regard de ce qui précède, l'AMMD s'oppose au projet de loi sous rubrique au motif du non-respect du principe de proportionnalité imposé lors de la restriction d'une profession libérale, droits réaffirmés dans la nouvelle Constitution et constituant par ailleurs des valeurs fondamentales européennes.

Par les amendements gouvernementaux apportés au PL 8009, le Ministère de la Santé s'évertue à justifier des bienfaits des nouvelles mesures, notamment celles concernant les sites supplémentaires et les antennes hospitalières, par l'avantage pour les patients et l'équilibre de la sécurité sociale.

En raison des jurisprudences administratives, les inhibitions portées à l'exercice d'une profession libérale réglementée risquent de continuer à être considérées comme inconstitutionnelles si elles ne sont pas proportionnelles au but objectif et performant visé par ces mesures. L'examen de la proportionnalité est décrit et précisé par la directive ad hoc et la loi nationale.

Dans son préambule, la Directive EU 2018/958 du Parlement européen et du Conseil souligne que les autorités nationales ont la charge de la preuve (pt 11). Ils doivent prouver non seulement la justification des mesures i.e. qu'elles ont un effet et ne sont pas arbitraires, mais encore qu'elles soient proportionnelles à l'impact sur la profession visée. Ce faisant elles doivent fournir des données concrètes (éléments qualitatifs et quantitatifs art 4) et une explication détaillée et motivée (art 6). Des motifs purement économiques sont irrelevants. Or le Ministère se borne à énoncer des lieux communs.

Il n'énonce nullement pourquoi le genre de site hybride qu'il propose ne serait pas de nature à poser problème au niveau financement, alors que les hôpitaux risquent bien de se concurrencer davantage en ouvrant un maximum de sites, et que les médecins y travaillant à leur compte n'agiraient pas autrement que le feraient des confrères pratiquant hors site hospitalier, – à supposer que cette âpreté au gain soit réelle et ne constitue pas un phantasme idéologique.

D'un autre côté, il aurait appartenu au Ministère de prouver que l'effet visé par la restriction, – l'équilibre de la sécurité sociale et les soins prodigués en temps utile –, ne pouvaient pas être atteints par d'autres moyens (Art 6).

N'existe-t-il pas une Commission de surveillance en matière d'assurances sociales, destinée à examiner et à faire sanctionner tous abus ? Des sanctions pénales, à l'instar de celles prévues dans le texte actuellement prévu pour ceux qui exploiteraient un site privé sans autorisation, auraient empêché des

abus, tout comme celles déontologiques. Ensuite il ne faut pas oublier que des médecins exploitants de sites pareils ne sont pour la grande majorité pas des auto-prescripteurs, mais que les patients leurs sont adressés par des confrères. Et il n'y a aucune raison d'admettre que ceux-ci fassent des transferts pour examen par pure arbitraire ou pour faire plaisir aux radiologues. Il n'y a pas de raison non plus que des médecins (ou des financiers occultes) fassent des investissements considérables et risqués si la demande n'est plus là.

En résumé : les risques (éventuels) servant de prétexte ne sont pas éliminés par le nouveau système proposé, étant donné en outre que les hôpitaux devant chaperonner les médecins spécialistes ne peuvent et surtout ne doivent pas s'immiscer dans leur exercice.

Inutile de mentionner encore qu'il y a d'autres moyens de financer la sécurité sociale, politiquement plus osées et périlleuses que de s'acharner sur la profession médicale libérale : augmentation des cotisations, participation plus élevée à partir d'un certain revenu, déconventionnement partiel ou total, abolition ou limitation de certaines prestations exagérées ou encore de revoir le système du financement hospitalier.

La profession de médecin, certes dite libérale, mais déjà réglementée de manière très précise et contraignante, est une fois de plus la victime d'idées purement politiques hospitalocentrées, immatures et non objectives, ainsi que de propositions de solutions inaptes à atteindre les enjeux réels. Alors que tous les médecins actifs du pays tentent d'amortir les errements d'un système politisé, le pouvoir politique en place s'acharne contre une profession libérale et ne rechigne pas devant des faits accomplis ou des précipitations politiquement forcées.

**La directive 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions n'est pas respectée !** A notre connaissance, le Gouvernement n'a pas procédé à l'examen de proportionnalité moyennant le formulaire annexé au règlement grand-ducal du 2 novembre 2021. A notre appréciation, les arguments du Gouvernement listés librement, ne justifient aucunement une restriction de la profession libérale telle que prévue. **La liberté professionnelle, constitutionnellement garantie, et consolidée dans d'autres textes nationaux, constitue également un droit fondamental de l'Union européenne.**

Le drame, c'est qu'à l'occasion du *Gesondheetsdësch*, tous ces aspects auraient pu être abordés sereinement si la volonté politique avait existé.

Au lieu d'une planification poussée à son apogée étouffant l'initiative des médecins, on aurait pu imaginer des critères précis et objectifs afin de pouvoir ouvrir un cabinet libéral.

A ce titre, le Collège médical note dans son avis du 29 juin 2022 comme suit :

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

Nous ne pouvons donc que nous rallier à cet avis du Collège médical !

*Pour le conseil d'administration,*

Dr Alain SCHMIT <i>Président</i>	Dr Guillaume STEICHEN <i>Secrétaire général</i>	Dr Carlo AHLBORN <i>1<sup>er</sup> Vice-Président</i> <i>Président CMD</i>
Dr Philippe WILMES <i>Vice-Président</i>	Dr Marc PEIFFER <i>Secrétaire général adjoint</i>	Dr Remy DEMUTH <i>Membre</i>
Dr Bruno PEREIRA <i>Membre</i>		Dr Jean-Paul SCHWARTZ <i>Membre</i>