



CHAMBRE DES SALARIÉS
LUXEMBOURG



AVIS

Avis III/61/2021

15 décembre 2021

Exercice de professions médicales

relatif à

l'avant-projet de loi portant modification

1. de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2. de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ;
3. de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute

Par lettre en date du 8 octobre 2021, Madame Paulette LENERT, ministre de la Santé, a saisi pour avis notre chambre de l'avant-projet de loi portant modification 1. de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire; 2. de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ; 3. de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute.

1. La CSL se permet d'abord d'exposer les motifs du projet de loi selon l'auteur du texte dans les points 2 à 24 avant de s'exprimer sur son contenu (points 25 et suivants).

2. Le présent projet de loi a pour principal objet d'élargir le droit d'association entre médecins, entre médecins-dentistes, entre médecins-vétérinaires, entre psychothérapeutes et entre professionnels de santé visés par la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé (ci-après ensemble désignés comme les « médecins et professionnels de santé ») en leur permettant de procéder à la constitution d'une société civile au sens de l'article 1832 du code civil ou d'une société de forme commerciale mais de nature civile pour l'exercice de leur profession.

3. Les médecins et les professionnels de santé sont parmi les dernières professions libérales non encore autorisées à s'organiser sous forme de société. Cette possibilité s'offre aujourd'hui déjà aux avocats, architectes, ingénieurs-conseils, comptables et experts-comptables.

4. Les modifications proposées sont largement inspirées de la loi du 16 décembre 2011 concernant l'exercice de la profession d'avocat sous forme d'une personne morale (Mémorial A n°278 de 2011) qui a modifié la loi du 10 août 1991 sur la profession d'avocat pour permettre un exercice de celle-ci sous forme de société et qui est la loi la plus récente en la matière.

5. Même si la profession d'avocat et celles de médecins et professionnels de santé sont certes différentes, il y a également beaucoup de ressemblances entre ces professions. En effet, il s'agit tout d'abord et par essence, de professions libérales. A ce titre, des règles de déontologie sont édictées par les autorités ordinales respectives, qui garantissent le respect de celles-ci. Ensuite, la profession d'avocat et celles de médecins et professionnels de santé ont toutes des obligations d'intérêt général. Elles sont organisées en pratique de la même façon, à savoir en des structures de tailles très variables, avec un besoin de mutualiser les coûts et la charge de travail administratif, de professionnaliser la gestion de ces structures et de travailler avec des professionnels ayant un statut d'employé.

6. Compte tenu d'une démographie médico-soignante défavorable à l'échelle mondiale, il est crucial de rendre le grand-duché de Luxembourg attractif pour les médecins et professionnels de santé.

7. En effet, l'OMS prévoyait en 2013 que d'ici à 2030, la région Europe aurait besoin de 32 % de plus de personnel dans le secteur de la santé en raison du vieillissement démographique et de la transition épidémiologique vers les maladies chroniques.

8. C'est pourquoi elle a publié en 2016 une stratégie mondiale à l'horizon 2030 concernant les ressources humaines pour la santé.

9. Elle fixe des objectifs et des cibles à atteindre dont notamment une réduction par deux de la dépendance des Etats membres au recrutement de professionnels hors frontière. Elle incite les pays à mettre en place une gouvernance responsable et redevable des résultats obtenus, à mieux utiliser les ressources disponibles, à investir dans les soins primaires en donnant une place majeure aux médecins généralistes et aux infirmiers et sages-femmes en santé communautaire, à revoir tout le système de formation, à créer un environnement favorable pour les professionnels de la santé afin de les inciter à entrer dans ces professions et à les fidéliser, à reconnaître la pénibilité de ces professions et à y apporter des signes de reconnaissance sous diverses formes, à investir dans les nouvelles technologies pouvant contribuer à une moindre utilisation de ressources en personnel de santé, à impliquer les patients dans l'auto prise en charge de leurs soins.

10. La pénurie en personnel de santé est donc un problème mondial qui concerne aussi bien les pays en développement que les pays à revenu élevé. Le Luxembourg n'est pas exempté de cette problématique.

11. La médiane d'âge des médecins se situe autour de 53 ans, et sur les 2 088 médecins actifs en 2017, entre 59 % et 69 % de cet effectif prendront leur retraite jusqu' en 2034. En couplant cette tendance avec le solde démographique positif de la population résidente sur la même période, une pénurie de médecins et de professionnels de santé sera la conséquence logique à prévoir.

12. De plus, trente pour cent {30 %) d'étudiants en médecine luxembourgeois ne rentrent pas au Luxembourg après leur formation à l'étranger.

13. En introduisant la possibilité d'exercer leur profession sous forme sociétale, le présent projet de loi donnera aux jeunes médecins et professionnels de santé la perspective de pouvoir mettre en commun leurs ressources humaines et financières afin d'exercer leurs professions respectives. Cette nouvelle possibilité répondra en partie à la demande d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, avancée de plus en plus par les jeunes médecins et professionnels de santé.

14. Une société offre en outre l'avantage d'avoir un support administratif partagé entre les médecins ou professionnels de santé, induisant une plus grande concentration de ces derniers sur leurs coeurs de métier et non sur des tâches administratives ou d'accueil. Elle permettra aux médecins et professionnels de santé de procéder à un partage des honoraires entre les associés, voire de limiter leur responsabilité à l'égard des dettes sociales à leurs apports au capital de la société.

15. Les exigences de la pratique moderne de la médecine et des soins obligent souvent les médecins et les professionnels de santé à se regrouper pour pouvoir rationaliser et partager les frais de leur cabinet, y inclus les frais d'équipement qui peuvent avoir une valeur importante dépendant de la spécialisation du médecin ou du professionnel de santé, pour pouvoir faire face à l'accroissement constant de la population et à la complexité des cas de figure et pour se suppléer mutuellement en cas d'empêchement

16. Le droit des sociétés offre des modes de transmission de sociétés et de participations dans les sociétés et facilite ainsi l'organisation de la succession d'un médecin ou professionnel de santé associé dans une société de médecins ou de professionnel de santé.

17. De plus, les dernières décennies ont vu un renforcement important de la seconde ligne, c'est-à-dire des centres hospitaliers. La crise sanitaire Covid-19 a montré la bonne résilience des hôpitaux, ces derniers pouvant même accueillir des personnes d'autres pays.

18. Afin de permettre à la première ligne, la médecine et les professionnels de santé de ville, d'augmenter également sa capacité de résilience, il importe de permettre aux médecins et professionnels de santé de s'organiser sous forme de société non seulement de droit luxembourgeois, mais également de droit étranger, ce qui rendra possible la création de structures médicales et de soins plus importantes en taille, évolutives et donc pérennes, ayant une grande capacité d'innovation et d'adaptation.

19. La possibilité d'avoir une structure de type sociétal permettra la création de structures intermédiaires pour une médecine et une thérapie de ville, est avantageuse pour le patient. Elle augmentera la diversité des acteurs dans le domaine de la prise en charge ambulatoire des patients.

20. Plus concrètement, du point de vue patient, l'exercice sous forme sociétale des médecins et professionnels de santé aura notamment les avantages suivants :

- Continuité des soins même en cas d'absence du médecin traitant
- Amélioration de l'accessibilité aux soins
- Prise en charge pluridisciplinaire plus rapide

- Amélioration de la qualité des soins due à un regroupement des compétences, une plus grande capacité d'innovation et adaptation aux évolutions de la profession et aux attentes des patients.

21. Les dispositions du présent projet de loi suivent les principes de base suivants :

- Libre choix du prestataire par le patient
- Liberté thérapeutique et responsabilité individuelle professionnelle du prestataire (pénale et disciplinaire)
- Accès limité aux professionnels de santé (personnes physiques) ayant un droit d'exercer au Luxembourg
- Possibilité de composition pluridisciplinaire des sociétés.

22. En effet, le projet de loi permet l'exercice en société par les médecins, les médecins-dentistes, les professionnels de santé et les psychothérapeutes tout en s'associant librement entre eux. Des médecins pourraient ainsi par exemple s'associer avec des sages-femmes et des infirmiers en anesthésie et réanimation. Seuls les médecins-vétérinaires seront exclus de cette possibilité d'association dans la mesure où l'objet de leurs activités diffère fortement de celle des autres professions.

23. En introduisant ainsi la possibilité de créer des sociétés pluridisciplinaires, le présent projet de loi favorisera, en outre, la création de cabinets de groupe qui permettront de renforcer les soins primaires.

24. Cette incidence favorable sur le développement des soins primaires répondra à la préoccupation, exprimée au programme gouvernemental, relative à un manque d'offres de soins primaires qui conduirait à une orientation des patients vers les services d'urgences et les policliniques dans les structures hospitalières.

25. La CSL se doit tout d'abord de critiquer la façon dont le gouvernement légifère.

I. La mise en place du Gesondheetsdësch constitue un trompe-l'œil dans la mesure où l'avant-projet de loi est préparé *ex muros* par le Collège médical et l'AMMD !

26. Si la CSL a salué l'initiative d'un Gesondheetsdësch pour discuter de l'orientation future de notre système de santé publique, elle se doit malheureusement de constater au vu du dépôt du présent avant-projet de loi que le but consistait uniquement à sauver les apparences et à faire croire à l'opinion publique que les décisions sont prises de concert avec les acteurs réunis autour de la table. Il n'en est rien !.

27. L'avant-projet de loi dont est saisie notre chambre constituait certes une des mesures retenues dans le cadre du Gesondheetsdësch, mais il n'a pas fait l'objet d'un échange de fond au sein du groupe de travail y dédié et été rédigé sans que le groupe de travail ait tiré au préalable les conclusions nécessaires notamment en ce qui concerne le volet de l'organisation du secteur extrahospitalier.

28. Pire encore, le gouvernement a accepté de reprendre quasiment mot par mot la proposition de texte du Collège médical et de l'AMMD sur le regroupement sous forme sociétaire des médecins et professions de santé sans que le bien-fondé de ce texte n'ait fait l'objet de discussions au Gesondheetsdësch. Cette façon de procéder ne constitue pas seulement une violation du dialogue social dont se targuait le gouvernement en mettant en exergue l'implication de tous les acteurs dans la prise de décision, mais également une violation des obligations qui incombent à l'Etat, à savoir légiférer en tenant compte de l'intérêt général au lieu de déléguer la fonction de législateur à des acteurs privés comme le Conseil médical et l'AMMD qui sont directement concernés par le présent avant-projet de loi et qui en tant que partis pris ont manifestement des intérêts personnels diamétralement opposés à l'intérêt collectif qu'est la santé publique.

29. La CSL est consternée de constater que, de façon générale, l'Etat se défait de ses prérogatives régaliennes en déléguant et sous-déléguant régulièrement l'attribution de légiférer à des acteurs privés, que ce soit les Big Four ou des sociétés d'avocats, le tout à l'aide de deniers publics. Voilà pourquoi elle demande au gouvernement de retirer sans délai le présent projet afin de discuter la question du regroupement et des missions des médecins et professionnels de santé de vive voix avec les partenaires sociaux dans le cadre de l'orientation générale de notre système de santé publique. A défaut de ce faire, le présent avant-projet de loi aura des répercussions désastreuses sur notre système de santé publique actuel qui jusqu'à présent a garanti l'accès universel aux soins de santé et le financement par la solidarité publique.

30. Il n'est donc pas étonnant qu'en raison des considérations ci-avant, la CSL ne partage nullement les considérations de l'exposé des motifs qui sont à la base de cet avant-projet de loi, parce que les allégations sont soit purement gratuites soit ne correspondent pas à la vérité.

II. La forme sociétaire de se regrouper est-elle une prédilection pour les jeunes médecins et professionnels de santé d'exercer leur profession et permet-elle vraiment aux médecins et professionnels de santé d'améliorer leurs conditions de travail et de rémunération ainsi que leur qualité de vie?

31. Si la CSL témoigne de la compréhension pour la volonté du législateur de faciliter l'organisation et le regroupement de médecins et professionnels de santé afin de rendre les professions en question plus attrayantes compte tenu d'une démographie médico-soignante défavorable, elle reste néanmoins perplexe devant l'argument que la pénurie de médecins et de professionnels de santé pourrait être compensée en permettant à ceux-ci de s'associer sous forme sociétaire. Aucune enquête, aucune comparaison internationale, ne démontre que la forme sociétaire soit une condition sine qua non ou une prédilection pour les jeunes médecins et professionnels de santé d'exercer leurs professions au Luxembourg.

32. En effet, il existe nul besoin de créer une société pour partager des frais ou pour s'organiser : un contrat d'association entre médecins résout parfaitement la problématique.

33. La CSL estime même que le contraire est vrai. Ceci vaut autant pour le milieu hospitalier que pour le milieu extrahospitalier.

34. Dans le milieu hospitalier, la CSL se prononce en faveur d'une salarisation des médecins qui fait en sorte que ceux-ci travaillent à des horaires prédéfinis et fixés d'avance et touchent une rémunération mensuelle régulière. Un tel statut n'améliore non seulement leur work-life balance, mais également la qualité des soins à l'égard des patients en évitant le surménagement et le stress auxquels sont exposés régulièrement les médecins. Par ailleurs, le lien de subordination qui est à la base de leur statut de salarié et qui n'affecte nullement la liberté thérapeutique permet de les mieux impliquer – tant en ce qui concerne leurs droits que leurs obligations – dans le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital. A part le CHL, la plupart des médecins dans les autres hôpitaux sont actuellement liés par un contrat de collaboration conformément à l'article 33 (7) de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

35. Ce contrat n'est pas limité dans la durée, n'oblige ni à un partage d'honoraires ni à une participation aux frais, ni ne prévoit un objectif qualitatif ou quantitatif défini. En quoi le regroupement sous forme sociétaire pourrait-il surpasser ce laisser-faire actuel des médecins libéraux que la CSL condamne énergiquement ? La CSL craint au contraire que les médecins qui n'ont pas les moyens financiers pour devenir associés dans une société ne risquent de travailler en tant que salariés ou collaborateurs dans des conditions beaucoup moins favorables que s'ils avaient été engagés par l'hôpital ou s'ils s'étaient établis en tant que médecins libéraux à leur propre compte.

36. Il en va de même pour les autres professionnels de santé dans le secteur hospitalier qui actuellement bénéficient de conditions de travail et de rémunération favorables grâce à la convention collective FHL qui leur est applicable. Quel serait leur intérêt de s'associer en dehors du milieu hospitalier dans une société de médecins et/ou professionnels de santé, en tant que collaborateur ou salarié et risquer ainsi de ne plus tomber sous le champ d'application de la convention collective ? Le projet de loi ne fournit aucune preuve à l'égard d'un tel scénario qui reste en l'état de pures allégations.

37. In fine, le projet risque de mener à un nivellement vers le bas des conditions de travail dans un secteur déjà caractérisé par un manque de main-d'œuvre.

III. Le regroupement sous forme sociétaire risque de creuser encore davantage le clivage et la concurrence entre les intérêts personnels des médecins, d'une part et la bonne gestion des hôpitaux, d'autre part !

38. En vertu de l'article 32 de la loi du 8 mars 2018 précitée, les pouvoirs du Conseil médical au sein des hôpitaux sont tels qu'il jouit dans certains domaines d'un droit de veto et peut bloquer toute décision de l'organisme gestionnaire tandis que le directeur général, également médecin, responsable de la gestion, est à la fois un subordonné du Conseil médical et obligé de rendre compte à l'organisme gestionnaire de l'hôpital. Le directeur général se trouve donc dans une situation inextricable entre la sauvegarde des intérêts individuels des médecins et assurer la bonne gestion de l'hôpital. Avec la possibilité des médecins de se regrouper sous forme sociétaire, la CSL craint que la bonne gestion de l'hôpital ne soit encore davantage mise en arrière-plan et que le clivage et la concurrence avec l'hôpital risquent encore davantage de se creuser dans la mesure où les médecins libéraux deviennent encore plus puissants de sorte que les hôpitaux seront encore davantage tributaires de ces derniers en ce qui concerne l'organisation des urgences et permanences que doivent assurer les hôpitaux. Il est indéniable qu'avec une finalité du lucre, les sociétés de médecins n'agissent plus dans l'intérêt des patients, mais dans leur propre intérêt.

IV. La finalité du lucre d'une société, qu'elle soit de nature commerciale ou civile, n'est pas compatible avec les principes essentiels de la déontologie médicale !

39. La CSL a de sérieux doutes sur la compatibilité des principes essentiels de la déontologie médicale comme le désintéressement du médecin consistant à se détacher de tout intérêt personnel en mettant *in medias res* l'état de santé du patient avec la finalité même d'une société dans laquelle il s'associe et consistant, de par sa nature, à faire des bénéfices.

40. La CSL tient à renvoyer à certaines dispositions du Code de déontologie médicale¹ :

- Un extrait du préambule à l'édition de 2005
« (...) *Les principes essentiels, que le législateur évoque à l'article 2 de la loi du 8 juin 1999 et sur lesquels repose de temps immémorial la déontologie médicale, peuvent être ainsi regroupés, suivant les principes directeurs que reprennent et font leur la plupart des codes de déontologie des pays civilisés : exercice de la médecine à titre libéral, dignité, conscience, indépendance, probité, humanité, honneur, loyauté, délicatesse, modestie, courtoisie, désintéressement, confraternité et tact.* »
- Les articles 16 à 22 intitulés « *La médecine n'est pas un commerce* »
Article 16 « (...) *La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce* »
Article 18 « (...) *L'information ne peut porter préjudice à l'intérêt général en matière de santé publique et ne peut inciter à pratiquer des examens et traitements superflus.* »

41. Même si l'article 50 de l'avant-projet de loi portant modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-

¹ Arrêté ministériel du 1er mars 2013 approuvant le Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège médical, Mémorial A 2013, page 609.

vétérinaire dispose que *« par dérogation à l'article 100-3, alinéa 3 de la loi modifiée du 10 août 1915 concernant les sociétés commerciales, les sociétés de médecins, les sociétés de médecins-dentistes et les sociétés de médecins-vétérinaires admises au registre professionnel ont une nature civile malgré l'adoption de la forme d'une société commerciale »* et que par conséquent *« elles n'ont pas la qualité de commerçant »*, le risque est néanmoins existant que les médecins et les professionnels de santé se constituant sous forme de sociétés mettent en avant-plan non plus l'état de santé du patient concerné, mais plutôt la rentabilité des prestations dispensées et dévient ainsi progressivement des principes essentiels de la déontologie médicale. Par ailleurs, la constitution de sociétés leur permettrait de réduire considérablement la charge fiscale au détriment des personnes physiques qui risquent de payer davantage d'impôts pour compenser la décharge fiscale des premiers.

42. La CSL est par ailleurs d'avis que les professions d'avocats, des experts-comptables, des architectes et des ingénieurs-conseils auxquelles il est fait référence pour justifier le bien-fondé du présent projet de loi sont inadaptées pour déterminer le régime et la forme de l'organisation ou du regroupement des médecins et professionnels de santé.

43. Si effectivement ces professions ont en commun avec celles des médecins et professionnels de santé la nature civile de leurs activités, ces dernières divergent cependant des premières que au-delà, elles ont une finalité de désintéressement, à savoir, se détacher de tout intérêt personnel, afin d'assurer non seulement la santé individuelle du patient, mais également le bon fonctionnement de la santé publique à travers les permanences tant en milieu hospitalier qu'en milieu extrahospitalier.

44. Voilà pourquoi la CSL est d'avis que compte tenu du désintéressement consistant à assurer à côté de leur patientèle privée les permanences tant en milieu hospitalier qu'extrahospitalier les professions des médecins et des professionnels de santé ne sont pas comparables avec d'autres professions libérales plus amplement précitées même s'il existe quelques points en commun entre elles. Contrairement à ce que prétend l'auteur du projet de loi dans l'exposé des motifs, la CSL ne partage pas le point de vue comme quoi l'avocat est soumis à une obligation d'intérêt général. Son devoir consiste à défendre non pas comme à l'instar des juridictions ou du ministère public le respect de la loi et l'ordre public, mais bel et bien les intérêts individuels de son mandant, et selon sa spécialisation, à promouvoir l'optimisation fiscale des revenus et du patrimoine de ce dernier. Les médecins et professionnels de santé, quant à eux, dispensent des soins non seulement dans l'intérêt de leurs patients, mais au-delà assurent des permanences dans l'intérêt collectif des patients afin d'assurer la santé publique du pays.

45. Un autre aspect qui dissocie les professions de médecins et de professionnels de santé des autres professions précitées est la nature de la prestation qu'ils dispensent. La santé contrairement aux prestations des autres professions libérales n'est pas un bien marchand et l'acte médical qui est à la base ne peut pas être considéré comme une denrée, une marchandise échangée pour une contrepartie financière. Le médecin ne « vend » pas des ordonnances ou des soins, ou des certificats. La médecine est un service. Le patient n'est pas un client, qui décide ou pas de se faire soigner. Dans les cas extrêmes, c'est une question de vie ou de mort. Devant les prescriptions de son médecin, le patient n'a que très peu de latitudes, bien que les conséquences puissent être irréversibles en cas de complications. Le « contrat de soins » qui est à la base de la responsabilité médicale n'est pas une convention commerciale, ni un marché. C'est un contrat tacite, où ce qu'apporte l'un n'est pas l'équivalent de ce qu'apporte l'autre. Le médecin s'engage à donner les soins adéquats qui ne sont pas définis par avance et qui diffèrent selon les circonstances.

46. Par ailleurs, les tarifs pour les actes médicaux et techniques des médecins et professionnels de santé ne sont pas fixés selon les règles du marché en fonction de l'offre et de la demande, mais par conventionnement d'un commun accord avec la CNS. La finalité du conventionnement consiste justement à permettre l'accès universel aux soins de tous les assurés en assurant une prise en charge de leur coût, quelle que soit leur situation de revenu, tout en garantissant simultanément une rétribution convenable aux prestataires en question. S'il n'est pas immoral que le gain soit le moteur d'une entreprise commerciale, la rentabilité ne peut être l'objectif principal des médecins et professionnels de santé.

47. La CSL tient à souligner que son intention ne consiste pas à empêcher les prestataires médicaux à gagner leur vie convenablement et à se regrouper afin de partager les fruits de leurs revenus. Cependant le gain qui est le propre d'une société, qu'elle soit civile ou commerciale, n'a pas de raison d'être dans un regroupement de prestataires médicaux dont la finalité exclusive consiste à se partager les fruits de leur travail et dont les tarifs sont déterminés de concert avec la CNS. Il n'y a pas de plus value qui est créée au sens économique du terme. La situation diverge donc fondamentalement des professions d'avocats qui, sans être tenus par une obligation d'intérêt général, sont libres de fixer leurs tarifs en vue de faire un bénéfice.

48. Le droit à la santé, ou au moins sa protection, est un bien fondamental : « la possession du meilleur état de santé qu'il soit capable d'atteindre constitue un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale » (source OMS).

49. Nombreux sont les instruments internationaux ayant trait aux droits de l'homme qui font référence à la santé. Citons le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 et la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989.

50. La Charte des droits fondamentaux de l'UE reconnaît « un droit d'accès à des services de santé dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales ».

IV. Les activités des médecins et professionnels de santé constituent des services non économiques d'intérêt général.

51. La notion de service social (ou non économique) d'intérêt général n'est pas définie ni dans le traité fondamental sur l'Union européenne, ni dans le droit dérivé de l'Union.

52. Ces services non économiques d'intérêt général (SNEIG) ont été identifiés pour la première fois dans le droit européen par la directive 2006/123/CE « services » (Bolkestein). Ce sont les services que la directive excluait de son champ d'application : ils n'appartiennent pas à un marché et sont fondés sur une logique de solidarité et de redistribution, ils échappent donc aux règles de la concurrence. Parmi eux, les services régaliens (la police, la justice,...), ou d'autres tels que la santé, l'éducation, la culture ou l'environnement.

53. La Communication « Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne : les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne² a identifié, au-delà des services de santé proprement dits, deux grands groupes de SSIG :

- Les régimes légaux et les régimes complémentaires de protection sociale, sous leurs diverses formes d'organisation (mutualistes ou professionnelles) couvrant les risques fondamentaux de la vie, tels que ceux liés à la santé, la vieillesse, les accidents de travail, le chômage, la retraite, le handicap ;
- Les autres services essentiels prestés directement à la personne. Ces services jouant un rôle de prévention et de cohésion sociale, ils apportent une aide personnalisée pour faciliter l'inclusion des personnes dans la société et garantir l'accomplissement de leurs droits fondamentaux. Ils englobent premièrement l'aide aux personnes dans la maîtrise des défis immédiats de la vie ou des crises (telles que l'endettement, le chômage, la toxicomanie, la rupture familiale). Deuxièmement, ils contiennent des activités visant à assurer que les personnes concernées ont les compétences nécessaires à leur insertion complète dans la société (réhabilitation, formation linguistique pour les immigrés) et notamment sur le marché du travail (formation, réinsertion professionnelle). Ces services complètent et soutiennent le rôle des familles dans les soins apportés notamment aux

² Document de travail des services de la Commission SEC (2010) 1545 final
Guide relatif à l'application aux services d'intérêt économique général, et en particulier aux services sociaux d'intérêt général, des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'Etat, de « marchés publics » et de « marché intérieur ».

plus jeunes et aux plus âgés. Troisièmement, font partie de ces services les activités visant à assurer l'inclusion des personnes ayant des besoins à long terme liés à un handicap ou un problème de santé. Quatrièmement, est également inclus le logement social, qui procure un logement aux personnes défavorisées ou aux groupes sociaux moins avantagés. Certains services peuvent évidemment englober chacune des quatre dimensions.

54. On peut donc en déduire que la santé est un service non économique d'intérêt général (SNEIG) qui ne tombe pas sous les règles de la concurrence et du marché prévues par le traité.

VI. Il n'y a pas violation du principe d'égalité devant la loi entre les professions de médecins et les autres professions libérales

55. Si l'argument invoqué dans le commentaire de l'article 50, paragraphe 3, du projet de loi selon lequel la création d'un régime de sociétés professionnelles réglementées de nature civile uniquement pour les avocats sans le prévoir pour les autres professions réglementées, comme par exemple les experts-comptables, les architectes et les ingénieurs-conseils est susceptible de violer le principe d'égalité devant la loi prévu à l'article 10bis de la Constitution, il en va différemment pour les professions des médecins et des professionnels de santé pour les raisons invoquées ci-avant :

- Les principes essentiels de la déontologie médicale sont difficilement compatibles voire incompatibles avec la finalité d'une société qui consiste à faire des bénéfices ;
- Les prestations de soins de santé dispensées par les médecins et professionnels de santé constituent des services non économiques d'intérêt général pris en charge et/ou cofinancés par des deniers publics afin d'assurer l'accès universel aux soins de santé.

56. Voilà pourquoi la CSL plaide pour la création d'un régime de regroupement professionnel réglementé spécifique pour les professions de médecins et de professionnels de santé, excluant la forme sociétaire et qui permet de sauvegarder un sain équilibre entre les principes essentiels de la déontologie médicale et les intérêts matériels/financiers de chacun parmi eux.

VII. Quels soins à l'aide de quels équipements médicaux et à quels tarifs seront dorénavant dispensés dans des cabinets médicaux multidisciplinaires, d'une part et dans les établissements hospitaliers, d'autre part ?

57. La CSL se doit de constater que la dichotomie entre soins stationnaires (dans le milieu hospitalier) et soins ambulatoires risque d'être mise en question par les jugements du Tribunal administratif, numéro 40845 du 14 février 2019 (IRM) et numéro 41738 du rôle du 9 décembre 2019 (scanner) et un arrêt de la Cour constitutionnelle numéro 148/19 du 5 juillet 2019.

58. Dans le premier jugement, un médecin a formulé une demande en obtention d'une autorisation pour l'acquisition « de matériel IRM » pour son cabinet médical (en milieu extrahospitalier), demande qui lui a été refusée sur base de l'article 19 de la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. Le médecin soulevait l'inconstitutionnalité de cet article par rapport à l'article 11(6) de la Constitution retenant la compétence unique du législateur pour restreindre la liberté d'exercice d'une profession libérale. Cette question préjudicielle a été posée par le tribunal administratif à la Cour constitutionnelle dans les termes suivants :

« L'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin vétérinaire, en conférant au pouvoir réglementaire compétence pour fixer une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ainsi qu'une liste des équipements et appareils qui peuvent seulement être détenus ou utilisés par les médecins spécialistes pour les besoins de leurs spécialités, et en lui laissant ainsi seul le soin de déterminer quels équipements et appareils doivent figurer sur cette liste, sans que la loi n'indique les critères d'établissement de cette liste, respectivement quelles caractéristiques

essentielles ces instruments médicaux doivent revêtir est-il conforme à la Constitution et notamment à ses articles 11(6) et 32(3) ? »

59. La Cour constitutionnelle dans un arrêt no 00148 du 5 juillet 2019 a déclaré inconstitutionnel l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 précitée comme constituant une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin.

60. Dans le deuxième jugement, un médecin-radiologue s'est vu refuser par le ministre de la Santé une autorisation pour l'acquisition d'un scanner pour les besoins d'un centre médical qu'il souhaite établir à Luxembourg sur base des textes de loi cités ci-avant. Le tribunal a décidé suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle qui a été rendu en la matière que l'article 19 de la loi du 29 avril 1983 renvoyant au règlement grand-ducal du 17 juin 1993 pour fixer une liste d'appareils interdits d'acquisition sans fournir dans la loi même des éléments pouvant permettre de déterminer de manière suffisamment spécifique les caractéristiques substantielles des équipements ainsi visés, n'est pas conforme aux articles 11, paragraphe 6, et 32, paragraphe 3, de la Constitution de sorte que la décision ministérielle refusant au requérant l'autorisation d'acquérir un scanner pour son centre médical est annulée pour défaut de base légale.

61. Suite à ces jugements et arrêt, le débat sur l'orientation future de notre médecine et de son financement est relancé et soulève un certain nombre de questions et de commentaires :

VII.1. Qui paie les équipements médicaux en milieu hospitalier ?

62. Vu la convention réglant les investissements financiers entre la CNS et l'Etat d'une part, et les établissements hospitaliers, d'autre part, l'Etat finance 80% des équipements et la CNS 20%, ce qui garantit l'équilibre financier de la sécurité sociale.

63. L'installation d'équipements médicaux jusque-là réservés aux établissements hospitaliers dans des cabinets privés augmente ainsi le nombre d'équipements et risque d'avoir pour effet que 1) la CNS serait obligée de continuer à financer les scanners installés dans les établissements hospitaliers sur base du principe de la budgétisation malgré le risque que de plus en plus de patients recourent, pour diverses raisons, aux équipements médicaux situés dans les cabinets privés et 2) augmenterait le coût pour l'assurance maladie du fait de la prolifération de tels équipements médicaux dans des cabinets privés générant ainsi une augmentation des prestations en relation avec ces équipements et ne rendant ainsi plus rentables les mêmes équipements dans les établissements hospitaliers risquant d'être progressivement abandonnés.

VII.2. Qui paie les équipements médicaux dans les cabinets privés ?

64. En vertu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle, les médecins pratiquant en milieu extrahospitalier ont le droit de recourir aux mêmes équipements que leurs confrères pratiquant en milieu hospitalier. La question est de savoir qui paie les équipements en question et quelles répercussions cela peut-il avoir sur le conventionnement entre médecins et la CNS ?

65. La question du paiement ou de la prise en charge de ces équipements est tributaire d'une autre question, celle de l'égalité de traitement entre médecins pratiquant en milieu hospitalier et médecins pratiquant en milieu extrahospitalier. Dans le jugement du tribunal administratif du 14 février 2019, celui-ci a arrêté que « les deux catégories de personnes ne sont manifestement pas suffisamment comparables, pour que le principe constitutionnel d'égalité de traitement puisse trouver vocation à s'appliquer en l'espèce ». On peut donc en déduire que le financement de ces équipements n'est pas soumis au principe d'égalité de traitement de sorte que les médecins pratiquant en milieu extrahospitalier doivent subvenir eux-mêmes au financement de ces équipements sans prise en charge de la part de l'Etat et de la CNS comme c'est le cas en milieu hospitalier.

66. Il est évident que pour rentabiliser les équipements en milieu extrahospitalier financés par leurs propres soins, les médecins plaident pour une libre tarification des prestations.

67. la recherche de la rentabilité et le refus des médecins libéraux d'être contrôlés par la CNS ne peuvent avoir que comme conséquence leur volonté de sortir du conventionnement et par-là de mettre en question l'accès universel des assurés aux soins de santé.

VII.3. Comment éviter le déconventionnement et la mise en cause de l'accès universel aux soins ?

68. En vue de rentabiliser ces équipements financés par leurs propres moyens, les médecins libéraux sont tentés de sortir du conventionnement pour appliquer des tarifs plus élevés et de multiplier les actes/prestations. Le déconventionnement aura pour effet qu'on aboutira à une médecine à deux vitesses où les assurés bien lotis se feront traiter dans des cabinets médicaux à leurs frais et le reste des assurés dans les structures hospitalisées avec des conséquences néfastes pour le financement et la rentabilité des équipements médicaux y installés et la planification hospitalière à moyen et à long terme.

69. Suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle précité, la CSL exhorte le législateur de modifier l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire en fixant des critères objectifs, légitimes et vérifiables pour interdire ou limiter certains équipements médicaux en milieu extrahospitalier. Il est urgent de légiférer, car le lobby des médecins libéraux est en train avec le soutien de la politique locale d'installer des centres médicaux un peu partout à travers le pays lesquels disposent d'équipements médicaux et offrent des services qui, jusqu'à présent, ont été réservés aux infrastructures hospitalières. La CSL tient à souligner que si le législateur n'agit pas dans les meilleurs délais, il crée des faits accomplis au profit des intérêts individuels de la médecine libérale et au détriment des hôpitaux financés par des deniers publics.

70. L'article 19 précité est en quelque sorte le corollaire de l'article 7 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, qui oblige les hôpitaux en vue d'obtenir une autorisation d'exploitation de présenter un projet d'établissement comportant notamment « les équipements ou les appareils soumis à planification nationale ».

71. Le but est d'éviter le gaspillage et le double emploi, la prolifération sans nécessité d'appareillages de tout genre dans les hôpitaux du pays qui pèsent d'un poids lourd sur le budget de la CNS. Cet effet ne serait pas atteint si les médecins pouvaient installer et exploiter à leur compte les mêmes appareils que dans les hôpitaux ou d'autres appareils que les hôpitaux se sont vu refuser. Il importe tout particulièrement que le secteur hospitalier puisse de façon préférentielle bénéficier des équipements diagnostiques et thérapeutiques pour lesquels seule une diffusion limitée est possible en raison des besoins limités, du coût d'investissement élevé et/ou du fonctionnement coûteux et nécessitant un personnel spécialisé et/ou un environnement précis.

72. En vue de garantir l'universalité des assurés aux soins de santé, le plan hospitalier prend en compte les besoins de l'ensemble de la population, aussi bien des patients hospitalisés que des patients ambulatoires, lors de la fixation du nombre d'équipements pour le pays, et règle l'implantation de ces équipements en milieu hospitalier.

73. Permettre aux médecins en milieu extrahospitalier les mêmes équipements que leurs confrères en milieu stationnaire mettra en cause le conventionnement entre la CNS et les médecins, d'une part et le financement des hôpitaux et de leurs équipements, d'autre part.

VII.4. Le déconventionnement risquera d'abroger tôt ou tard le système obligatoire d'assurance maladie au profit d'assurances complémentaires privées !

74. La prise en charge des équipements médicaux en milieu extrahospitalier par les médecins eux-mêmes et le déconventionnement des actes médicaux y prestés fera en sorte que seul les assurés bien lotis seront à même de payer les honoraires en question ou de financer des assurances complémentaires prenant en charge de telles prestations. La conséquence qui en résultera est que le système obligatoire d'assurance maladie perdra de sa raison d'être au profit d'assurances privées complémentaires et mettra en question l'accès universel aux soins de santé.

75. Il est donc primordial que la prise en charge des équipements médicaux lourds soit réglée sans délai par une modification de l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 précitée et que la tarification soit révisée tant pour les actes médicaux et techniques en milieu hospitalier qu'en milieu extrahospitalier afin d'éviter une médecine à deux vitesses.

76. La CSL tient par ailleurs à constater que les médecins libéraux ont bien vécu jusqu'à présent avec le conventionnement alors que le système de remboursement et du tiers payant ont constitué une sorte de garantie pour le règlement de leurs honoraires.

VII.5. Le virage ambulatoire constitue-t-il une panacée pour notre système des soins de santé ?

77. D'abord importerait-il de savoir si un tel virage ambulatoire serait bénéfique pour les assurés pour ensuite évaluer l'impact sur les soins de santé en général, les infrastructures hospitalières les dispensant et leur financement.

78. Pour répondre à la première question, il faudrait savoir quels soins de santé font l'objet d'une telle déshospitalisation. Force est de constater que l'expression « virage ambulatoire » n'apparaît ni dans le texte de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé ni dans celui de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

79. Ce n'est que dans l'exposé des motifs de la première loi que l'auteur consacre un point dont la teneur est la suivante :

« II.2.4. La chirurgie ambulatoire

En comparaison internationale, il ressort que la chirurgie ambulatoire est sous-développée au Luxembourg et que beaucoup d'interventions chirurgicales entraînent des périodes d'hospitalisation trop longues et inutiles, voire contre-indiquées. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit faire l'objet d'une approche globale et doit être lié à certaines conditions telles que la réalisation de l'intervention chirurgicale en établissement hospitalier, l'adaptation de la nomenclature, la standardisation des processus de prise en charge et l'adaptation de l'infrastructure hospitalière. Et last but not least, un tel changement ne peut pas s'ajouter tel quel au système de prise en charge stationnaire, mais doit bien mener à une reconversion de ressources et de moyens existants, rendant l'opération financièrement pour le moins neutre.

80. La CSL a notamment retenu dans son avis du 18 novembre 2010 y relatif ce qui suit :

« Bien que le plan hospitalier consacre le principe du virage ambulatoire, il n'y a pas de précision quant à cette prise en charge.

Le plan hospitalier donne au ministre la faculté d'émettre des recommandations quant à cette prise en charge. La CSL regrette que le plan hospitalier ne donne pas d'indication, ni sur le nombre de lits ambulatoires, ni d'ailleurs sur celui des soins intensifs.

Le projet de loi sous avis ne contient pas non plus des précisions quant aux soins ambulatoires. Notre Chambre craint toutefois que la nouvelle formulation de la prise en charge prévue par l'article 1, point 5° du

projet de loi à l'article 17 CSS (« frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal ») n'introduise de manière cachée le virage ambulatoire.

Or, bien que le traitement ambulatoire puisse représenter des avantages pour le patient qui, généralement, se sent mieux dans son entourage familial, il doit être assorti d'un certain nombre de garanties concrètes.

D'abord, il doit être garanti que l'entourage extrahospitalier du patient est tel que les conditions d'hygiène et de sécurité soient au moins équivalentes à celles de l'hôpital. C'est pourquoi il faut un accompagnement régulier de la part des professionnels de la santé et cette offre doit exister à travers tout le pays.

Les traitements ambulatoires ne doivent pas seulement être dispensés de manière à correspondre à des actes médicaux d'après une clé donnée, mais prendre en compte la situation personnelle du patient. Une importance accrue reviendra dans ce cas aux visites à domicile de la part du médecin généraliste qui est le médecin de confiance du patient.

Les traitements ambulatoires doivent être considérés comme étant des prestations hospitalières rattachées à l'hôpital. Ceci signifie que les frais y relatifs sont à considérer comme frais hospitaliers bénéficiant du tiers payant et du remboursement intégral. La CSL se prononce contre toute extériorisation des soins qui seraient dispensés selon une logique de marché. Ceci veut dire également que les conditions de travail des salariés doivent être respectées.

Le modèle de budgétisation doit toutefois être adapté aux soins ambulatoires étant donné que le PRN implique une dotation en personnel insuffisante dans l'ambulatoire.

De tout ce qui précède résulte la conclusion que le virage ambulatoire ne conduit pas nécessairement à une diminution des coûts de la santé. En effet, ceci ne doit pas être son objectif. La CSL peut accompagner le développement des traitements ambulatoires uniquement dans le cas où il a pour conséquence une amélioration de la situation du patient et garantit le respect des conditions de travail des salariés. »

81. Dans son avis du 16 novembre 2016 concernant le projet de loi no 7056 relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, la CSL a abondé dans le même sens en disposant dans les termes qui suivent :

« Un virage ambulatoire au détriment de la santé du patient !

La CSL est consciente qu'en raison du progrès des technologies et de la médecine, la déshospitalisation peut être bénéfique pour le patient. Néanmoins s'agit-il encore de savoir dans quelles disciplines, pathologies ou traitements un tel virage ambulatoire est médicalement réaliste et compatible avec la qualité des soins.

Même en présence de la carte sanitaire, la CSL ne peut toujours pas vérifier si l'équation « augmentation démographique + vieillissement de la population + augmentation du nombre de séjours hospitaliers + virage ambulatoire = diminution de la durée moyenne de séjour hospitalière » est juste.

Au vu de cette équation, une diminution de la durée moyenne de séjour hospitalière ne peut être réalisée que si une majorité de traitements et d'opérations ont lieu dans l'hospitalisation de jour. Or le projet de loi n'en souffle mot, l'expression « virage ambulatoire » n'apparaît pas une fois dans les articles du projet de loi.

Aussi la CSL se doit-elle de constater qu'il n'existe pas de taux de conversion de lits aigus en lits de jour dans le cadre du virage ambulatoire de sorte qu'il est impossible de savoir si la déshospitalisation de certaines interventions médicales va réussir rien que pour des raisons matérielles. Le succès du virage ambulatoire correspond plutôt à une devinette qu'à un projet bien défini dont on peut retracer son bien-fondé.

Si l'on se réfère aux exemples de la carte sanitaire concernant certaines chirurgies de jour, comme les opérations de la cataracte ou les ablations des amygdales (figures 43 et 44 à la page 118), la CSL a plutôt tendance à constater que le virage ambulatoire est un instrument incontournable pour réduire les dépenses des budgets des hôpitaux, voire pour augmenter les recettes des médecins en libérant plus rapidement les lits hospitaliers, sans pour autant que la qualité de la médecine soit garantie. Par ailleurs la CSL tient à considérer que même si le virage ambulatoire est justifié pour des raisons médicales, quod est demonstrandum, il est indispensable de tenir compte de l'état de santé individuel du patient ainsi que de son environnement familial pour décider de le renvoyer chez soi ou au contraire de le garder à l'hôpital et non

pas d'agir par dispositions générales et abstraites.

Finally la CSL tient à souligner que même si le virage ambulatoire peut être réalisé en assurant la qualité de la médecine, il n'en reste pas moins que la question de l'encadrement ambulatoire des patients à domicile reste non résolue.

Une telle externalisation des soins de santé présuppose par conséquent le développement de structures permettant d'encadrer les patients en dehors du milieu stationnaire. Or, force est de constater que les structures actuelles comme les réseaux d'aide et de soins à domicile sont au bout de leurs moyens pour prendre en charge l'encadrement postopératoire des patients et le présent plan hospitalier ne prévoit rien pour garantir la prise en charge de ces prestations. La CSL tient également à préciser que de nouvelles pathologies comme la physiopathologie du délirium postopératoire affectant des personnes plus âgées risquent davantage de compliquer la prise en charge en milieu extrahospitalier. Il incomberait par conséquent aux hôpitaux de garantir que leur propre personnel assure l'encadrement et la dispense des prestations qui s'imposent pour les patients à domicile. Force est toutefois de constater que le projet de loi est muet à ce sujet. Aussi la CSL tient-elle à considérer que le passage d'un traitement stationnaire à un traitement ambulatoire a comme conséquence que la prise en charge intégrale par la CNS dans le milieu hospitalier sera réduite en milieu extra-hospitalier du fait de la participation financière que l'assuré doit payer.

Finally, la CSL tient à insister que pour autant qu'elle soit compatible avec le maintien de la qualité de la médecine, la chirurgie ambulatoire se réalise dans le milieu hospitalier à l'exclusion de tout autre endroit et afin d'empêcher un transfert de prestations médicales vers des cabinets médicaux, renvoie à ce sujet au règlement grand-ducal du 17 juin 1993 qui fixe la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical. »

82. Compte tenu des développements qui précèdent, le virage ambulatoire constitue jusqu'à ce jour une boîte vide, sans contenu, qui sous le prétexte qu'une déshospitalisation de certains services et soins médicaux réduirait les dépenses des budgets hospitaliers et contribuerait à une meilleure qualité des soins, a pour seule finalité de satisfaire la cupidité des médecins libéraux et leur business au détriment d'un service universel de soins de santé et de son financement.

VII.6. Quel sort sera réservé à toutes les autres professions de santé dans l'hypothèse d'une externalisation de soins de santé hospitaliers et d'équipements médicaux ?

83. L'externalisation/la déshospitalisation de certains soins de santé et d'équipements médicaux entraînera au moins trois conséquences néfastes :

- **d'abord, malgré une pénurie de main-d'œuvre d'ores et déjà existante (devenue encore plus ostensible avec la crise COVID-19), une réduction supplémentaire du personnel existant dans les hôpitaux;**
- **puis, le risque que les salariés qui jusque-là ont travaillé dans les hôpitaux sont obligés de changer dans des cabinets médicaux et risquent conformément au point 29 ci-avant de ne plus tomber sous le champ d'application de la convention collective de travail des salariés occupés dans les hôpitaux et par là, le danger que du fait d'un nivellement vers le bas des conditions de travail et de rémunération des salariés travaillant dans les cabinets médicaux la convention collective dans le secteur hospitalier risquera à son tour d'être supprimée. Afin d'éviter un tel scénario, la CSL plaide pour l'extension de la convention collective FHL au secteur extrahospitalier.**
- **finally, la pénurie de main-d'œuvre dans les hôpitaux qui risque de mettre en question la dispense des premiers soins en cas d'urgence, comme nous le vivons actuellement, en cas de pandémie de sorte que l'intégralité de notre système de santé basé sur une couverture universelle de la population, sur le libre choix du prestataire par le patient et l'accès direct au médecin spécialiste, sur la planification du secteur hospitalier et l'équité de traitement des assurés, d'une part et des médecins, d'autre part est mis en question.**

84. L'impact de la création voire de l'extension d'un secteur de soins de santé parallèle au secteur hospitalier et à la planification et au financement de ce dernier ainsi que les

conséquences y relatives sur la prise en charge des prestations de soins de santé tant hospitalières qu'extrahospitalières ne sont nullement analysés dans le présent projet de loi.

VIII. Une externalisation des soins de santé du milieu hospitalier vers le milieu extrahospitalier ne peut se faire que sous la responsabilité et la gestion des établissements hospitaliers

85. Pour autant qu'il existe des raisons dans l'intérêt des patients au vu d'une carte sanitaire qui se limite actuellement au seul secteur hospitalier sans prendre en considération le secteur extrahospitalier afin de permettre ainsi de déterminer les besoins réels en équipements hospitaliers et extrahospitaliers ainsi que la répartition géographique d'éventuels centres médicaux (quod est demonstrandum) et pour autant que la multidisciplinarité des hôpitaux ne soit pas mise en cause, une externalisation/déconcentration de services médicaux du milieu hospitalier vers le milieu extrahospitalier ne peut avoir lieu que si ces derniers restent sous la responsabilité et la gestion des quatre centres hospitaliers qui existent dans notre pays. Dans ce contexte comme déjà évoqué ci-avant, la salarisation des médecins serait le meilleur moyen pour assurer, d'une part, un bon fonctionnement et une organisation efficiente entre les établissements hospitaliers et les centres médicaux externalisés et d'autre part pour offrir aux médecins et autres professionnels de santé des conditions de travail et de rémunération attractives en harmonie avec leur vie privée.

86. En guise de conclusion, la CSL est d'avis que le système actuel de santé publique nécessite d'être développé encore davantage compte tenu de la pandémie Covid-19 que nous vivons actuellement tant en ce qui concerne les infrastructures hospitalières que les différentes professions y exercées. La dernière carte sanitaire qui a servi de base pour la loi du 8 mars 2018 sur la planification hospitalière a prévu des réductions de lits dans un certain nombre d'hôpitaux et par là-même, indirectement une réduction de postes d'emploi sur base de statistiques très douteuses et non vérifiables. La crise sanitaire actuelle qui sévit actuellement a mené notre système de santé au bout du gouffre. Il s'en est fallu de peu ! Les médecins et professionnels de santé sont au bout physiquement et psychologiquement et d'aucuns ont même l'intention de changer définitivement de profession. Qu'à l'heure actuelle, le gouvernement avec l'appui de la médecine libérale et des cabinets d'avocats huppés essaie encore davantage de démonter le système hospitalier des soins de santé avec l'introduction du présent avant-projet de loi est une audace sans précédents pour quiconque travaille dans ce secteur et pour quiconque est tributaire des soins y dispensés.

87. Une séparation stricte entre soins hospitaliers et soins extrahospitaliers n'a pas de raison d'être. Tout au plus est-il loisible de discuter sur une déconcentration de soins de santé des établissements hospitaliers vers des antennes de ces derniers pour autant que celles-ci restent sous la gestion et la responsabilité des premiers. Soulignons que tous les intérêts doivent tourner autour de la sauvegarde et de la multidisciplinarité des soins dans les infrastructures hospitalières lesquelles constituent le principal du système de santé publique. La question de savoir si des soins peuvent être dispensés en dehors de ces structures est une question accessoire qui doit être appréciée en fonction de la fonctionnalité et de l'opérabilité du système hospitalier. La CSL aimerait porter l'attention sur des pays comme l'Allemagne qui au cours des dernières années a privatisé de façon effrénée la majeure partie des hôpitaux avec une réduction massive de personnel avec comme conséquence le collapsus en cette période aiguë de crise avec des milliers de victimes.

88. Le bon sens exige de retirer *hic et nunc* le présent projet de loi pour les raisons susmentionnées. Par ailleurs, la CSL aimerait souligner que le présent avant-projet de loi est en contradiction avec bon nombre de dispositions de la loi du 8 mars 2018 précitée. Ainsi le contrat d'agrément individuel du médecin avec l'hôpital n'aurait plus de raison d'être et serait, le cas échéant, remplacé par un contrat de sous-traitance liant l'hôpital aux sociétés de médecins et de professionnels de santé lequel n'est cependant pas prévu par la loi précitée. Ainsi l'hôpital serait susceptible de regrouper une seule profession sous trois statuts différents : salariés, indépendants individuels et sociétés. Un tel scénario est nullement dans l'intérêt du patient et d'une bonne gestion d'un hôpital financé par des deniers publics.

89. Avant toute autre progrès en cause, la CSL estime qu'une discussion approfondie sur l'orientation et la finalité de notre système de santé publique s'impose.

En raison de toutes les observations formulées ci-avant, la CSL est au regret de vous informer qu'elle marque son désaccord avec le présent avant-projet de loi.

Luxembourg, le 15 décembre 2021

Pour la Chambre des salariés,



Sylvain HOFFMANN
Directeur



Nora BACK
Présidente

L'avis a été adopté à l'unanimité.