



CHAMBRE DES SALAIRES
LUXEMBOURG

05 mars 2015

AVIS II/10/2015

relatif au projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

..... AVIS

Par lettre en date du 12 février 2015, Madame Lydia MUTSCH, ministre de la Santé, a soumis pour avis à la Chambre des salariés le projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

1. L'objet du projet de règlement grand-ducal

1. La loi du 17 décembre 2010, portant réforme du système de soins de santé, a modifié le fondement légal du règlement grand-ducal visant à établir un plan hospitalier, à savoir l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

1bis. La loi de 2010 a introduit une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier qui doit aller de pair avec une planification pluriannuelle des infrastructures hospitalières. Un des principaux instruments de la planification hospitalière est le plan hospitalier. Après ceux de 2001 et de 2009, le projet de règlement vient établir le troisième plan hospitalier.

1ter. Tout d'abord, la CSL est d'avis que le plan hospitalier devrait faire partie intégrante de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers plutôt que de faire l'objet d'un règlement grand-ducal échappant au vote du Parlement, ceci d'autant plus que le plan hospitalier est une composante importante de notre politique nationale de santé et est financé jusqu'à concurrence de 80% par l'Etat. Par ailleurs, elle préconise une révision en profondeur de la loi modifiée du 28 août 1998 précitée alors que le plan hospitalier est clairement limité dans son étendue par l'article 2 et ne peut, de ce fait, pas créer les instruments de pilotage et de gouvernance nécessaires pour l'ensemble du secteur hospitalier.

1quater. Ensuite, la CSL critique l'absence de chiffres actualisés et vérifiables dans le projet de règlement grand-ducal. Force est de constater que dans le cadre du présent plan hospitalier, les chiffres les plus récents ne vont pas au-delà de l'année 2010 de sorte qu'il existe un décalage entre la mise en vigueur du prochain plan hospitalier et les chiffres servant de base à sa réalisation.

2. Le contenu du projet

2.1. La typologie et la réduction du nombre de lits (article 1^{er} et annexe 2)

2. L'article 1^{er} énumère les différents types de lits, dont le nombre maximal est fixé pour chaque établissement hospitalier à l'annexe 2 du projet de règlement. Un nouveau type de lits est défini au dernier alinéa point c), à savoir les lits d'hospitalisation de longue durée.

2bis. Les définitions des lits aigus, lits de moyen séjour et lits de convalescence restent inchangées par rapport à celles de l'article 2 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009. Il en est de même pour la notion d'emplacement, sauf que la liste des activités médicales liées à ces emplacements a été complétée. Les lits de soins intensifs font partie du contingent de lits aigus.

2ter. La notion de lits de rééducation et de réhabilitation s'inspire de la définition mentionnée à l'article 2, point c) du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier national. Le tableau 3) b) de l'annexe 2, dédiée aux nombres et types de lits de moyen séjour ainsi qu'aux lits d'hospitalisation de longue durée, s'inspire également de l'annexe III de ce règlement grand-ducal.

2quater. Afin de déterminer les besoins sanitaires nationaux, la ministre de la Santé a mis en place et dirigé un groupe de travail pluridisciplinaire composé de représentants du Ministère de la Santé et de la Direction de la Santé. Une concertation a également eu lieu avec le ministre de la Sécurité sociale. La ministre de la Santé a également eu des entrevues avec les représentants des directions de tous les établissements hospitaliers. Par ailleurs, le ministre de la Santé précédent avait chargé un bureau d'experts suisses *Lenz Beratungen und Dienstleistungen* de procéder à une analyse globale des soins de santé en milieu hospitalier à l'horizon de l'année 2020. Le rapport de ces experts suisses (Rapport Lenz) a été finalisé en décembre 2012.

2quinquies. Selon les auteurs, le rapport Lenz conclut que le nombre de lits aigus prévu au plan hospitalier 2009 (2.282 lits aigus) est suffisant, voire même excédentaire de quelque 300 lits, pour répondre aux besoins des patients hospitaliers au Luxembourg jusqu'en 2020. Ainsi, pour les experts suisses, il n'y a pas lieu d'augmenter le nombre de lits. En effet, ils estiment qu'il y a une certaine surcapacité du nombre de lits aigus alors même qu'il y aura dans les prochaines années une augmentation des cas d'hospitalisation due à un accroissement et un vieillissement de la population résidente mais que, parallèlement, la durée moyenne de séjour hospitalier sera raccourcie et un certain nombre de prises en charge actuellement prestées en milieu stationnaire, mais de court séjour (2-3 jours), pourront et devront, se faire en milieu ambulatoire grâce aux progrès de la médecine ainsi qu'aux développements techniques dans le domaine médical.

2sexies. La diminution du nombre de lits aigus se fera progressivement depuis l'entrée en vigueur du projet de règlement grand-ducal jusqu'à la date du 1^{er} janvier 2017.

2septies. L'annexe 2 du projet de loi prévoit notamment une réduction du nombre maximal de lits aigus à 2.071 unités, soit une diminution de 93 lits (-4,30%), par rapport aux 2.164 lits affectés dans les hôpitaux, au 1^{er} janvier 2014. Cette diminution se répartit comme suit: 20 de moins pour le Centre hospitalier de Luxembourg, 31 de moins pour les Hôpitaux Robert Schuman, 20 de moins pour le Centre hospitalier Émile Mayrisch et 22 de moins pour le Centre hospitalier du Nord. À titre de comparaison avec le plan hospitalier de 2009 qui prévoyait un maximum de 2.282 lits, cela fait une différence de 211 unités (-9,25%).

2octies. La CSL tient à réitérer sa critique initiale selon laquelle il existe un décalage entre la mise en vigueur du troisième plan hospitalier et les chiffres invoqués à l'appui de sa réalisation lesquels ne vont pas au-delà de l'année 2010 de sorte qu'on fait abstraction de l'évolution de la situation allant de 2011 à 2014. Aussi le constat des experts du rapport Lenz laisse-t-il notre chambre perplexe lorsque ceux-ci « *estiment qu'il y a une certaine surcapacité du nombre de lits aigus alors même qu'il y aura dans les prochaines années une augmentation des cas d'hospitalisation due à un accroissement et un vieillissement de la population résidente mais que, parallèlement, la durée moyenne de séjour hospitalier sera raccourcie et un certain nombre de prises en charge actuellement prestées en milieu stationnaire, mais de court séjour (2-3 jours), pourront et devront, se faire en milieu ambulatoire grâce aux progrès de la médecine ainsi qu'aux développements techniques dans le domaine médical* ».

Prétendre avoir une surcapacité du nombre de lits aigus, tout en avouant un besoin croissant de tels lits à l'avenir en raison d'un accroissement et d'un vieillissement de la population résidente sans produire des chiffres actualisés établissant un lien de cause à effet n'est pas seulement un non-sens en soi, mais également un non-sens par rapport au constat des mêmes experts, qui reste à prouver, à savoir que la durée moyenne de séjour hospitalier sera raccourcie et le virage ambulatoire développé davantage.

2nonies. La CSL est d'avis qu' en tout état de cause, une réduction du nombre de lits aigus ne peut se faire que si cela est justifié d'un point de vue médical quod est demonstrandum. En effet, la politique visant à vouloir réaliser, à tout prix, des économies budgétaires ne doit pas mettre en danger la santé de nos concitoyens, ni la qualité du service rendu. Elle ne doit pas non plus avoir pour conséquence une éventuelle réduction du personnel travaillant dans le secteur de la santé,

et encore moins déboucher sur des licenciements, alors que dans les années à venir le pays connaîtra une forte augmentation de sa population âgée. Or ceci risque d'être le cas plus concrètement pour tout le personnel de la Clinique Ste Marie – non seulement le personnel médical et paramédical, mais également tout le personnel administratif et d'entretien - dont l'autorisation d'exploitation expirera le 31 décembre 2019. La CSL, toute considération étant égale par ailleurs, ne saura accepter une fermeture ou un changement d'affectation de l'établissement sans qu'au préalable soit réglée la question de la reprise de l'intégralité du personnel.

2decies. Cette réduction du nombre de lits est encore moins compréhensible si l'on tient également compte du fait qu'une mobilité des patients depuis l'étranger vers une autre région hospitalière comme le Luxembourg peut entraîner une modification notable du flux des patients, compromettant l'accessibilité ou la qualité des soins dans cette région. Cette éventualité n'est pas prévue par le projet de règlement grand-ducal.

2undecies. L'exposé des motifs avance que le nombre total de lits hospitaliers au Luxembourg n'est que de 5,4/1.000 habitants en 2010, comparé à 6,4 en France et en Belgique et 8,2 en Allemagne. Sans préjudice quant à la signification d'un tel chiffre, la CSL se doit de constater que cette proportion de 5,4 lits par 1.000 habitants ne semble pas excessive, au contraire. En effet, le bien-être des patients doit être au centre de la politique de santé. Ceci implique que des listes d'attente pour être admis à l'hôpital et un surpeuplement des unités de soins ne peuvent en aucun cas être tolérés. Une telle situation pourrait toutefois se produire à l'avenir si l'on tient compte des fermetures récentes ou probables de certains hôpitaux dans la Grande Région (notamment en Lorraine et à Arlon) dont les patients qui, pour une bonne partie, travaillent au Luxembourg vont essayer de se faire soigner dans ce dernier.

2duodecies. Pour le surplus, une telle réduction du nombre de lits n'est pas non plus compatible avec les unités de psychiatrie qui sont déjà fortement sollicitées avec des taux d'occupation très élevés et des durées de séjour relativement longues. Ce type d'unités devrait bénéficier d'une attention spéciale. Si, comme il est fort probable, les problèmes psychiatriques continuent d'augmenter, une hausse du nombre de lits peut s'avérer nécessaire. Dans ce contexte, il est à craindre que le traitement ambulatoire ne soit l'unique réponse pour faire face à un éventuel manque de lits,.

2terdecies. Même si ce phénomène ne préjuge pas d'un éventuel besoin d'hospitalisation, il est tout de même utile d'avoir à l'esprit que, pour ce qui est de l'évolution du poids des différentes maladies dans les jours d'absence au travail, il est indéniable que les maladies psychiques, donc les pathologies liées au stress, prennent de plus en plus d'ampleur. La part des dépressions et autres pathologies liées au stress dans le nombre de jours d'absences de longue durée augmente de plus en plus au Luxembourg. Ainsi, selon les chiffres de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), cette proportion est passée de 17% en 2008 à 23,9% en 2013, soit une augmentation de plus de 40%¹.

2quaterdecies. Par ailleurs, la planification hospitalière ne doit pas se limiter au seul nombre de lits, mais doit prendre également en considération d'autres indicateurs. Il existe par exemple un ensemble d'infrastructures qui génèrent également des coûts, sans nécessairement être liés aux lits. Une meilleure planification implique aussi une meilleure utilisation dans le temps et l'espace des établissements et équipements en étendant les horaires d'utilisation de ces derniers, tout en respectant évidemment la qualité de vie des patients. Elle présuppose également un effort de l'ensemble des hôpitaux pour mutualiser davantage leurs laboratoires et leurs achats communs d'équipements médicaux et de médicaments en vue de réduire leurs dépenses.

¹ Thierry Mazoyer, «L'absentéisme pour cause de maladie en 2013», *Aperçus*, numéro 3, juillet 2014, Inspection générale de la Sécurité sociale, Luxembourg, 8 p.

2quindecies. La CSL se doit encore de critiquer la façon de procéder du Gouvernement consistant à établir un plan hospitalier sans prendre en considération les acteurs et les infrastructures hospitalières de la Grande Région. Dans un but d'une meilleure qualité des prestations de soins de santé hospitalières et d'une meilleure gestion des dépenses en vertu du principe de « l'utile et du nécessaire », l'élaboration d'un plan hospitalier devrait se faire de concert avec les autorités publiques de la Grande Région.

2sexdecies. Finalement, la CSL se doit de constater qu'un des obstacles majeurs pour une meilleure planification hospitalière, à savoir la médecine libérale, n'est pas non plus abordé.

Force est de constater que tant le personnel salarié des hôpitaux que les patients sont entièrement tributaires du bon vouloir des médecins qui dictent à leur guise le rythme au sein des hôpitaux. Ceci n'a pas seulement pour conséquence une perturbation de l'organisation du travail au détriment du personnel salarié lié par la législation du droit du travail et les conventions collectives, mais met également en danger la santé des patients alors que les hôpitaux n'ont aucun pouvoir d'injonction à l'égard de la médecine libérale.

Par contre, si les médecins étaient des employés de l'hôpital, une meilleure coordination entre activités régulières et médecine d'urgence, une planification raisonnée des capacités en lits, l'observation des règles élémentaires de fonctionnement et des formes d'organisation temporaires deviendraient alors possibles. Voilà pourquoi la CSL préconise que la politique et les responsables du secteur hospitalier envisagent d'encourager et d'étendre le système du «médecin-salarié». Ceci aurait également un effet bénéfique sur les dépenses hospitalières dans la mesure où cesseraient la tarification à l'acte et, par là, l'intérêt purement financier des médecins à multiplier les actes médicaux et *ergo* la pratique de la surenchère de l'offre entre établissements hospitaliers laquelle, jusqu'à présent, a attisé plutôt une concurrence malsaine qu'une collaboration fructueuse et dynamique au bénéfice du patient. L'acquisition unilatérale par l'Hôpital du Kirchberg et sans l'accord de la CNS du robot chirurgical da Vinci prisé pour les opérations à la prostate est un bon exemple de cette surenchère de l'offre où l'amortissement de cet appareil et l'avidité de médecins-spécialistes affluant souvent des quatre coins de la Grande Région en vue d'augmenter leurs revenus personnels risquent de primer sur la question de la nécessité pour le patient de savoir si l'opération est indispensable ou non.

2.2. L'avis du collège médical et de la Commission permanente (article 2)

3. L'alinéa 2 de l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose qu'un «plan hospitalier national répondant tant aux besoins sanitaires du pays, qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, en coordination avec les autres prestataires de soins de santé, sera établi par règlement grand-ducal, le collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis, et sur la base des données à fournir par la carte sanitaire du Grand-Duché».

3bis. La CSL réitère sa remarque initiale en vertu de laquelle le plan hospitalier, en raison de son importance dans la politique nationale de santé, devrait faire partie intégrante de la loi modifiée du 28 août 1999 sur les établissements hospitaliers laquelle nécessiterait, au préalable, une réforme de fond en comble.

2.3. L'établissement hospitalier spécialisé de soins aigus (article 5)

4. La CSL soulève un problème de compréhension à l'article 5 du projet de règlement qui dispose notamment qu'«aucune autorisation d'exploitation pour un établissement hospitalier spécialisé de soins aigus ne peut être délivrée ou prolongée pour une période dépassant le 31 décembre

2016 à condition que le centre de compétences au point b), respectivement au point f) de l'article 9 soit réalisé».

4bis. Que veut dire ce passage? Cela veut-il dire que si l'Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle (INCCI) et le Centre national de radiothérapie François Baclesse (CFB) visés par les points b) et f) de l'article 9 sont déclarés, à la demande de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL), centres de compétences, conformément à l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, d'ici le 31 décembre 2016, d'autres autorisations d'exploitation pour un établissement hospitalier de soins aigus peuvent être délivrées ou prolongées?

4ter. Ou bien veut-on dire par là que si les centres de compétences au point b) de l'article 9 «cancer du sein et certains autres cancers intégrant le service de radiothérapie (2)» et au point f) de l'article 9 «problèmes cardiaques de nature à nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, intégrant les services de chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle (1)» ne sont pas réalisés d'ici la fin 2018, d'autres établissements hospitaliers spécialisés peuvent, par le biais de la FHL, demander une autorisation pour un projet de centre de compétences?

4quater. En tout état de cause, il conviendrait de corriger l'usage peu correct, dans la langue française, du terme «respectivement». Ce terme n'est pas utilisé à bon escient et amène une confusion quant à sa signification. Selon le sens donné à la phrase, ce terme devrait être remplacé soit par le terme «ou», soit par le terme «et». En effet, le choix d'un de ces deux termes permettrait de corriger l'usage incorrect du terme initial et de lever l'ambiguïté concernant sa signification.

2.4. Les centres de compétences (article 9)

5. Sur base de l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, des centres de compétences pourront être créés afin d'assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants :

- accidents vasculaires cérébraux (1) ;
- cancer du sein et certains autres cancers intégrant le service de radiothérapie (2) ;
- affections rachidiennes à traitement chirurgical (1) ;
- diabète de l'adulte et de l'enfant (2) ;
- obésité morbide (1) ;
- problèmes cardiaques de nature à nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, intégrant les services de chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle (1) ;
- immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1) ;
- maladies psychosomatiques (1).

5bis. Force est toutefois de constater que tant le texte que l'exposé des motifs du projet de règlement grand-ducal restent muets sur le nombre de demandes d'autorisation potentielles qui seront éventuellement introduites par la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) de sorte que l'on ignore si un jour l'article 9 trouvera application. En raison du patriarcalisme et de la surenchère de l'offre qui règnent au niveau de chaque établissement hospitalier, la CSL craint que la réalisation de centres de compétences ne risque de rester illusoire alors qu'il est peu probable qu'au niveau de la FHL on arrive à un consensus pour introduire de telles demandes.

5ter. Par ailleurs, la CSL craint sérieusement que même dans l'hypothèse où une demande par la FDL serait introduite auprès de la ministre de la Santé et autorisée par celle-ci, les services d'urgence ne soient plus assurés en fonction des besoins sanitaires du pays et risquent encore davantage d'aggraver le déséquilibre actuel existant entre régions en ce qui concerne l'accès universel des patients aux services d'urgence et le maintien de la qualité des prestations hospitalières.

5quater. Finalement, la CSL tient à signaler que l'autorisation par la ministre de la Santé d'instaurer des centres de compétences risque de nouveau de mettre en question la dotation maximale en lits telle qu'elle est actuellement prévue à l'annexe 2 du présent projet de règlement grand-ducal.

2.5. La limitation des autorisations de création et d'extension d'établissements hospitaliers ainsi que la planification des besoins (articles 10 et 14)

6. S'inspirant de l'article 12 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009, le projet de règlement grand-ducal limite les autorisations de création et d'extension d'établissements hospitaliers aux projets de modernisation, d'extension ou de mise en sécurité de structures existantes, aux projets de nouvelles constructions en rapport avec des synergies et coopérations dans le cadre du plan hospitalier et aux réaménagements favorisant l'hospitalisation de jour et la prise en charge ambulatoire.

6bis. Dès lors, aucune création d'un nouvel établissement hospitalier ne sera autorisée sauf ceux prévus par la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'État à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers ou par toute autre loi autorisant le financement d'un nouvel établissement hospitalier.

6ter. Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service médical de la même nature et sur un site unique, sauf pour les établissements multi-sites pour lesquels une antenne d'un service peut être autorisée sur un autre site que celui qui héberge le service principal.

6quater. La CSL tient à rappeler que cette limitation des autorisations ne doit pas être guidée uniquement par le souci d'épargner de l'argent et, surtout, elle ne doit mettre aucunement en péril l'accès rapide et facile de la population aux infrastructures de soins, au risque de créer un vide médical dans certaines régions du pays.

2.6. Les soins ambulatoires et l'hospitalisation de jour (articles 11 et 12)

7. La carte sanitaire, le Rapport Lenz et les discussions entre experts qui ont participé aux travaux d'élaboration du projet de règlement grand-ducal ont conclu que certaines pathologies devraient plutôt bénéficier d'une prise en charge hospitalière ambulatoire au lieu d'une prise en charge en milieu stationnaire. Les auteurs du projet ont souhaité accentuer ce virage ambulatoire en milieu hospitalier en réduisant légèrement et progressivement le nombre des lits stationnaires jusqu'au 1^{er} janvier 2017 afin que les établissements hospitaliers entament dans les prochaines années la conversion d'un certain nombre de lits aigus en emplacements dédiés à une prise en charge ambulatoire.

7bis. Dans le même ordre d'idées, le projet de règlement vise à définir pour la première fois des services d'hospitalisation de jour (annexe 5) et d'en indiquer le nombre maximal autorisable au niveau national (annexe 3). Le commentaire des articles ajoute que, pour que ce virage ambulatoire sorte ses pleins effets, il devra s'accompagner d'incitatifs au niveau de la nomenclature des actes médicaux afin de favoriser une prise en charge ambulatoire de certaines pathologies.

7ter. En outre, le projet prévoit que le ministre de la Santé peut autoriser la réduction de la dotation en lits aigus attribués à un établissement hospitalier par conversion en emplacements affectés à une prise en charge ambulatoire. La réaffectation de ces lits aigus se fait sur base d'une demande motivée des établissements hospitaliers visés, qui est accordée par le ministre sans préjudice de l'autorisation de création ou d'extension du service afférent. Le ministre peut aussi autoriser la réduction de lits par conversion de chambres à deux lits en chambres à lit unique, ne donnant droit à aucun supplément

première classe des honoraires médicaux. La Commission permanente pour le secteur hospitalier est demandée en son avis avant toute demande de conversion de lits aigus en emplacements.

7quater. L'exposé des motifs argue que «le taux d'interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation de jour reste au Luxembourg (avec une croissance annuelle très modérée de 7,3% durant la dernière décennie) largement inférieur à celui des pays voisins: en 2010, seulement 49% des chirurgies pour cataracte y étaient réalisées en chirurgie de jour, contre 80,1% en France et 93,4% en Belgique». L'exposé poursuit en disant que «le nombre de séjours hospitaliers aigus a décliné de près de 20% durant la dernière décennie au Luxembourg (contrairement aux autres pays européens) et se situe en 2010 à 15,6 séjours/100 personnes, contre 16,4 séjours en Belgique, 18,1 séjours en France et 22 séjours en Allemagne».

7quinquies. Or, la CSL se doit de constater qu'il lui est impossible de connaître les raisons de ces chiffres plus bas au Luxembourg. La seule mention de quelques statistiques ne saurait se substituer à une explication argumentée.

7sexies. Pour reprendre l'exemple des chirurgies pour cataracte réalisées en chirurgie de jour au Luxembourg, la CSL se pose la question de savoir pourquoi ce taux est si bas comparé à certains pays voisins. S'explique-t-il par le fait que beaucoup de patients ont préféré se soumettre à une telle intervention à l'étranger (Bruxelles, Trèves, Nancy) et, dans l'affirmative, quelles en sont les raisons? Combien d'autorisations préalables ont été demandées par les assurés et accordées/refusées – et pour quels motifs – par le Contrôle médical de la sécurité sociale? Le taux si bas laisse-t-il sous-entendre que les opérations à la cataracte réalisées au Luxembourg sont majoritairement réalisées en séjour stationnaire et, dans l'affirmative, pour quelles raisons ?

7septies. Les mêmes questions se posent pour le taux des séjours hospitaliers aigus en décroissance au Luxembourg par rapport aux autres pays européens. Abstraction faite des raisons qui sont à la base de ce taux, ne faut-il pas davantage aborder la question de savoir s'il n'y a pas lieu de renoncer à certaines prestations/activités en milieu hospitalier sur le territoire du Grand-Duché, pour les transférer à des établissements hospitaliers de la Grande Région davantage spécialisés ou les assurer au Luxembourg avec la collaboration des médecins spécialisés des établissements hospitaliers de la Grande Région. Evidemment faudra-t-il dans le même d'ordre d'idées regarder avec les acteurs de la Grande Région quelles sont éventuellement les prestations de soins hospitalières qui pourraient être transférées au Luxembourg. D'où, encore une fois, l'intérêt d'élaborer un plan hospitalier de concert avec les autorités publiques de la Grande Région. La collaboration entre les établissements hospitaliers au Luxembourg et dans la Grande Région doit être fondée sur les prémisses de la qualité des prestations, de l'accès universel aux prestations et du financement, voire de la prise en charge de celles-ci.

7octies. La CSL ne saura accepter que dans le cadre des mesures de réduction des dépenses documentées d'ores et déjà dans la loi du 19 décembre 2014 concernant le budget des recettes et dépenses l'État pour 2015 une réduction de l'enveloppe budgétaire globale ainsi qu'une tarification future à l'acte en milieu hospitalier, mettant éventuellement en question le tiers payant, ne se fassent au détriment de la santé des patients et des conditions de travail des salariés travaillant œuvrant dans les établissements hospitaliers.

7nonies. La CSL ne saura pas non plus accepter une réduction du nombre de lits non justifiée par des considérations médicales laquelle risque d'avoir comme conséquence une augmentation du nombre de chambres individuelles en 1^{re} classe et mettre en péril l'accès universel des citoyens en milieu stationnaire.

Dans cet ordre d'idées, même la promesse du législateur de ne pas appliquer un supplément première classe des honoraires médicaux risque de rester lettre morte si l'on tient compte que, par le passé, les médecins ont toujours été épargnés par les mesures de réduction des dépenses

de l'assurance maladie, au détriment des assurés dont la prise en charge a été diminuée et/ou la participation augmentée.

Si une réduction de lits par conversion de chambres à deux lits en chambres à lit unique s'avérait justifiée, quod non, la CSL préférerait qu'en sus d'une telle faculté pour le ministre, la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes soit révisée afin de supprimer la majoration d'honoraires médicaux de 66% pour une hospitalisation en chambre première classe. Rappelons que cette majoration d'honoraires médicaux n'est pas remboursée par la Caisse.

7decies. La promotion des soins ambulatoires et de l'hospitalisation de jour doit uniquement se baser sur des arguments de santé publique, et non être la conséquence d'une politique axée uniquement sur la réduction des coûts. Notamment, face à un éventuel manque de lits dans les unités de psychiatrie, qui sont déjà fortement sollicitées avec des taux d'occupation très élevés et des durées de séjour relativement longues, le traitement ambulatoire ne doit pas constituer un pis-aller, faute de mieux. La CSL tient à préciser par ailleurs qu'un virage ambulatoire axé exclusivement sur une réduction des coûts n'est pas de nature à réduire les dépenses de l'assurance maladie à moyen et à long terme même si, dans un premier temps, les dépenses des hôpitaux sont réduites. Au contraire ! Une prise en charge médicale insuffisante en milieu hospitalier générée par un virage ambulatoire précipité et non réfléchi risque d'accroître les dépenses des prestations de soins en milieu extrahospitalier.

7undecies. En ce qui concerne les traitements ambulatoires, la CSL est d'avis qu'ils 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.

7duodecies. Une telle externalisation des soins de santé présuppose également 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.

7terdecies. Voilà pourquoi la CSL ne peut se prononcer pour le développement des traitements ambulatoires que s'il est soumis à la garantie d'une amélioration de la situation du patient et du respect des conditions de travail des salariés du secteur de la santé.

2.7. La planification des équipements et appareils (article 15)

8. Les équipements et appareils coûteux sont repris à l'annexe 4. Cette annexe fixe aussi le lieu d'installations, ainsi que, s'il y a lieu, les conditions particulières d'implantation et le nombre d'équipements susceptibles d'être autorisés au niveau national. Le choix des établissements hospitaliers dans lesquels peuvent être installés les équipements prévus se fait en fonction d'une activité correspondante adéquate, de la participation à un programme d'assurance qualité ainsi que de l'attribution des services dont ils relèvent, pour ce qui est des équipements uniques, et pour ce qui est des autres équipements, de la disponibilité d'autres équipements indispensables ou utiles au fonctionnement de l'équipement à installer. Au cas où plusieurs établissements ou services hospitaliers entreraient en ligne de compte, préférence sera donnée à l'établissement ou au service hospitalier répondant aux meilleurs critères de qualité.

8bis. La CSL se demande toutefois comment seront appréciés les critères de qualité. Le projet de loi n'apporte aucune précision sur ce sujet. Il aurait dû, à tout le moins, préciser quels sont ces critères.

2.8. Le Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières (article 16)

9. L'article 16 du projet de règlement traite notamment de la composition du Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.

9bis. Il serait utile de savoir qui décide de sa composition. Il en va de l'impartialité et de l'objectivité de ce Comité, destiné à assurer le bon fonctionnement interne d'un établissement et à assurer une bonne qualité des prestations y offertes.

9ter. Des réserves peuvent être émises en ce qui concerne l'impartialité et l'objectivité de ce Comité, alors qu'il est présidé par le directeur de l'établissement hospitalier et comprend un coordinateur qualité, qui est également désigné par l'établissement hospitalier, ainsi qu'un représentant du conseil médical. Si le directeur de l'établissement hospitalier peut désigner lui-même les deux autres membres, alors il y a de sérieux doutes que ce Comité puisse prendre des mesures et décisions en toute objectivité et impartialité, destinées à promouvoir notamment les droits des patients.

9quater. Il est également étonnant que pour les établissements hospitaliers ordinaires, ce Comité est obligé d'élaborer un rapport sur la qualité des prestations offertes dans l'établissement ainsi que sur la gestion de la qualité et des risques de l'établissement tous les ans, alors que pour les établissements hospitaliers qui comportent un service national, une telle obligation «d'évaluation» n'existe que tous les trois ans.

9quinquies. Si dans le cadre des établissements hospitaliers comportant un service national, le Comité peut s'adjoindre également les services d'un expert issu d'un centre de référence étranger ou des milieux scientifiques, force est cependant de constater que celui-ci n'a pas de pouvoir décisionnel par rapport aux membres composant le Comité, de sorte qu'une comparaison avec des structures similaires à l'étranger au niveau de la gestion/du fonctionnement ainsi que de la qualité des prestations semble compromise.

2.9. La Comité national de coordination (article 18)

10. Selon le règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier, le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières a été composé:

- d'un représentant du ministre ayant la Santé dans ses attributions et d'un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions;
- du directeur de la Santé ou de son représentant et d'un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie;
- de quatre représentants des établissements hospitaliers proposés par l'association la plus représentative de leurs intérêts, dont deux représentants des structures d'évaluation et d'assurance qualité mis en place en leur sein;

- de deux médecins agréés au sein d'un établissement hospitalier, désignés par l'organisme le plus représentatif des intérêts du corps médical

10bis. Dans le projet de règlement grand-ducal abrogeant le règlement grand-ducal du 13 mars 2009, la composition actuelle est complétée par un représentant défendant les intérêts des patients, suite à l'entrée en vigueur de la loi du 24 juillet 2014 sur les droits et obligations des patients, laquelle a modifié de nouveau la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, ainsi que par un représentant des professions de santé proposé par l'association la plus représentative des intérêts des établissements hospitaliers.

10ter. La CSL se doit toutefois de constater que parmi les missions du Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières, les intérêts du patient en ce qui concerne, par exemple, les informations sur ses droits et ses devoirs, les conditions générales de son séjour, le traitement des données à caractère personnel ainsi que la gestion du dossier du patient font totalement défaut alors qu'un représentant défendant les intérêts des patients est prévu dans la composition de ce comité.

10quater. La CSL estime par ailleurs qu'une telle mission devrait être prévue *expressis verbis* dans le but d'anticiper d'éventuelles plaintes de la part de patients et de servir de catalyseur ou d'antichambre pour l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier, pour le directeur de la Santé chargé de l'instruction des plaintes ou pour le service national d'information et de médiation santé.

En raison des remarques formulées ci-avant, la CSL a le regret de vous communiquer qu'elle marque son désaccord avec le projet de règlement grand-ducal et demande une remise à plat du plan hospitalier en incluant tous les acteurs impliqués.

Luxembourg, le 05 mars 2015

Pour la Chambre des salariés,



Norbert TREMUTH
Directeur



Jean-Claude REDING
Président

L'avis a été adopté à l'unanimité.