



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Courrier n°252956
Responsable: Pommerell Patricia
Auteur: LCGB

Envoyé au service Expédition le 19/04/2021 à 10h24

Prise de position du LCGB en vue du débat d'orientation portant sur les conclusions à retenir de la pandémie Covid-19 pour notre système de santé ainsi que sur la mise en oeuvre du « virage ambulatoire »

Destinataires

Direction et assistante de direction
Commission de la Santé et des Sports
Groupe d'envoi -Transmis à la Conférence des Présidents - (Groupes politiques et services de la CHD inclus)



Débat d'orientation portant sur les conclusions à retenir de la pandémie Covid-19 pour notre système de santé ainsi que sur la mise en œuvre du « virage ambulatoire »

QUESTIONNAIRE

1. Quelle est votre appréciation de la situation actuelle de la médecine ambulatoire ?

Force est de constater qu'il n'existe actuellement aucune définition légale de médecine ambulatoire. Ainsi, les discussions sur la médecine ambulatoire se réfèrent à tour de rôle au virage ambulatoire ou l'hospitalisation de jour (c.à.d. favoriser au sein de établissements hospitaliers une prise en charge ambulatoire au lieu d'une prise en charge stationnaire) respectivement les soins postopératoires en milieu extrahospitalier (usuellement à domicile) ou les soins ambulatoires qui peuvent être prestés de manière ambulante en-dehors d'un hôpital (cabinet médical ou cabinet de groupe, centre médical pluridisciplinaire ou maison médicale).

Ceci démontre qu'il nous faut de prime abord une définition cohérente de la médecine ambulatoire. Dans le sens strict du terme, la médecine ambulatoire couvre tous les soins qui ne nécessitent pas un traitement stationnaire au sein d'un hôpital. Les soins ambulatoires peuvent donc aussi bien se faire dans une structure hospitalière (hospitalisation de jour si nécessaire à redéfinir) que dans le secteur extrahospitalier (e.a. hospitalisation à domicile) et ce par de multiples professionnels de santé.

Outre la nécessité d'une définition claire et précise de la médecine ambulatoire, il convient également de développer un concept national global de prise en charge ambulatoire. Pour ce faire, il nous semble logique d'élargir le dispositif actuel de la carte sanitaire au-delà du secteur hospitalier pour englober également le secteur extrahospitalier et arriver ainsi à une seule carte sanitaire nationale permettant de mieux cadrer l'organisation de tous les acteurs de notre système de santé. Cette planification nationale doit se faire selon les principes d'un accès équitable de tous à des soins de qualité et de sécurité des patients.

2. Comment voyez-vous le rôle des maisons médicales, notamment en ce qui concerne :

- **les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les maisons médicales ;**
- **les relations entre les maisons médicales et les établissements hospitaliers ;**
- **les moyens en personnel ?**

De facto, les maisons médicales ont été mises en place afin d'assurer un service de remplacement des médecins généralistes pour les soins de nuits, les week-ends et les jours fériés. Leur mission principale consiste donc à assurer à tout moment une continuité des

soins en assurant un service de remplacement lorsque les cabinets médicaux sont fermés

Bien qu'elles offrent une permanence médicale, les maisons médicales ne sont pas des services d'urgence, mais font partie des acteurs dispensant des soins primaires. Pourtant, bon nombre de patients qui devraient en principe consulter une maison médicale, se rendent quand même aux urgences ce qui a engendré au cours des dernières années de situations régulières de congestion des urgences.

En ce qui concerne, les relations entre les maisons médicales et les établissements hospitaliers, il convient de souligner que la proximité actuelle entre les établissements hospitaliers et les maisons médicales doit être maintenue. Ceci permettrait à la fois d'assurer en cas de besoin une prise en charge directe par l'hôpital et à l'inverse de rediriger les assurés ne présentant aucune urgence médicale vers la maison médicale.

Cette complémentarité entre services hospitaliers et maisons médicales devrait notamment être renforcée en réfléchissant e.a. dans le cadre d'une nouvelle carte sanitaire nationale englobant à la fois les secteurs hospitaliers et extrahospitaliers sur les équipements techniques et les soins qui pourraient être spécifiquement assurés par les maisons médicales. Ainsi, il serait tout à fait imaginable de compléter les missions des maisons médicales par un volet « soins ambulants », mais sous réserve bien entendu que cette prise en charge soit complémentaire à celle offerte par d'autres acteurs du système de soins.

En toutes circonstances, le système de garde des maisons médicales doit être réévalué en fonction de l'évolution de l'offre de soins au Luxembourg.

3. Quelle est votre vision des centres médicaux pluridisciplinaires, notamment en ce qui concerne :

- **leur statut ;**
- **les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les centres médicaux pluridisciplinaires ;**
- **les relations entre ces centres médicaux, les équipes soignantes et les établissements hospitaliers pour différentes prestations ;**
- **les frais de passage pour le remboursement de certaines prestations ;**
- **le nouveau cadre légal pour les centres médicaux pluridisciplinaires ;**
- **leurs relations avec la Caisse nationale de santé et la nomenclature ;**
- **l'éventuel soutien public pour ces centres médicaux et leurs obligations éventuelles dans un tel contexte ?**

Ces dernières années, la discussion a d'abord porté sur l'implémentation d'un concept de cabinets de groupe régionaux et plus récemment sur la mise en place de centres médicaux pluridisciplinaires. En toutes circonstances, il s'agit de :

- mettre en place des structures extrahospitalière permettant de mieux cadrer les soins primaires et développer les soins ambulants en-dehors du secteur hospitalier ;
- élargir l'offre en soins en direction d'un accès plus étroit à des consultations et examens médicaux, notamment auprès de médecins spécialisés.

En tout premier lieu, la finalité de ces structures doit s'inscrire dans le cadre de la planification nationale que nous venons de décrire sous le point 1 et qui doit exclusivement viser une meilleure offre en soins primaires, que ce soit en termes d'accessibilité ou de qualité. Une adaptation du cadre légal respectivement la détermination du statut de ces structures respectivement leur forme d'organisation découlera forcément de la planification nationale retenue. Le principe du conventionnement obligatoire est à retenir à partir du moment où des équipements techniques (p.ex. imagerie médicale) sont exploités par ces

structures.

Si la finalité de ces structures serait celle de développer des centres de soins ambulants, dans ce cas précis il faut garantir l'extension du champ d'application de la convention collective de travail FHL aux salariés de ces structures. A cette fin, ces structures devraient soit être gérées directement par les établissements hospitaliers ou cogérées par les hôpitaux et les médecins exerçant dans ces structures.

Il nous semble cependant évident qu'au moins les critères de fonctionnement des structures doivent être clairement définis par le législateur : missions à assurer dans le cadre de la médecine primaire, nombre de docteurs (avec éventuellement leurs spécialisations), heures d'ouverture (avec obligation de plages de consultations sans rendez-vous), etc.

En ce qui concerne les incitatifs financiers, des primes d'installation pourraient rendre le métier de médecin indépendant plus attractif et surtout inciter les jeunes médecins diplômés de retourner ou s'installer après leurs études au Luxembourg. Un autre facteur d'attraction pourrait être le développement d'une médecine salariée à côté de l'exercice du métier en profession libérale. En effet, les jeunes générations de médecins sont surtout à la recherche de conditions de travail qui permettent un meilleur équilibre entre vie familiale et vie privée ainsi qu'un encadrement professionnel plus poussé (offre en formation, possibilité de carrières). Ils pourraient donc plutôt être tentés d'opter pour un statut de salarié au lieu d'un statut d'indépendant.

A sujet de la nomenclature et des tarifs des actes et services de ces structures, il y a lieu de se référer à celle actuellement en vigueur pour les médecins. Rien n'empêche de compléter la nomenclature existante pour renforcer les soins primaires ou implémenter une médecine ambulatoire. Il s'agit ici d'une adaptation qui devrait se faire naturellement en fonction des besoins de la population assurée et des progrès techniques en médecine.

En toutes circonstances, l'introduction d'un éventuel tarif complémentaire pour ces structures ne peut pas aller de pair avec une augmentation de la participation statutaire de l'assuré.

4. Quelle est votre appréciation du rôle du médecin généraliste et du médecin référent, notamment en ce qui concerne :

- **le renforcement de la médecine de première ligne ;**
- **la coopération du médecin généraliste avec certaines professions de santé ?**

Le renforcement de la médecine primaire s'impose dans une logique de développement d'un concept national de médecine préventive. Cette dernière se décline traditionnellement en :

- Prévention primaire : éventail de mesures visant éviter le développement de facteurs de risque et à encourager une hygiène de vie saine
- Prévention secondaire : détection précoce d'une maladie à un stade où elle est guérissable
- Prévention tertiaire : limitation de l'étendue ou / et de la gravité des conséquences d'une maladie ou d'une invalidité

Logiquement, la prévention primaire doit être assurée par les médecins généralistes (et d'autres acteurs comme l'enseignement ou les employeurs en ce qui concerne p.ex. la médecine scolaire et la santé au travail). La prévention secondaire revient plutôt aux médecins spécialisés (notamment par le biais des nombreux programmes de prévention qui doivent régulièrement être évalués quant à leur efficacité) alors que la prévention tertiaire relève du médecin référent.

Les collaborations déjà existantes entre les différents professionnels de santé doivent être recensées afin de les renforcer ou encourager les synergies. Afin de faciliter la prise en charge par plusieurs professionnels de santé et la coordination des soins dispensés, le dossier soins partagés (DSP) pourrait être un outil clé de mise en œuvre concrète, mais ceci présuppose que :

- 1) chaque assuré dispose d'un dossier actif (la plupart des dossiers sont actuellement dormants dans ce sens qu'ils ont été mis en place par l'agence eSanté, mais les assurés n'ont pas configuré leur accès) ;
- 2) le DSP devient en quelque sorte le dossier patient électronique unique qui regroupe toutes les informations médicales pertinentes des assurés.

En ce qui concerne spécifiquement le médecin référent, il faudrait réfléchir sur un recadrage de ses missions en vue d'un renforcement de la coordination médicale et d'une meilleure coordination des parcours de soins de patients atteints d'une maladie chronique ou dépendants. Une telle approche permettrait notamment de favoriser la prévention tertiaire.

Pour la prise en charge via le médecin référent, il serait intéressant de définir une liste de prestations à assurer pour éviter une détérioration de l'état de santé. La prise en charge devrait se faire selon une logique forfaitaire similaire à celle en vigueur pour l'assurance dépendance. Ceci aurait le double avantage d'une participation financière aussi basse que possible du patient tout en rendant l'exercice du médecin référent plus attractif que c'est actuellement le cas.

5. Quelle est votre vision de la télémédecine, notamment en ce qui concerne :

- **les principes de la téléconsultation et du programme ePrescription (possibilités, limites et responsabilités) ;**
- **le cadre légal de la télémédecine ;**
- **les responsabilités des différents acteurs (médecins, pharmaciens et infirmiers (de réseaux de soins)) et leurs relations ?**

L'expérience récente de la crise sanitaire en relation avec la téléconsultation (qui est un élément de la télémédecine) vient de démontrer qu'il s'agit d'un outil intéressant qui pourrait compléter utilement l'offre de consultations existantes sans qu'il doive remplacer ces dernières. Ainsi, les responsabilités actuelles des différents acteurs pour les consultations et soins « en présentiel » doivent entièrement rester applicables pour la télémédecine.

Force est cependant de constater que la télémédecine doit être cadrée par une base légale cohérente. En effet, un professionnel de santé étranger peut actuellement exercer via la télémédecine au Luxembourg sans devoir obtenir au préalable une autorisation d'exercer sur le territoire luxembourgeois. Alors qu'un professionnel de santé établi au Luxembourg doit se conformer aux dispositions législatives et réglementaires nationales, un professionnel étranger est uniquement tenu aux dispositions de son pays d'établissement. Ceci soulève plusieurs questions fondamentales, en l'occurrence sur la qualité du traitement réalisé à distance et le droit aux remboursements de soins prestés en télémédecine en dehors du Luxembourg.

Dans ce contexte, la digitalisation des différents documents médico-administratifs (honoraires médicaux, ordonnances médicales, certificats d'incapacité de maladie, etc.) ainsi que l'échange en ligne entre les différents acteurs (CNS, professionnels de santé, assurés, employeurs, etc.) constitue un volet important. Un passage trop rapide au « tout digital » n'est cependant pas à recommander.

6. Quelle est votre vision de l'hospitalisation à domicile, notamment en ce qui concerne :

- **l'identification des acteurs responsables ;**
- **le cadre légal de l'hospitalisation à domicile ;**
- **le rôle de l'hôpital dans le cadre de l'hospitalisation à domicile et le virage ambulatoire intra-hospitalier ;**
- **la définition des tâches et des responsabilités des différents acteurs et leurs relations ;**
- **le traitement des données médicales ;**
- **les modalités de remboursement par la Caisse nationale de santé et la nomenclature ;**
- **le rôle de l'hôpital du jour et de l'hôpital de suite dans l'organisation de la médecine ambulatoire ;**
- **le rôle des pharmacies dans l'organisation de la médecine ambulatoire ?**

L'hospitalisation à domicile est le corolaire du virage ambulatoire puisque certains traitements ne se feront plus en stationnaire, mais en ambulatoire avec des soins postopératoires à domicile.

En toutes circonstances, il faut d'abord déterminer les rôles et missions des structures hospitalières et extrahospitalières et leurs liens organisationnels afin de développer un concept cohérent d'hospitalisation à domicile.

Concrètement, une liste des soins ambulatoires doit être établie. Elle devrait avoir pour finalité de fournir un cadre aux prestations ambulatoires, mais également permettre une tarification et un remboursement adéquats respectivement un contrôle qualité afin de garantir la sécurité des patients. Dans cette liste, il convient aussi de déterminer sous quelle forme ambulante les soins peuvent ou doivent être dispensés (traitement ambulatoire dans le secteur hospitalier ou extrahospitalier avec soins postopératoires ou non à domicile).

Cette liste doit être utilement complétée par des critères de qualité afin d'assurer que les soins qui doivent rester stationnaires pour des raisons médicales ne sont pas déviés vers un traitement ambulatoire et d'éviter des situations de « bloody exit » (renvois prématurés des hôpitaux pour des motifs purement économiques ou budgétaires). Dans ce contexte, il convient également d'établir des rapports de qualité annuels sur base de critères de qualité précités et ce aussi bien pour les secteurs hospitaliers qu'extrahospitaliers.

Au niveau de la nomenclature, il faut en outre évaluer les actes et tarifs existants et les adapter si nécessaire à une logique de prise en charge ambulatoire. Citons p.ex. à titre d'exemple la prise en charge des transferts en ambulance par la CNS qui est actuellement limitée aux déplacements vers un établissement hospitalier. Une adaptation à ce niveau devrait p.ex. être opérée pour ne pas exclure les transferts vers des structures extrahospitalières pour un traitement ambulatoire.

En ce qui concerne la prise en charge des soins postopératoires à domicile qui vont certes augmenter dans le cadre du virage ambulatoire, la dernière réforme de la loi hospitalière a omis de clarifier cette question. Concrètement les liens déjà existants avec les réseaux de soins doivent être renforcés par une intégration dans le cadre du concept national global décrit sous le point 1.

7. Comment évaluez-vous les conséquences que le virage ambulatoire pourrait avoir sur

- **le plan hospitalier ;**
- **le statut du personnel ;**
- **la continuité des soins ?**

Comme nous venons d'insister à maintes reprises, il faut en premier lieu définir un concept global permettant d'assurer une planification nationale du secteur hospitalier et extrahospitalier par le biais d'une seule carte sanitaire nationale.

Dans une deuxième phase et à l'image de ce qui se fait actuellement pour le secteur hospitalier, il faut définir des normes organisationnelles et infrastructurelles pour les structures extrahospitalières.

Afin de garantir un accès équitable des assurés aux soins ambulants et favoriser la continuité des soins, le nombre de structures extrahospitalières doit être défini en fonction de la population assurée tout en respectant une bonne répartition géographique. Il convient aussi de ne pas oublier dans ce contexte la géolocalisation des établissements hospitaliers, maisons médicales et cabinets de groupe / centres médicaux pluridisciplinaires.

Comme nous venons déjà de l'énoncer, les conclusions sur la meilleure forme organisationnelle des structures ambulatoires de l'extrahospitalier sont à tirer sur base de la carte sanitaire révisée et des normes retenues. A ce stade des discussions, il nous semble judicieux d'opter pour une solution hybride entre des structures gérées directement par les hôpitaux sur des sites connexes respectivement des structures cogérées par les hôpitaux et des sociétés de médecins. Ceci permettrait notamment de définir au niveau légal les critères pour l'équipement technique des structures hospitalières et extrahospitalières dans un souci de complémentarité et de synergies et de maintenir les mécanismes de financement actuel.

Finalement, la planification au niveau national des structures hospitalières et extrahospitalières implique que le personnel engagé de part et d'autre doit obligatoirement tomber sous le champ d'application de la convention collective FHL. Comme les soins ambulants dispensés en milieu hospitalier et extrahospitalier sont censés être complémentaires et doivent disposer des équipements techniques et professionnels de santé nécessaires à leur bon fonctionnement, il nous semble tout à fait logique que les conditions de travail et de rémunération doivent être identiques pour les deux secteurs.

8. Comment évaluez-vous l'impact que la mise en œuvre du virage ambulatoire pourrait avoir sur le patient et son entourage ?

L'impact du virage ambulatoire sur le patient dépend directement de sa mise en œuvre concrète. Le LCGB est intimement convaincu que les soins ambulatoires peuvent uniquement constituer une plus-value pour le patient et son entourage s'ils sont médicalement justifiés sur base de critères de qualité définis au niveau national et en fonction de l'état de santé individuel du patient.

Pour y arriver, il faut absolument disposer d'un concept global de soins ambulatoires, complémentaire aux soins actuellement dispensés, et définis sur base d'une carte sanitaire nationale. Ceci permettrait en même temps de mieux utiliser les ressources de santé disponibles et d'éviter par exemple des temps d'attente trop longs pour les patients.

9. Quelles propositions sont prioritaires pour vous ?

- Maintien des principes de base de notre système de santé qui sont notamment la solidarité, l'accès universel, égalitaire et rapide des patients aux soins, le libre choix du patient, une offre équitable en services de santé de qualité et le conventionnement obligatoire
- Renforcement du système de santé par une complémentarité entre secteurs hospitalier et extrahospitalier afin d'assurer une meilleure continuité des soins
- Elaboration d'une carte sanitaire nationale pour la planification du système de soins luxembourgeois
 - Définition d'un concept global national de prise en charge stationnaire et ambulatoire
 - Détermination de l'organisation des structures de soins et de leurs liens organisationnels
 - Définition d'une liste de soins ambulatoires avec critères de qualité afin d'assurer la sécurité du patient
 - Renforcement des soins primaires dans une optique de médecine préventive
- Création d'un cadre légal spécifique dédiée à la télémédecine
- Application de la convention collective FHL à toute structure assurant des soins ambulatoires (sans distinction entre secteurs hospitalier et extrahospitalier)
- Adaptation des nomenclatures existantes aux nouvelles orientations du système de santé