



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Courrier n°254600
Responsable: Pommerell Patricia
Auteur: OGBL

Envoyé au service Expédition le 11/05/2021 à 16h47

Prise de position de l'OGBL 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)

**Réponses de la Confédération syndicale indépendante du
Luxembourg (OGBL)**



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 ?

Quelle médecine ambulatoire ? Aujourd'hui, nous parlons plutôt d'hôpital de jour.

Depuis 2010, on parle du virage vers la médecine ambulatoire.

Néanmoins, nous devons constater qu'actuellement il existe une confusion quant au terme de la médecine ambulatoire.

D'abord, il faudrait se concerter sur la définition claire des activités ambulatoires. En effet, actuellement chacun a sa propre définition.

Pour l'OGBL, il serait opportun de différencier entre une prise en charge ambulatoire, respectivement une prise en charge stationnaire.

En effet les prises en charges ambulatoires connaissent depuis des décennies une évolution importante grâce aux progrès des sciences médicales que ce soit au niveau de la chirurgie, anesthésie, équipement médico-technique ...

Une des priorités pour l'OGBL dans ce contexte, serait de réviser le plan hospitalier en tenant compte d'un plan extrahospitalier et d'établir une carte sanitaire se basant sur les besoins nationaux respectivement régionaux.

Sur base de cette carte sanitaire, nous pourrions mieux discuter respectivement planifier la médecine ambulatoire au Luxembourg.

Les critères à respecter lors de cette discussion, seraient en outre d'abord de garantir la sécurité du patient, la qualité de soins, de mettre à jour la liste des diagnostics médicaux où une intervention ambulatoire serait indiquée et d'assurer une prise en charge à 100% que ce soit au niveau des soins, des produits pharmaceutiques et ceci sans participation financière personnelle du patient.

Par ailleurs, il faut tenir compte des patients vivant seuls, d'un certain âge, et ou ayant une mobilité réduite.

En fonction de ces critères énumérés non limitativement et qui ne leur permettent pas de rester seuls à leur domicile suite à une intervention ambulatoire, il est nécessaire de prévoir une prise en charge plus poussée.

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 ?**

A ce jour, les maisons médicales permettent au patient d'avoir accès à une consultation par un médecin généraliste en dehors des heures d'ouverture du cabinet de son médecin traitant. Ces dernières ont été conçues pour donner la possibilité au patient de se faire consulter par un médecin généraliste hors des heures d'ouvertures habituels des médecins généralistes.

Ces dernières avaient d'ailleurs comme objectif à contribuer au désengorgement des services des urgences, notamment pour les patients ayant un score de gravité peu important selon l'échelle canadienne de triage et de gravité. Malheureusement cet objectif des maisons médicales n'a pas été atteint.

Depuis de nombreuses années, l'OGBL ne cesse de revendiquer, que les urgences sont surchargées à tel point que le délai d'attente varie entre 4 à 8 heures voire plus avant d'être pris en charge d'un médecin urgentiste.

Par ailleurs, très souvent les médecins des maisons médicales sont obligés de rediriger les patients aux urgences pour la simple raison qu'ils n'ont pas l'équipement médicale nécessaire.

C'est pour ce motif que l'OGBL plaide pour l'intégration des maisons médicales dans les structures d'urgences des hôpitaux, afin de garantir une prise en charge adéquate des patients.

Par cette intégration la question de responsabilité en cas d'incident pendant le transfert du patient serait résolue comme p.ex « Kannerklinik au CHL », ainsi que la question portant sur les équipements médico-techniques.

Dans ce contexte l'OGBL se pose également la question sur le statut des médecins urgentistes et de la clé de répartition du personnel soignant.

Pour les régions rurales une exception pourrait être faite à base d'installation de maison médicale comme dépendances des différents hôpitaux.

Suite de la réponse à cette question, sous la question 3.

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 ?

D'une manière générale, le besoin et la mise en place de l'offre de proximité de services médicaux et de soins, aussi bien diagnostics que thérapeutiques, devront être établis et fixés dans le cadre d'une réglementation légale de planification et de régulation des soins et des services ambulatoires. Dans le cadre d'une telle logique de planification et de régulation, les critères de proximité géographique, de densités de population, de proportionnalité (e.a.) devront jouer un rôle déterminant quant à l'offre ciblée de prestations et par conséquent quant à la structuration disciplinaire, l'équipement matériel et la dotation professionnelle aussi bien des « maisons médicales » que des « centres médicaux pluridisciplinaires ».

L'OGBL revendique une politique de santé qui met tout en œuvre par voie légale et réglementaire pour bloquer la commercialisation et la privatisation du secteur de la santé et pour promouvoir le développement et le renforcement d'un secteur public respectivement non-lucratif de la santé. L'accès égal à des prestations de qualité sans différence des moyens financiers des assurés doit être impérativement garanti.

Par ailleurs l'OGBL propose une structuration nationale de « maisons médicales » et de « centres médicaux pluridisciplinaires » à mettre en place et organisée par les hôpitaux, ou à défaut d'initiative des hôpitaux, sous forme d'établissement public national qui offre des structures de services décentralisées comme les diagnostics extrahospitaliers, la thérapie, les services de chirurgie invasive voire même capitalistique sans nécessité d'équipements lourds et toute autre prestation de santé, comme p.ex. psychothérapeute, médecine générale etc.

En ce qui concerne le statut de travail du personnel de ces structures, nous proposons le statut de salarié (salariés sous contrat de travail avec les établissements hospitaliers et application de la CCT (convention collective de travail) FHL, respectivement salariés sous contrat de travail avec l'établissement public proposé avec l'introduction d'une CCT analogue à celle des établissements hospitaliers. Étant donné que nous nous exprimons pour un rééquilibrage entre la médecine salariée et la médecine libérale, il est proposé de promouvoir la médecine salariée au niveau des « maisons médicales » et « centres médicaux pluridisciplinaires » ainsi qu'aux urgences et d'intégrer la médecine salariée dans le système des conventions collectives de travail.

En ce qui concerne le statut des « centres médicaux pluridisciplinaires », l'OGBL insiste sur la nécessité préalable et urgente d'une introduction d'une réglementation légale (par analogie de la planification hospitalière) de la planification nationale des soins et des services ambulatoires ainsi que des critères de qualité.

À cet effet, il est urgent de procéder à une analyse complète des besoins qui couvre non seulement les soins hospitaliers, mais aussi tous les domaines des soins de santé ambulatoires. Elle doit conduire à une planification pluriannuelle de toutes les composantes essentielles des performances du système de santé.

Il faudra donc, outre une réforme de la planification hospitalière, également une planification et une régulation des soins et des services ambulatoires. Cela comprend les différents domaines des services de soins et médicaux, des produits pharmaceutiques, leur équipement professionnel, leur réseau de services à l'échelle des régions locales, la structure et l'étendue de l'équipement administratif et des appareils médicaux nécessaires, les dotations en personnel, la conceptualisation et la structure des chaînes et des réseaux de traitement, les investissements à réaliser et le coût du financement public nécessaire.

Dans le contexte de cette régulation certaines types d'infrastructures, d'équipements et de soins devront être impérativement exclus de l'autorisation de leur implantation et de prestation sous un quelconque statut privé. Ceci vaut surtout pour toutes les infrastructures et équipements d'un haut niveau d'investissement financier.

Dans ce contexte, la mise en place de nouvelles structures et installations publiques ou l'extension des structures et installations publiques existantes doit être au premier plan de cette planification.

L'extension des structures et des équipements publics existants comprend notamment les hôpitaux qui, outre leurs emplacements existants, doivent être encouragés à instaurer des centres de services ambulatoires supplémentaires au niveau local ou régional et être promus en conséquence.

Un tel modèle de planification et de définition de services, d'infrastructures et d'équipement basé sur la promotion des infrastructures hospitalières respectivement sur la création d'une nouvelle structure de statut public faciliterait les relations financières avec les instances de la sécurité sociale, l'établissement des nomenclatures de prestations et en dernier lieu un engagement efficace et ciblé des moyens budgétaires de l'état luxembourgeois dans l'intérêt général de la population.

Dans le cadre de la sauvegarde ou du développement des soins de santé publics, une importance particulière doit être accordée au développement de la médecine salariée au Luxembourg. La perspective d'une relation équilibrée entre la médecine libérale et la médecine salariée ouvre simultanément les perspectives d'une discussion plus objective, moins déformée par des intérêts particuliers, sur l'orientation et la conception du système de soins de santé et d'une attractivité accrue des professions médicales.

Les nomenclatures actuelles devraient être adaptées aux besoins des traitements ambulatoires.

Il va de soi que le virage ambulatoire ne devra en aucun cas engendrer des frais

supplémentaires pour le patient.

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 ?

Pour l'OGBL, faire une différence entre le médecin généraliste et le médecin référent est en fait obsolète. La majorité des patients ne font pas la différence entre les deux terminologies. La plupart les considèrent comme leurs « médecins de famille ».

Donc, l'OGBL insiste sur une promotion du médecin de famille, étant donné qu'il est à considérer comme un des piliers les plus importants du système de santé au Luxembourg.

Néanmoins, il serait opportun d'établir un bilan ou bien une analyse concernant le dispositif du médecin référent, qui est entré en vigueur en 2012.

Le médecin généraliste est un acteur indispensable pour assurer les soins primaires et pour guider les patients à travers le système de soins de santé. Donc, l'OGBL ne peut que mettre l'accent sur le fait qu'il est indispensable de renforcer et de revaloriser leur rôle dans notre système de santé.

Un renforcement des cabinets en groupe pourrait être une solution pour faciliter la vie des médecins généralistes et garantir aux patients l'accès aux soins de santé. A travers ce système, les consultations seraient également mieux assurées par les médecins en respectant la « work life balance »

La coopération et collaboration du médecin généraliste avec les diverses professions de santé, respectivement des réseaux de soins, représente un atout absolu pour le parcours du patient.

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 ?

Pendant la pandémie, la mise en place de la téléconsultation ou la consultation à distance a démontré qu'il existe une réelle nécessité pour continuer à développer ces moyens de consultation, tout comme la mise en place de « ePrescription » (ordonnance, CIT, etc)

Néanmoins, lors de la pandémie, nous avons dû constater des problèmes liés

- au cadre juridique et éthique,
- à la qualité de la prise en charge du patient,
- à la protection des données de santé,
- aux aspects de sécurité qui doivent être étroitement surveillés, surtout les éléments en rapport avec la cybersécurité.

Pour l'OGBL, la télémédecine peut être bénéfique pour la prise en charge d'un patient, mais il est à souligner que cette dernière ne pourra en aucun cas remplacer la consultation présente. Dans ce contexte, il faudrait analyser scientifiquement dans quelles situations la prise en charge par télémédecine est appropriée.

Le développement de la télémédecine ne peut qu'apporter un bénéfice considérable dans la prise en charge du patient par les différents acteurs et dans leurs relations.

Elle doit être utilisée à bon escient et mériterait rapidement une modification du code de déontologie respectivement de recommandation de bonnes pratiques médicales et soignantes.

Par ailleurs, il est important de rappeler que pas tous les patients disposent le matériel informatique nécessaire ou bien ne se savent s'en servir, notamment les personnes âgées.

Les différents acteurs restent responsables pour leurs actes effectués en présentiel ou à distance.

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, c'est-à-dire la prise en charge à domicile de patients nécessitant des traitements lourds, présuppose l'élaboration d'un concept général qui devra prioritairement :

a) répondre à la sauvegarde de la sécurité sanitaire des patients et par conséquent garantir une qualité de soins au moins égale aux traitements et aux soins dispensés dans le cadre d'un hébergement fixe ou d'un séjour à l'hôpital du jour.

b) être basé sur la garantie de la prise en charge globale des patients, ce qui inclut non seulement la continuité des traitements et des soins, mais également un encadrement pluridisciplinaire et social du patient.

Étant donné que l'hospitalisation à domicile (HAD) se veut être un pont entre l'hôpital et les soins ambulatoires (dans la majorité des cas suite à un hébergement en hôpital), il est évident pour l'OGBL que l'HAD devra être organisée par les établissements hospitaliers et donc intégrée comme « service externe » dans la structure de l'établissement hospitalier.

Les prescriptions médicales et de soins doivent être organisées par l'hôpital (médecin coordinateur, médecins traitants, équipes de professionnels de santé) dans le respect du protocole de soins. S'y ajoute le soutien social du patient qui nécessitera des professionnels qualifiés à cet effet.

Rattachée aux établissements hospitaliers, l'HAD peut éviter des soins prodigués ponctuellement en hôpital de jour comme raccourcir un séjour en établissement de soin à temps complet ... sous condition que les principes évoqués ci-avant soient respectés.

L'hospitalisation à domicile a plus que jamais besoin d'un cadre légal bien défini, précis, clair et transparent.

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

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

Voir réponses sous 1, 2 et 3.

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

Grâce à l'évolution et le progrès scientifique et technique, le virage ambulatoire connaît depuis quelques décennies un développement plus qu'important. En effet, l'évolution en anesthésie, chirurgie, médecine etc., a comme conséquence que la mise en œuvre du virage ambulatoire devient une nécessité.

L'OGBL est d'avis qu'il est important de favoriser les nouveaux modes des prises en charge, comme p.ex. l'ambulatoire. Néanmoins, il faudra réfléchir sur les enjeux et risques qui pourraient apporter ces nouveaux modes.

Aussi, il serait souhaitable de programmer d'emblée un cadre adéquat de la prise en charge à 100% des soins post-ambulatoires.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que certains patients n'ont pas la possibilité ou les moyens nécessaires qui leurs permettraient de rester seuls à leur domicile.

Ce processus de prise en charge doit se baser sur une réglementation légale de planification et de régulation des soins et des services ambulatoires. Dans le cadre d'une telle logique de planification et de régulation, les critères de proximité géographique, de densités de population, de proportionnalités et autres, devront jouer un rôle déterminant quant à l'offre ciblée des prestations et par conséquent quant à la structuration disciplinaire, l'équipement matériel et la dotation professionnelle.

Il faut assurer dans ce contexte à tous les assurés l'accès à :

- une médecine de haute qualité
- la continuité des soins
- des structures adéquates pour la prise en charge à domicile
- un accès aux soins rapides et non dépendants de la situation financière du patient
- un suivi performant
- une communication transparente et compréhensible.

D'autre part, le rôle de la formation continue des professionnels de la santé joue un rôle important à la réalisation de ce processus.

9. Quelles propositions sont prioritaires pour vous ?

- a) Garantir un accès équitable aux soins de qualité et garantir le libre choix.
- b) Garantir un accès rapide et efficace aux soins d'urgences.
- c) Mettre en œuvre une politique de santé par voie légale et réglementaire afin de bloquer la commercialisation et la privatisation du secteur de la santé et pour promouvoir le développement et le renforcement d'un secteur public, respectivement non-lucratif de la santé.
- d) Elaborer une carte sanitaire et d'un plan extrahospitalier.
- e) De suspendre les discussions actuelles portant sur des mises en place de centres multidisciplinaires p.ex. Projet HRS/Fondation à Junglinster et autres, afin d'éviter que nous soyons confrontés à un fait accompli.
- f) Renforcer le rôle de la médecine primaire (médecin de famille).
- g) Concrétiser en premier lieu les projets traités lors des réunions des groupes de travail « Gesundheitsdësch ».
- h) Revaloriser la formation des professions de santé.