



CHAMBRE DES DÉPUTÉS  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

*Courrier n°253475*

*Responsable: Pommerell Patricia*

*Auteur: Patiente Verriedung a.s.b.l.*

*Envoyé au service Expédition le 23/04/2021 à 15h37*

**Prise de position de la Patiente Verriedung 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)

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

Il faudrait d'abord se mettre d'accord sur le concept per se ainsi que la terminologie.

Le terme médecine ambulatoire peut prêter à confusion.

La définition principale de soins ambulatoires est la suivante :

„Des soins ambulatoires sont des soins donnant lieu à une prise en charge médicale ou dans un service de santé d'un patient sans hospitalisation ou pour une durée de quelques heures. Par exemple, une prise en charge ambulatoire, à l'opposé d'une hospitalisation traditionnelle, permet de diagnostiquer, de traiter, de suivre un patient sans que celui-ci ne soit hospitalisé. Il peut ainsi dormir chez lui, garder ses habitudes et éventuellement continuer son travail. „

En effet il peut s'agir de médecine primaire versus de première ligne encore appelée médecine de ville/de campagne c'est à dire : celle qui se fait en amont des hôpitaux (et autres établissements visés par le plan hospitalier) ou encore de de la médecine pratiquée de façon ambulatoire dans les hôpitaux (ex. policliniques, chimiothérapie, dialyse ...).

Conformément à la littérature de référence et pour éviter trop de confusions il vaut mieux parler de prise(s) en charge ambulatoire(s) respectivement stationnaires et de :

1. Soins primaires ou de première ligne, soit de prises en charge médicale et/ou soignante à charge de l'assurance maladie
2. Soins hospitaliers, ambulants et stationnaires, (2ème ligne) prestés par les établissements visés par le plan hospitalier (hôpitaux et éventuelles antennes/policliniques externes) et financés par l'assurance maladie
3. Soins de 3ème ligne, soins à charge de l'assurance dépendance que ce soit à domicile (ambulatoire) ou en institution (longue durée).

A l'heure actuelle, on se doit de constater un certain enchevêtrement des soins, les médecins généralistes, au-delà de leur cabinet pratiquent dans des structures de 3<sup>ème</sup> ligne, spécialistes qui pratiquent à l'hôpital ainsi que dans leur cabinet. Une clarification de cette situation s'avère inévitable.

Pour ce qui est des soins de 1ère ligne au G.D.L.et par conséquent des prises en charges ambulatoires, c'est le pragmatisme qui a façonné les modalités d'exercice au fil du temps, avec actuellement des pratiques très variables :

- Depuis le très bon, pratiques de (petits) groupe(s) qui assurent le libre choix au médecin de confiance, les urgences de 1ère ligne et la continuité des soins et des liens avec les hôpitaux (médecins agréés), tout en garantissant une certaine qualité de vie aux associés,
- À des modèles beaucoup moins recommandables tels que des cabinets seulement ouverts aux heures de bureau ou encore des pratiques solitaires, avec renvoi pour la continuité des soins et les urgences aux hôpitaux, non remplacement en cas d'absence, versus non-participation à au service d'urgence (cf. dentistes, autres spécialités comme pédiatres. etc.).

Ce secteur est caractérisé par une tradition séculaire d'exercice libéral (v. histoire du Collège médicale), dans lequel les autorités de santé ne sont intervenues que très passivement (Code de déontologie, (vieux) Arrêté ministériel de ce qui peut être fait au Cabinet (et qui ne résiste plus actuellement à aucune juridiction).

En tout cas il conviendrait d'établir via la carte sanitaire et ensemble avec les concernés, un état des lieux en fonction des pratiques et de critères de référence tels que : couverture nationale/régionale; accès (délais, facilités, équités, durée moyenne des consultations/vs nombres de clients/jour; plan détaillé de prise en charge du patient, catalogue des interventions reprenant quelles interventions peuvent être dispensées dans un cabinet et quelles interventions doivent être fournies à l'hôpital, équipements, prises en charge pour certaines situations (ex. soins palliatifs...) , satisfaction des patients, assurance de la continuité des soins y compris avec les hôpitaux et en utilisation du DSP, formations continues etc...dont pourraient se dégager des consensus sur les bonnes pratiques à recommander respectivement sur celles à prohiber. (Établir un guide de bonnes pratiques) !

En ce qui concerne les prises en charges ambulatoires à l'hôpital, celles-ci connaissent, depuis quelques décennies un développement important, du aux progrès des sciences (anesthésie, chirurgie, médecine et grâce à de nouvelles techniques, une évolution des mentalités et des raisons économiques et de moindre risque et confort amélioré pour le patient.

La Patiente Verriedung asbl aimerait néanmoins souligner, que la prise en charge pour les soins ambulatoires doit être de 100% !

(suite voir question 8 sur le virage ambulatoire)

## **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 ;**

Ici également il faudrait d'abord se mettre d'accord sur la terminologie, car une telle définition n'existe pas officiellement au Grand-Duché.

S'agit-il ici de cabinets de consultations mono-disciplinaires, pluridisciplinaires, avec participation d'autres professionnels de santé (ex. kinés, psychologues/thérapeutes) ou de «policliniques» qui prestent également, voir essentiellement des activités médicotechniques, comme celles généralement réservées jusqu'à présent aux hôpitaux.

Le scénario que la Patiente Verriedung asbl préférerait est celui de l'intégration des maisons médicales dans les structures des urgences des hôpitaux, afin de garantir une prise en charge adéquate des patients. Une exception seront les régions rurales, ici on pourrait imaginer l'installation de maisons médicales comme dépendances des différents hôpitaux.

En fonction des variantes pré-mentionnées les spectres d'activités et équipements peuvent varier. Mais s'il s'agit de préciser les terminologies il reste un principe fondamental:

La compétence individuelle, l'environnement, les conditions d'exercice et la quantité des activités et l'assurance de la continuité des soins ont un rapport indubitable avec la qualité des prestations et l'outcome pour les patients. Chacun ne devrait être autorisé à faire ce qu'il a appris soit en formation initiale, soit en formation continue certifiée et sous des conditions conformes aux bonnes pratiques et acquis de la science.

Les équipements, notamment de diagnostic, dans les cabinets peuvent impressionner, mais peuvent-être abusés s'ils sont laissés à acquisition discrétionnaire de tout le monde (ex. échographies, endoscopies etc..). Par conséquent les actes, techniques et l'équipement autorisables et les tarifs opposables devraient être adaptés à cette logique et des assurances pouvoir être données aux patients sur (l'équité de) la qualité des soins. Qui fait quoi actuellement dans l'extrahospitalier?, quelles sont les bonnes pratiques et celles à prohiber?

- **les relations entre les maisons médicales et les établissements hospitaliers ;**
- **les moyens en personnel**

Toute création d'activités dans des structures extrahospitalières est réservée jusque-là aux hôpitaux. La création de maisons médicales permet de créer de nouvelles capacités, ce qui engendre un besoin en ressources humaines (médicales et soignantes), déjà en risque de pénurie et qui, pour des raisons de choix de qualité de vie (1 horaire (de bureau) au lieu de 3 (dont nuits et WE) risquent, à leur tour, de provenir du secteur hospitalier, qui risque de se dégarnir alors qu'ils doit continuer à assurer au-delà de ces prestations les service d'urgence et de garde.

Aussi peut-on imaginer que tant des médecins que des personnels les plus expérimentés et pour lesquels le montant du salaire n'est plus primordial, abandonnent les hôpitaux d'abord pour ces raisons de confort de vie.

S'il n'y a pas une planification d'ensemble avec les hôpitaux et que des sociétés indépendantes à but commercial/lucratif peuvent s'installer et se développer à leur guise, comment dès lors éviter l'anarchie, le chaos et des développements insidieux de surcapacités spécifiques, sans autres garanties de plus-values?

Si ce genre de « policliniques armées » peuvent s'installer librement, comment encore réguler l'adaptation des besoins à l'utile et au nécessaire, essayer de veiller à la continuité et la qualité des soins, éviter de créer un 2ème secteur de médecine privée et un coût beaucoup plus conséquent de notre système de santé, déjà un des plus chers.

Dès lors il faut absolument maintenir la cohérence avec le plan hospitalier et la logique d'une planification équilibrée, la plus conforme possible aux besoins.

Dont notamment le travail en équipe pluridisciplinaire où la prise en charge se fera non par acte presté, mais par paiement forfaitaire.

- 3. Quelle est votre vision des centres médicaux pluridisciplinaires, notamment en ce qui concerne :**
- 1. leur statut ;**
  - 2. les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les centres médicaux pluridisciplinaires ;**
  - 3. les relations entre ces centres médicaux, les équipes soignantes et les établissements hospitaliers pour différentes prestations ;**
  - 4. les frais de passage pour le remboursement de certaines prestations ;**
  - 5. le nouveau cadre légal pour les centres médicaux pluridisciplinaires ;**
  - 6. leurs relations avec la Caisse nationale de santé et la nomenclature ;**
  - 7. l'éventuel soutien public pour ces centres médicaux et leurs obligations éventuelles dans un tel contexte ?**

Tout d'abord il faut bien se rappeler que l'offre doit suivre les besoins et non créer des besoins ! La création de tels centres médicaux requiert une régulation qui est soumise aux mêmes normes que la régulation des hôpitaux et les médecins œuvrant pour un centre médical, doivent également participer aux services d'urgence des hôpitaux, vue la pénurie de personnel dans ce domaine.

Les questions à la réponse 2 ci-avant et concernant les « polycliniques armées » dans le secteur extrahospitalier laissent déjà entrevoir, que pour une meilleure cohérence et complémentarité, feraient, si besoin, d'avantage sens, s'ils s'agissaient d'antennes externalisées des hôpitaux. Ces centres médicaux pluridisciplinaires pourraient être établis dans les régions rurales où les besoins sanitaires ne sont pas couverts de manière adéquate. Ces centres médicaux seraient à considérer comme « succursale » des hôpitaux. (Cf. scénario 2 évoqué lors du « Gesondheetsdësch »).

Mais la question fondamentale qui se pose est celle, si on a actuellement besoin de telles structures ? Et si oui, sur base de quels critères ?!

Ne faudrait-il pas, avant tout autre progrès en la matière, mesurer les délais d'accès aux prestations respectives et procéder la comparaison internationale (et avec la Grande Région) de densité d'équipements, de nombre d'actes par milliers d'habitants, pour comparer la satisfaction des besoins. Et s'ils ne l'étaient pas de décider rapidement de scénarii pour les différents cas de figure via p.ex. d'antennes hospitalières (polycliniques) externalisées et financés par budgétisation ? Dans ce cases les autres questions détaillées ci-dessus devraient ainsi devenir superfétatoires.

Les motifs fondamentaux de création, d'extension et de modernisation des structures ne peuvent, surtout dans un système de solidarité sociale, qu'être la juste et pertinente adaptation des moyens aux besoins de la population et aux acquis de la science, dont les critères d'accès et de qualité. Mais il faut de la transparence et une réactivité adéquate (aussi pour la confiance et la compréhension des patients).

Toutes les tentatives de faire de la santé et d'un système de santé public solidaire un marché de lucre pour des spéculateurs au plus offrant, sont incompatibles avec les axiomes de base et les valeurs fondamentales tant nationales, que défendues par l'OMS et la charte des droits de l'homme.

La Patiente Verriedung asbl est d'avis, et espère ne pas être seul, que ces références fondamentales s'imposent au droit de libre établissement et de faire commerce. (Immoral/sans scrupule avec la santé des gens).

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

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

La Patiente Verriedung aimerait tout d'abord souligner qu'une différenciation entre les termes de médecin généraliste et médecin référent semble obsolète. Pour la majorité des patients le médecin généraliste intervient en tant que médecin référent qui veille à la coordination des soins, au rassemblement et au stockage des données médicales pertinentes dans le DSP.

Les médecins généralistes étant les acteurs de première ligne en garantissant les soins de base, leurs compétences, disponibilités et l'organisation de leurs structures faisant les atouts, forces et faiblesses de « la médecine de première ligne », il faudra revaloriser leur rôle dans notre système de santé.

Avant tout progrès en l'affaire, il y a en tout cas lieu de faire un bilan du dispositif du médecin référent, entré en vigueur en 2012. L'étape suivante serait d'établir un état des lieux et de concevoir une vision avec des objectifs explicites et des résultats mesurables. On pourrait aussi s'inspirer de la démarche, il y a quelques décennies, pour (ré-)organiser le secteur ASFT.

En ce qui concerne la collaboration du médecin généraliste avec certaines professions de santé, respectivement des réseaux de soins, il n'y a aucune objection, au contraire.

On peut en attendre des synergies intéressantes à conceptualiser après analyse de l'existant et promotion des bonnes pratiques déjà existantes, encadrées par le code de déontologie, respectivement recommandations à éditer en consensus avec les acteurs. Une des recommandations pourrait consister à ce que les échanges entre les différents acteurs de santé impliqué dans les soins des patients, devraient se faire par le biais de la plateforme du DSP. Ceci permettrait un traçage objectif du chemin 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 ?**

Tout d'abord il faudrait faire la distinction entre la télémédecine clinique et la télémédecine informative. La télémédecine clinique et la télémédecine informative ont été définies par l'OMS en 1998 de la façon suivante :

« La télémédecine clinique est une activité professionnelle qui met en œuvre des moyens de télécommunication numériques permettant à des médecins et d'autres membres du corps médical de réaliser à distance des actes médicaux pour des malades. La télémédecine informative est un service de communication audiovisuelle interactif qui organise la diffusion du savoir médical et des protocoles de prise en charge des malades et des soins dans le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale. »

La télémédecine clinique permettra donc la surveillance des patients à domicile et la téléconsultation incorporera le volet de la télémédecine informative.

La télémédecine clinique « permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

La télémédecine est un atout intéressant, en plein essor et qui se développera encore sur de nombreuses applications. Elle permet d'améliorer l'accès aux soins et de corriger les inégalités d'accès géographiques en réduisant les pertes de chance qui y sont liées.

Elle contribuera notamment à accélérer le virage ambulatoire, notamment par des télésurveillances et la prévention d'hospitalisations inadéquates/superfétatoires ou pour les raccourcir.

Elle est un complément intéressant, mais ne remplace pas (ou que très rarement) une prise en charge rapprochée sur place.

Elle doit être utilisée à bon escient et mériterait rapidement d'un chapitre à ajouter au code de déontologie, respectivement de recommandations de bonnes pratiques médicales et soignantes.

Un tel guide de bonnes pratiques doit contenir des bonnes pratiques pour la qualité et la sécurité des actes de télémédecine ainsi que les responsabilités des concernés, dont également celles du patient. Ces bonnes pratiques concernent tous les actes de télémédecine, comme la téléconsultation etc. (réalisés en ville, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, domicile des patients) en exercice libéral ou salarié. Les actes non éligibles au remboursement par l'assurance maladie sont également concernés.

L'enjeu est de définir une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine afin de coordonner les nombreuses composantes et de fournir une visibilité aux acteurs et aux patients. La création d'un cadre juridique et éthique lié au déploiement de la télémédecine s'avère comme indispensable.

A part la création d'un cadre juridique et éthique et d'un guide de bonnes pratiques, il faudra définir les conditions de financement. A ce jour, on dispose de principes de financement de l'activité de la téléconsultation, ancrés dans la nomenclature (p.ex. C45). Cependant les actes prévus dans la nomenclature restent imprécis quant aux modalités. Les besoins de financement de la télémédecine concernent d'une part l'infrastructure et les équipements, et, d'autre part, le cadre de rémunération de l'activité de la télémédecine.

On pourrait résumer les enjeux de la demande de manière suivante (\*) :

- Des enjeux d'organisation des soins, en tant que levier pour conduire la restructuration de l'offre de soins afin de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, répondre aux évolutions démographiques concernant les ressources médicales et techniques et à la spécialisation toujours plus grande de la médecine
- Des enjeux pour les patients et usagers du système de santé : améliorer la qualité et la sécurité des soins, garantir leur accessibilité ainsi que leur permanence, assurer un plus grand confort dans la prise en charge dans le respect d'une qualité de vie optimale, améliorer l'accès à l'information
- Des enjeux économiques liés au développement de nouveaux modes d'organisation des soins plus efficaces
- Des enjeux professionnels en termes de management et d'accompagnement du changement, d'information et de meilleure visibilité des différents acteurs dans le déploiement des projets et expérimentations de télémédecine
- Des enjeux industriels, en termes de structuration et de croissance du marché

(\*) [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage\\_telemedecine\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf)



**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 ?**

La Patiente Verriedung asbl est d'avis que le concept de l'hospitalisation à domicile est contradictoire à la propagation du concept du virage ambulatoire et que ce concept n'a pas de raison d'être !

Quel pourrait-être le rôle et la plus-value de l'hospitalisation à domicile au Grand-Duché qui d'une part

- Dispose d'une assurance dépendance avec des réseaux de soins à domicile bien développées,
- Désire promouvoir le virage ambulatoire ainsi que la télémédecine et qui par ailleurs ne souffre pas d'insuffisance de capacités (cf. Cartes sanitaires, plan hospitalier) versus d'infrastructures et de structures hospitalières modernes et de suite, ni de projets ad hoc de modernisations pour combler des éventuels compléments ciblés ?

La terminologie « hospitalisation à domicile » est une notion franco-française proposée il y a une vingtaine d'années pour combler des lacunes d'un système de santé qui n'a pas tous ces éléments. (Assurance dépendance, tissu hospitalier moderne et bien équipé au niveau de l'ensemble du pays).

Quelle serait au Grand-Duché la typologie du cercle des bénéficiaires éligible pour une hospitalisation à domicile et quel en serait le nombre de patients et le volume de journées ?

Avec la coexistence des prises en charge par l'assurance dépendance quelle définition précise donner de la notion d'hospitalisation à domicile et de ses éventuels bénéficiaires ?

Subsidiairement qui financerait respectivement qui assurerait les soins d'hospitalisation à domicile et en quoi elle se distingue des prises en charges actuelles ?

La suite à ces réponses préliminaires permettra de voir plus clair en la matière

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

- 1. le plan hospitalier ;**
- 2. le statut du personnel ;**
- 3. la continuité des soins ?**

(Voir réponses aux questions 2 et 3 et 8 ci-après).

Par ailleurs en résumé:

1. pas de changements à prévoir
2. pas de changements à prévoir
3. ancrage d'un concept et d'un cadre dans le plan hospitalier

Le virage ambulatoire est un processus, plus avancé déjà dans d'autres pays dont on pourrait prudemment s'inspirer des mesures prises pour s'y adapter.

Si ce processus est correctement encadré il se fera en harmonie avec l'évolution du plan hospitalier et ne s'opposera pas au principes de planification adéquate de réponse aux besoins de la population.

Si tel n'est pas le cas et que toutes sortes de sociétés et notamment celles à recherche de lucre peuvent librement s'installer et profiter de l'assurance maladie, il est loin d'être certain, que dans un tel marché atypique, le besoin de la population conditionne l'offre.

Ce sera plutôt l'inverse et on risque de retourner à l'anarchie d'avant les années 50-60 où on a crié après la planification hospitalière comme régulateur (voir histoire des hôpitaux entre 1900 et 1980).

Les rapports commandités à l'OMS (Aujaleu-Rösch/ Griffith et co) et demandes d'aides afférentes en disent en tout cas sur une expérience à ne pas rééditer et qui n'était nullement efficiente ni au meilleur profit de la population !

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

Le virage ambulatoire connaît depuis quelques décennies un développement toujours plus important grâce au progrès des sciences et techniques (anesthésie, chirurgie, médecine, nouvelles techniques, télémédecine) et grâce à la création de structures extra-muros (prises en charge à domicile).

Il ne fait que sens s'il amène à des situations de win (patient) - win (prestataires) - win (efficacité/plus-values/économie).

Il n'est certes pas question de ne pas aller plus loin et de ne pas favoriser de nouveaux modes de prises en charge, notamment ambulatoires, mais non sans avoir réfléchi sur les enjeux et risques et un cadre adéquat de principes explicites sur notamment les bénéfices visés versus efficacité ainsi que l'utilisation optimale des (futurs) ressources disponibles, les spectres d'activités, rôles et responsabilités.

Pour rendre des améliorations futures pertinentes, ciblées et efficaces, il faudra dès le départ des critères mesurables tels qu'adéquation aux besoins tels que délais et équités d'accès (en urgence et en routine), de continuité des soins (en l'absence du médecin traitant), coordination de prises en charge conformes aux acquis de la science et satisfaction des usagers.

Ne coule-t-il pas dès lors de source de faire précéder la discussion de scénarii d'avenir d'un inventaire local/régional/national via une carte sanitaire extrahospitalière et d'une analyse de l'existant ?!

Un tel état des lieux pourrait être établi en fonction des pratiques et de critères de référence tant pour les pratiques de l'exercice médical que des professions soignantes (et réseaux de soins) dont :

- Couverture nationale/régionale ;
- Accès (délais, facilités, équités) ;
- Durée moyenne des consultations/vs nombre de clients/jour ;
- Prémisses de prises en charge pour certaines situations (ex. soins palliatifs...) ;
- Satisfaction des patients ;
- Assurance de la continuité des soins y compris avec les hôpitaux et utilisation du DSP ;
- Formations continues (influence sur l'évolution des tarifs)

Un tel état des lieux de l'EH (carte sanitaire) livrerait de précieux éléments pour une vision systémique et le développement d'un concept pour une complémentarité optimale, au bénéfice du patient, entre prestataires, secteurs, soins ambulatoires et prises en charge stationnaires.

Il s'agit ici d'un processus en plein développement, mais aussi d'une évolution des maladies et mentalités (maladies aiguës qui ont évolué en maladies chroniques, vision des soins palliatifs etc.).

Ce processus est également en cours au Grand-Duché et se développera au fil du temps se basant sur les données de la carte sanitaire et le développement en matière de :

1. Structures adéquates pour prises en charge à domicile,
2. Équipements, télémédecine, DSP,
3. Incitants (financiers) décideurs,
4. Habitudes (e. a âge des médecins), acceptation du public

Un enjeu est notamment de s'adapter, dans le cadre des modernisations à venir ou, le cas échéant, via la création d'antennes décentralisées, à ce changement de paradigme, toujours dans une optique de la plus juste et efficiente réponse possible aux besoins (notamment par mesure des délais d'attente).

Cette évolution déplace évidemment les prises en charge de suivi vers l'ambulatoire extrahospitalier. Dès lors il serait bon que celui-ci jouisse de la même attention politique que le secteur hospitalier, surtout qu'il relève de tutelles différentes, très peu coordonnées.

Dans ce contexte il ne faut pas oublier que les hôpitaux, avec leurs services d'urgence et de garde sont la colonne dorsale du système, mais que le pays jouit depuis longtemps d'atouts de complémentarité entre l'extrahospitalier et l'hospitalier grâce à l'agrément des médecins (tant spécialistes que généralistes). Il y a en tout cas lieux de préserver ces liens pour la meilleure continuité des soins et la prise en charge solidaire des obligations qui en découlent. (gardes).

## 9. Quelles propositions sont prioritaires pour vous ?

1. Garantir un accès équitable aux soins de qualité et garantir le libre choix
2. se mettre d'accord sur une terminologie et des définitions à fixer ultérieurement sur une loi (cadre) de la santé, respectivement des règlements en découlant
3. faire un inventaire de l'existant notamment extrahospitalier et une analyse/audit avant de procéder précipitamment à des changements « immatures » et aux conséquences systématiques non évaluées. Tenir compte de l'historique et des motifs à la base de la planification hospitalière ainsi que de la loi ASFT; intégrer, pour ce qui est des réflexions sur le secteur extrahospitalier, également les autorités territoriales (Intérieur, Syndicat des communes)
4. se donner une vision et un concept d'ensemble et sur base de l'explicitation des valeurs à la base de notre système de santé et l'établissement d'objectifs via des critères mesurables et améliorables en fonction des résultats par des actions adéquates et ciblées ( « plan de santé »). Instauration d'un système de contrôle de qualité et de sanctions y afférentes si les critères de qualité ne sont pas atteints
5. tenir compte du progrès (Informatisation, télémédecine, virage ambulatoire) et l'intégrer en cas de plus-values et avec intelligence dans le développement (des structures) de notre système et ainsi garantir son évolution dans la pérennité
6. se rappeler que notre système de santé et surtout de sécurité sociale est un des plus généreux du monde et très performant et qu'il convient de le pérenniser dans ce sens et de ne pas le détricoter par des initiatives ou idées non sérieusement réfléchies quant à leurs conséquences ou précédents.
7. (Re)mettre le bénéficiaire de soins au centre des actions des activités utiles, nécessaires et de qualité dont prestataires peuvent à tout moment être fiers et que l'on écoute quant à leur suggestions et meilleur épanouissement notamment professionnel
8. concrétiser d'abord les thématiques du « Gesondheitsdesch » pour lesquels y il a urgence, comme parer aux menaces de pénurie en professionnels de santé ou larges consensus comme un nouveau paradigme pour la prévention.
9. « débriefing » sur la prise en charge de la pandémie COVID, notamment en ce qui concerne les leçons à retenir pour la résilience du système et le rôle, la collaboration et la complémentarité des secteurs

(P.S. : Le questionnaire attaché ne portait pas sur les enseignements à retenir de la pandémie COVID.

Il n'effleurait pas non plus la question des liens entre la pandémie et « le virage ambulatoire »)