



CHAMBRE DES DÉPUTÉS  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

*Courrier n°252955*

*Responsable: Pommerell Patricia*

*Auteur: Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois*

*Envoyé au service Expédition le 19/04/2021 à 10h19*

**Prise de position de la FHL 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**

**RÉPONSES DE LA FÉDÉRATION DES HÔPITAUX LUXEMBOURGEOIS**

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

Le virage ambulatoire intrahospitalier est lancé dans l'ensemble du secteur hospitalier mais se heurte à un manque de soutien de nos tutelles et à une absence d'incitants pour le patient, pour le médecin et pour l'hôpital.

**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 ?**

Les soins primaires sont essentiels dans le système de santé luxembourgeois. Le modèle des maisons médicales a été mis en place pour garantir la continuité de ces soins primaires (consultation médicale sans actes (diagnostiques) invasifs) en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets des médecins généralistes.

Un modèle de collaboration entre les maisons médicales et l'hôpital ayant fait ses preuves est p.ex. celui de la maison médicale pédiatrique.

En complément des maisons médicales et suivant le degré de gravité nécessitant une prise en charge médicale hospitalière, la FHL plaide pour un **service d'urgence efficace et performant** en collaboration avec des médecins généralistes volontaires. En cas de participation à la prise en charge de patients aux urgences ces médecins généralistes seront dispensés des gardes extrahospitalières.

Bien évidemment il faudra garantir l'indemnisation des hôpitaux et des médecins pour l'organisation respectivement la participation à la continuité des soins (permanences et gardes)

**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 ?

Comme il s'agira de délocalisations hospitalières extra-muros mais gérés par les hôpitaux donc avec des spécifications purement géographiques, leur statut et modèle organisationnel sera le même que pour des prestations intra-muros. Il faudra veiller à une unicité de l'organisme gestionnaire.

Dans ce contexte nous préconisons la mise en place d'une carte sanitaire globale du système de santé à mettre à jour de façon régulière.

D'autre part le système de planification devra prendre en considération les attentes de la population, dans une approche de politique qualité nationale.

La FHL souligne l'importance d'une planification nationale des services, des équipements et appareils de diagnostic et traitement de manière homogène indépendamment de leur localisation hospitalière intramuros ou le cas échéant extra-muros (nombre, répartition géographique, critères d'attribution objectifs, modes d'autorisation simplifiés et de financement homogènes, ...)

Le périmètre des soins de santé à prodiguer dans ces **centres médicaux pluridisciplinaires gérés par les hôpitaux** est apprécié en fonction de l'ouverture par les pouvoirs publics d'activités soumis à planification, et dans le respect de normes de qualité et de sécurité pour autant qu'elles ont été mises en place par mesure légale, réglementaire ou conventionnelle. A priori il s'agirait d'activités de plateau médico-technique qui ne nécessitent pas la proximité permettant un lien fonctionnel direct avec un milieu hospitalier, p.ex. imagerie médicale sans produit de contraste, investigations techniques non invasives (exploration fonctionnelle respiratoire, épreuves d'effort cardiologiques « simples », explorations neurologiques type EMG/EEG, laboratoire de sommeil, imagerie médicale (y compris la médecine nucléaire ambulatoire ), interventions chirurgicales en anesthésie loco-régionale, hémodialyses auprès de patients sélectionnés...

Ces activités doivent être couvertes par du personnel sous CCT-FHL. Dans un souci de « level playing field », ceci devra également être le cas pour d'éventuels prestataires non hospitaliers.

Nous préconisons que le mode financement d'un acte ambulatoire soit le même, indépendamment de la localisation intra- ou extramuros, et indépendamment du prestataire (hôpital, cabinet médical, société civile professionnelle, SA...).

Par contre, nous exigeons que le même acte, entrant dans le cadre stationnaire ou ambulatoire non programmé dans un contexte de mission de continuité de soins à l'hôpital soit valorisé par rapport à un acte effectué dans une structure extra-muros.

D'un point de vue médical, cela devrait se faire d'une part par la fixation sur base conventionnelle FHL-CNS de suppléments par rapport aux tarifs fixés en Commission de Nomenclature (CN) pour l'extramuros (pour le volet extramuros dans l'avenir dans une CN où l'AMMD et des représentants des hôpitaux, sociétés professionnelles et SA seraient représentés de manière appropriée), d'autre part par une indemnisation des hôpitaux pour la continuité des soins définie par la loi hospitalière (permanences et gardes). Dans ces négociations conventionnelles, la place donnée par les hôpitaux à régime ouvert à leurs sous-traitants/collaborateurs médicaux (médecins agréés ou sociétés civiles professionnelles agréés) devra encore être déterminée.

**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 ?**

La médecine générale de première ligne est à considérer comme un acteur incontournable ainsi qu'un maillon important dans le travail en réseau avec tous les autres intervenants médico-soignants dans le cadre de l'itinéraire de prise en charge des patients.

Considérant la pénurie probable des médecins généralistes une réattribution de certaines tâches médicales (task-shifting) nous semble inévitable.

**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 ?**

La FHL plaide pour développer la digitalisation des parcours des patients. Au lieu de fragmenter l'information par épisode (soit ambulatoire, soit stationnaire) avec des périodes lacunaires importantes, il y a lieu de favoriser la digitalisation de tout le parcours patient:

- Digitalisation complète des parcours hospitaliers (sécurisation, efficacité)
- Interopérabilité des systèmes IT de l'écosystème du secteur santé luxembourgeois
- Auto-suivi du patient à domicile (Apps)
- Télésurveillance (Apps avec transmission de données à un professionnel)
- Intégration de la Téléconsultation dans le parcours patient
- Digitalisation des flux (prise de RV, admission, facturation)

L'Intégration de l'intelligence artificielle et de la robotique induit notamment des

- Questions éthiques
  - Questions juridiques
  - Conduite du changement
- le tout dans le respect des droits du patient

La définition d'un cadre légal approprié est une conditio sine qua non à la réussite de la digitalisation.

**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 FHL est en faveur d'une hospitalisation à domicile incluant une prise en charge pluridisciplinaire médicale et soignante de type spécialisé. Cette nouvelle modalité de prise en charge permettra de coordonner et de prodiguer les soins selon protocoles et avec les compétences requises comme les prises en charge ciblées l'exigent, au moyen de compétences hyperspécialisées. Le HAD libérera ainsi des lits aigus dans les structures hospitalières grâce aux sorties précoces dans le parcours tout en assurant la qualité et la sécurité tout au long de la prise en charge du patient indépendamment du lieu où les soins sont prestés. Il faudra veiller à ce que l'hospitalisation à domicile soit dans la continuité et s'appuie sur le concept de la transdisciplinarité. Les acteurs experts hospitaliers travaillent sur base d'un modèle de coopération avec les acteurs généralistes du secteur extra-hospitalier. Cette coopération se fait dans le respect des dimensions sécuritaires, empowerment, autonomie pour le patient et au regard des compétences des professionnels dans leurs champs d'activités respectifs.

Tout comme les médecins spécialisés, les soignants se sont appropriés des compétences spécialisées ouvrant vers différents nouveaux métiers soignants, développés à l'hôpital dans le cadre d'un travail en équipe constitué de longue date. A l'instar du modèle préconisé par le Plan National Cancer, le rôle de coordination du « case-manager » pour l'itinéraire du patient est primordial. Il est le pilote du parcours clinique et se porte garant du respect des objectifs pluridisciplinaires négociés avec le patient et son entourage. Les experts de HAD côté hospitalier ont la responsabilité du passage de relai vers les structures et les experts médico-soignants de l'extrahospitalier. Tout au long du parcours clinique du patient, la documentation hospitalière qui retrace le parcours et les résultats cliniques reste accessible. Parallèlement un support de documentation partagé spécifique est créé et devra permettre ce relai dans la continuité des attentes du patient.

Le cadre légal devra s'apparenter au cadre de la loi hospitalière en définissant les droits et obligations des intervenants institutionnels et médico-soignants, les modalités de régulations, les équipements, les critères de qualité ainsi que le financement médical et soignant.

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

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

Le virage ambulatoire est une opportunité pour maintenir des soins de haute qualité sans croissance excessive des dépenses.

Le personnel devra tomber sous la CCT-FHL.

Le financement des médecins est garanti par une Nomenclature Médicale adaptée notamment en ce qui concerne les actes en relation avec la continuité des soins.

Le financement des hôpitaux devra intégrer les moyens adéquats pour financer les obligations légales liées à la continuité des soins.

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

L'impact est à considérer comme positif pour autant que les impératifs de qualité et de sécurité assurés en milieu hospitalier classique soient également garantis à domicile lors d'une hospitalisation à domicile. Il convient d'intégrer le médecin généraliste ou les services de soins à domicile afin d'assurer le suivi du lendemain. Bien encadré, le virage ambulatoire, pourra faire bénéficier le patient d'une meilleure accessibilité aux soins de santé répondant ainsi aux besoins de la population.

## **9. Quelles propositions sont prioritaires pour vous ?**

La FHL plaide en priorité pour :

- une planification nationale du système de santé (secteur hospitalier et extrahospitalier)
- un « level playing field » entre l'ensemble des acteurs du système de santé
- une valorisation de la médecine hospitalière et le financement adéquat des acteurs hospitaliers dans le cadre de leurs obligations liées au maintien de la continuité des soins
- un déploiement continu du virage ambulatoire intrahospitalier permettant un accroissement de l'efficacité des services prestés par :
  - un portfolio de services et actes médicaux de diagnostics et traitements garantissant la qualité des soins et la sécurité du patient (prise en charge médico-soignante ; respect des règles d'hygiène et respect des règles de maintenance/surveillance des équipements),
  - un investissement pour soutenir les efforts des établissements hospitaliers dans
    - l'amélioration de la gestion des flux entre les patients stationnaires et ambulatoires
    - permettant d'accroître l'efficacité des services offerts (cf. Südspidol, nouveau bâtiment Centre du CHL, projets d'aménagement aux HRS et au CHdN),
  - des incitatifs supportant les efforts au niveau du virage ambulatoire intrahospitalier.
  - une meilleure valorisation du tarif médical et de l'unité d'œuvre pour certains actes techniques effectués en hôpital de jour (ambulatoire) par rapport à la même prestation effectuée en hospitalisation stationnaire.
- une hospitalisation à domicile permettant une intégration entre le séjour hospitalier et le séjour à domicile (notamment par la mobilité du personnel hospitalier se rendant à domicile).