



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Courrier n°253473

Responsable: Pommerell Patricia

Auteur: Caisse nationale de santé

Envoyé au service Expédition le 23/04/2021 à 15h35

Prise de position de la CNS 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)



d'Gesondheetskeess
www.cns.lu
125, route d'Esch
L-2980 Luxembourg

Président
Christian Oberlé
+352 2757-4801
Christian.oberle@secu.lu

Chambre des Députés
Monsieur le Président
Monsieur Fernand Etgen
23, rue du Marché-aux-Herbes

L-1728 LUXEMBOURG

Luxembourg, le 23 avril 2021

Concerne : Votre courrier du 17 mars 2021 : Prise de position 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 œuvre du « virage ambulatoire »
Notre référence : 2021-04-23-34
Courrier simple

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier du 17 mars 2021, je vous prie de trouver en annexe le questionnaire de l'administration de la CNS en rapport avec la prise de position 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 œuvre du « virage ambulatoire ».

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre considération distinguée.

Christian Oberlé
Président de la Caisse nationale de santé

Annexe : Questionnaire

Prise de position de l'administration de la CNS en vue d'un 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 »

Question 1 : Quelle est votre appréciation de la situation actuelle de la médecine ambulatoire

La définition de la médecine ambulatoire dans le cadre du Gesondheitsdesch, à savoir « **Les soins ambulatoires sont des procédures, tests et services médicaux qui peuvent être fournis au patient sans hospitalisation** » illustre bien que le périmètre de l'activité ne se limite pas seulement à la chirurgie ambulatoire, mais concerne aussi d'autres activités comme les activités de dialyse, les traitements de chimiothérapie, la psychiatrie, les activités de rééducation etc. Les progrès de la médecine et de la technologie favorisent le passage du traitement stationnaire au traitement ambulatoire dans pratiquement tous les domaines de la médecine.

Au Luxembourg, la médecine ambulatoire est avant tout abordée dans le domaine de la chirurgie. Dans ce domaine, les établissements hospitaliers luxembourgeois ont depuis une dizaine d'années mis en place une politique visant à augmenter le nombre d'interventions faites en ambulatoire. Ceci a conduit partiellement à un rattrapage par rapport aux pays voisins en matière de same day surgery. Ainsi, le taux d'opérations de la cataracte réalisés en ambulatoire est passé de 35% en 2007 (en Belgique ce taux était de 92% en 2007) à un taux de 90% en 2017. Pour d'autres interventions par contre, il n'y a pas eu de progrès significatif. Les amygdalectomies ne se font qu'à raison de 7 % en ambulatoire au Luxembourg, contre des taux de 70 % en Belgique ou 30 % en France. Globalement, on peut constater que le Luxembourg se situe en-dessous des pays voisins, malgré le fait que les dépenses dans la médecine ambulatoire sont élevées.

Une analyse en profondeur de la médecine ambulatoire se heurte aujourd'hui encore à une absence d'informations suffisamment détaillées ou fiables. Les données à recenser selon les termes de l'article 38 de la loi hospitalière (diagnostics et interventions) ne sont pas encore disponibles pour les activités réalisées en hospitalisation de jour. Néanmoins, on peut constater une grande disparité entre établissements hospitaliers luxembourgeois, il n'y a manifestement pas d'unanimité sur les traitements à effectuer en ambulatoire.

Au-delà de l'augmentation des taux d'interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire, il semble primordial de garder à l'esprit que la prise en charge du patient ne débute pas lorsqu'il entre dans un établissement de soins et elle ne s'arrête pas lorsqu'il quitte cet établissement. Le virage ambulatoire implique une vision élargie du parcours patient par les équipes et un travail en synergie entre tous les acteurs. Nous constatons que certains établissements en tiennent compte et mettent en place des modalités de prise en charge comme la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC).

Un financement plus incitatif et un partage plus efficient des informations de santé pourraient certainement accélérer cette évolution, il faut cependant impérativement stimuler une culture de collaboration dans un secteur qui fonctionne encore souvent en silos, il faut un travail de préparation conséquent (formation du réseau de soins, installations à domicile, télémédecine

etc) pour garantir un niveau élevé de la sécurité de prise en charge à domicile et il faut adapter l'investissement dans les infrastructures stationnaires.

La CNS estime que le système de financement actuel n'incite pas à l'efficacité et souligne l'urgence d'évoluer vers un système qui permet de mieux contenir les dépenses tout en promouvant un soin de qualité. Un système de financement plus favorable de la médecine ambulatoire accompagné de mesures plus contraignantes pour éviter des hospitalisations médicalement non justifiées sont des éléments clés pour évoluer vers un développement cohérent de la médecine ambulatoire.

Question 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**

Aujourd'hui les maisons médicales sont conçues pour permettre aux patients un accès à la médecine générale en dehors des temps d'ouvertures habituels des médecins généralistes. Elles constituent donc un maillon du système de soins primaires. Elles permettent aussi d'éviter un recours aux services d'urgence dans les cas pour lesquels les moyens hospitaliers ne sont pas nécessaires.

Elles contribuent à l'organisation du système de remplacement en médecine générale en l'absence de toute autre base réglementaire précisant les modalités d'organisation de ce système.

En ce qui concerne leur impact sur la fréquentation des services d'urgence, aucune évaluation n'a été faite aujourd'hui. La proportion de patients se présentant aux services d'urgences des hôpitaux avec un score de gravité peu important selon l'échelle canadienne de triage et de gravité reste trop importante.

L'importance d'une proximité des maisons médicales par rapport aux hôpitaux avec une bonne coordination du triage des urgences est évidente. La maison médicale pédiatrique, puisque celle-ci se trouve dans l'enceinte du CHL en est un bon exemple. La proximité par rapport aux services médico-techniques des hôpitaux permet d'éviter un suréquipement des maisons médicales.

Une collaboration étroite entre maisons médicales et hôpitaux ne doit pas se limiter à une proximité des lieux et une coordination au niveau de la prise en charge des urgences, mais doit également reposer sur un système de financement de gardes et permanences cohérent qui couvre aussi bien les besoins de soins primaires que de soins hospitaliers.

Dans la mesure où les maisons médicales assurent aujourd'hui le service de remplacement pour les médecins généralistes, la question du personnel est la même que dans le cas des cabinets des médecins généralistes. Un personnel soignant ne semble donc pas nécessaire, du moins dans l'hypothèse de l'acte de consultation médicale. En règle générale le personnel se limite dans cette hypothèse à des postes de secrétariat.

A noter que la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, telle que modifiée par la loi du 14 juillet 2010,

stipule (art. 6) que l'organisation et les modalités de fonctionnement du service de remplacement, visant à assurer la continuité des soins à la population pendant les heures usuelles de fermeture des cabinets médicaux, sont déterminées par règlement grand-ducal. Force est de constater qu'un tel RGD n'a pas encore été pris à ce jour.

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

- **Leur statut**

S'il est vrai que de nouveaux modèles de santé, à mi-chemin entre une structure hospitalière et un cabinet de médecine de ville, émergent depuis quelques temps dans les pays frontaliers, la notion de centres médicaux pluridisciplinaires n'existe pas à ce jour au Luxembourg.

Il serait indispensable au préalable de définir une nouvelle stratégie de l'offre de santé au niveau du Luxembourg et un système de planification/pilotage réajusté sur base d'une carte sanitaire qui prend en compte les besoins liés à une prise en charge de soins stationnaires et les besoins liés à une prise en charge de soins ambulatoires.

Dans l'hypothèse où une base légale était créée en vue de prévoir un statut pour de telles structures, cela impliquerait la révision de l'intégralité des conventions conclues entre la CNS et les différents prestataires de soins ainsi que des nomenclatures y afférentes.

Ces préalables ainsi définis, il serait possible de proposer des centres médicaux pluridisciplinaires pour regrouper des professionnels de soins tels que des médecins, des paramédicaux, des sages-femmes, des dentistes et même intégrer une pharmacie ou des centres de prélèvement ou d'autres acteurs qui proposent des prestations de santé.

Les praticiens d'un centre médical pluridisciplinaire travaillent sous statut libéral, mais peuvent se regrouper notamment pour partager des frais d'infrastructure ou de fonctionnement, pour proposer des prises en charge coordonnées aux patients, pour faciliter aux nouveaux médecins le démarrage de leur activité ou pour mettre en place des plans de succession.

Les centres médicaux pluridisciplinaires ont donc un statut de « personne morale » constituée entre des professionnels de santé. La possibilité pour les professionnels de se regrouper sous forme sociétale est un facteur important pour inciter le développement de tels centres.

Dans le GT1 du Gesondheitsdesch, plusieurs structures possibles sont envisagées à savoir : structures gérées par les hôpitaux sur les sites hospitaliers, structures gérées par les hôpitaux sur des sites connexes, structures cogérées par les hôpitaux et des sociétés de médecins sur des sites connexes et structures gérées par des sociétés de médecins. La bonne formule dépend de la mission confiée au centre médical pluridisciplinaire et de son lieu d'implantation.

- **Les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les centres médicaux pluridisciplinaires**

Les centres médicaux pluridisciplinaires assurent des activités de soins multidisciplinaires sans hébergement et il est envisageable qu'ils participent à des

actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Dans les missions potentielles peuvent figurer également la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, le développement continu professionnel des praticiens, des sages-femmes et du personnel paramédical, l'éducation, la prévention et l'aide médicale urgente.

Donc ils peuvent également assurer des missions de proximité, ayant ainsi un rôle de complémentarité par rapport aux hôpitaux qui, dans un souci d'efficience, devraient poursuivre leur concentration.

Les centres médicaux pluridisciplinaires doivent avoir la possibilité de disposer des équipements indispensables pour une prise en charge de qualité par rapport leur mission. Or, le système de financement au Luxembourg est basé sur une logique de paiement par acte. Cette logique est également utilisée pour le financement d'équipements techniques. Avec le progrès technique, les équipements gagnent en performance et en efficacité et devraient permettre de réaliser des économies au niveau du financement, or c'est le contraire qui se produit actuellement, ce qui risque d'inciter les exploitants d'un centre médical pluridisciplinaire à suréquiper leur plateau médico-technique dans un souci d'optimisation financière.

Pour assurer que le développement de tels centres réponde à un besoin réel, il est impératif de soumettre leur création à un système d'autorisation dans le cadre d'une planification et de procéder à un cadrage de leurs missions. Dans un souci de maîtrise de l'évolution du coût de la santé, il faut envisager une extension de l'EBG du secteur hospitalier sur le secteur extrahospitalier et un système de financement pour les centres avec des équipements lourds qui incite à la qualité de la prise en charge et non à une simple production de volume.

- **Les relations entre ces centres médicaux, les équipes soignantes et les établissements hospitaliers pour différentes prestations**

Le concept de centres médicaux pluridisciplinaires place le médecin de famille du patient comme le principal pilote de l'ensemble des équipes qui participent à sa prise en charge. L'enjeu organisationnel est ainsi double. Il s'agit, d'une part, de favoriser la coordination de la prise en charge des patients et, d'autre part, faciliter la coopération interprofessionnelle, et ce au niveau des cabinets mais également au niveau de l'ensemble du système de santé, et tout au long du parcours de soins des patients, et donc aussi avec les établissements hospitaliers.

- **Les frais de passage pour le remboursement de certaines prestations**

Comme écrit plus haut, le système de financement au Luxembourg basé sur une logique de paiement par acte et tout particulièrement de « location d'appareils » n'est pas adapté dans le cadre de la mise en place de centres médicaux pluridisciplinaires, il faudrait déjà abolir la logique de rémunération basée sur la location d'appareils et concevoir des nouveaux modes de financement avec des critères de valorisation financière incitatifs comme par exemple la validation d'un véritable cahier des charges comprenant à minima:

- L'accès aux soins proposé aux patients : amplitudes horaires d'ouverture, accès à des soins non programmés
- La diversité de l'offre de soins au sein de la structure

- La prise en charge coordonnée des patients : coordination, concertation et protocoles pluri-professionnels de prise en charge et de suivi des patients
 - Le suivi de la relation patientèle et les résultats des indicateurs médicaux d'efficacité et de performance
 - Les efforts réalisés pour répondre aux besoins des patients de la structure
 - L'acquisition d'un système d'information partagé
- **Le nouveau cadre légal pour les centres médicaux pluridisciplinaires**

En plus des travaux actuellement en cours portant sur le cadre légal qui s'appliquera sur les formes sociétales des professions de santé, la mise en place de structures plus lourdes avec plateaux médico-techniques ou centres de chirurgie ambulatoire, éventuellement encore financés avec l'aide des pouvoirs publics, appelle à remettre en question le cadre légal et une organisation qui se fondent essentiellement sur un exercice libéral où les médecins sont rémunérés uniquement à l'acte dans une relation duale avec le patient.

Le cadre légal doit promouvoir des nouvelles formes organisationnelles qui aboutissent à des relations continues d'échanges d'information et de décisions concertées et qui valorisent le travail de coordination pour faire intervenir les bons professionnels.

- **Leurs relations avec la Caisse nationale et la nomenclature**

Une nouvelle logique de rémunération engendre également un autre type de relations avec la CNS et la nomenclature. Des parcours de soins ou des approches de soins coordonnés doivent reposer sur des standards de bonnes pratiques médicales à établir (p.ex. à travers cellule d'expertise médicale (CSS Art. 65bis) et/ou Conseil scientifique) et permettre de créer ainsi la base pour un monitoring de qualité et au fur et à mesure une rémunération fondée sur des indicateurs de P4P (Pay for Performance)

- **L'éventuel soutien public pour ces centres médicaux et leurs obligations éventuelles dans un tel contexte ?**

Chez nos voisins, les gouvernements ont mis en place des mesures incitatives financières permettant de favoriser l'installation de centres médicaux multidisciplinaires dans certaines régions, notamment rurales, afin de contrer la désertification médicale. Vu la taille du Luxembourg, c'est plutôt le secteur tendu de l'immobilier qui peut justifier un soutien avec des fonds publics.

Question 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**

Les professionnels des soins primaires devraient être les garants d'une meilleure coordination entre le secteur hospitalier et le secteur extra-hospitalier. Les nouveaux concepts de prise en charge reposent tous sur une logique de coordination des parcours entre les structures de ville, les cabinets libéraux, les maisons et centres de santé, et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux.

En effet, les parcours placent les patients au centre de la prise en charge. Ce ne sont plus eux qui doivent s'adapter au système de santé (organisations ou structures), mais c'est au système de s'organiser pour répondre à leurs besoins.

- **La coopération du médecin généraliste avec certaines professions de santé**

Elle représente une nécessité car construire des parcours pour les patients dans un contexte de ressources contraintes, y compris humaines, incite à revoir les pratiques des professionnels, leur mode de relation, leur organisation, aussi bien en secteur hospitalier qu'ambulatoire.

Ces nouvelles pratiques se rencontrent essentiellement dans le suivi de maladies chroniques et, de plus en plus, dans le cadre de consultations ou d'actes techniques, mais doivent aussi pouvoir répondre à des impératifs sanitaires tels qu'une pandémie régionale ou mondiale.

L'exercice coordonné et pluri-professionnel, associant médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinés, pédicures-podologues..., trouve un terrain privilégié au sein des structures ambulatoires des centres médicaux multidisciplinaires.

Les professionnels des soins primaires sont garants de cette évolution, en priorité les médecins traitants et, chaque fois que cela est indiqué, les autres spécialistes et auxiliaires médicaux. A leur niveau, les hôpitaux doivent se recentrer sur leur mission première : les soins et non l'hébergement, avec des hospitalisations plus adéquates, des durées de séjours plus conformes aux besoins des patients et une offre de soins plus graduée au regard des avancées scientifiques.

Dès lors, l'hôpital ne sera plus le centre mais une étape de la prise en charge des patients.

Cette coopération entre professionnels induit également des pratiques en appui sur des systèmes d'information de santé communicants et sécurisés. L'exercice coordonné et la collaboration entre les professionnels (de santé, médico-sociaux et sociaux) qui prennent en charge les patients dans le cadre des parcours doit être facilité par la numérisation de tous les échanges et partages de données de santé.

Question 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)**

Lancée en mars 2020 par l'Agence eSanté (AeS) et adoptée par de nombreux patients, la téléconsultation ou consultation à distance avec un médecin a prouvé son utilité dans le contexte de l'épidémie liée au Coronavirus. Depuis, l'AeS fait évoluer la solution qu'elle a mise en place en collaboration avec un industriel et elle apporte son soutien aux autres éditeurs qui souhaitent mettre en production leurs développements techniques.

D'un point de vue informatique, le virage est donc pris. Par contre, jusqu'à une mise en production à plus large échelle, de nombreux points doivent être traités :

- Le cadre juridique doit être adapté pour protéger le professionnel dans l'exercice de son activité, le patient pour lui garantir une prise en charge de qualité et une protection de ses données de santé.
- Les protections nécessaires pour empêcher toute déviance mercantile par des entreprises ou des prestataires (implantés en dehors du territoire national) qui tenteraient d'approcher nos patients de cette manière.
- La déontologie des médecins couvre la téléconsultation, mais n'est pas suffisamment spécifique pour toutes les questions précises liées à cette forme de consultation.
- La traçabilité et la documentation doivent être assurées.
- Analyser scientifiquement dans quelles situations la prise en charge par téléconsultation est appropriée, dans quels cas, la consultation normale est à privilégier et quand faut-il combiner les deux types de consultation?
- Les aspects de sécurité doivent être étroitement surveillés, en particulier tous les éléments en rapport avec la cybersécurité.

Les principes fondamentaux pour la téléconsultation reposent sur:

- Le respect du principe de connaissance préalable du médecin téléconsultant.
- Le recours à des techniques fiables et notamment à la vidéotransmission.
- La limitation de l'intrusion c'est à dire le recueil des données strictement nécessaires à la continuité des soins.
- La promotion de la capacité du patient à exercer sa liberté de choix d'agir et de décider de la mise en œuvre de la téléconsultation dans le respect de son consentement.

- **Le cadre légal de la télémédecine, Les responsabilités des différents acteurs (médecins, pharmaciens, et infirmiers (réseaux de soins)) et leurs relations ?**

Le développement des techniques d'information et d'échanges par télémédecine est susceptible d'apporter un bénéfice considérable dans la prise en charge de patients, dans les échanges entre praticiens pour le bénéfice des malades et dans la formation médicale permettant une meilleure uniformisation des pratiques.

Le terme télémédecine regroupe :

- **La téléconsultation** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient.
- **La télé-expertise** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leur formation ou de leur compétence particulière.
- **La télésurveillance médicale** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et le cas échéant de prendre des décisions.
- **La téléassistance médicale** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé, en général dans un contexte d'urgence

Les récents développements de la télémédecine soulèvent cependant des problèmes médico-légaux particuliers notamment du fait de l'implication de personnels non médicaux et de l'utilisation de nouvelles technologies. C'est la télé-expertise qui soulève le plus de problèmes juridiques par l'intervention, souvent à distance, des

différents professionnels de santé (ou des établissements de santé) qui entrent dans le processus de prise en charge.

Des complexités supplémentaires risquent de survenir avec l'internationalisation de la pratique. Rien n'interdit à un patient luxembourgeois d'utiliser des services de télémédecine d'autres pays européens et provenant de pays où le droit est bien moins regardant sur le secret médical, la responsabilité, les assurances obligatoires des professionnels de santé etc. Se pose alors également la question de la compétence juridictionnelle du tribunal en cas de litige.

Question 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 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 ?**

- **Définition, objectifs**

S'il est communément admis de dire que l'HAD consiste à délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital, force est de constater qu'il existe une hétérogénéité de modèles dans les pays qui pratiquent l'*hospital at home*, sans qu'aucun de ces modèles soit mis en évidence dans la littérature comme modèle de référence. En réalité les modèles répondent en large partie à des besoins locaux spécifiques.

Les objectifs affichés concernent le raccourcissement des durées de séjour à l'hôpital, respectivement l'évitement de certaines hospitalisations. L'HAD correspond aussi aux préférences de beaucoup de patients qui souhaitent, dans la mesure du possible, recevoir des soins sur leur lieu de vie.

L'offre de soins de l'HAD peut aller des soins curatifs, aux soins de revalidation, en passant par les soins palliatifs. En France les soins palliatifs constituent l'une des principales activités pour laquelle il est recouru à l'HAD. Il est à noter qu'au Luxembourg aussi, les soins palliatifs sur le lieu de vie des patients, sont pris en charge par l'assurance maladie et l'assurance dépendance. En moyenne et par jour, 150 personnes ont bénéficié d'une telle prise en charge à leur domicile (données 2019). En établissement (Cipa, maison de soins et structures relevant du secteur handicap) ce chiffre s'est établi à quelques 40 cas par jour.

Le carnet de soins est le dispositif imaginé par le législateur luxembourgeois devant permettre le suivi et la coordination des soins entre les différents intervenants dans la

prise en charge (médecins, réseau d'aide et de soins, hôpital). Or, selon le dernier rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, ce dispositif est peu utilisé par les prestataires, car jugé peu fonctionnel et ne répondant pas aux besoins du terrain.

Pourtant pour le déploiement d'une HAD, il est primordial de prévoir des **mécanismes de coordination** et de suivi efficaces et fiables, puisque par définition l'HAS repose sur le principe de la multidisciplinarité de la prise en charge qui fait intervenir plusieurs acteurs.

Pour assurer la continuité des soins, le travail en réseau, avec des accords avec d'autres prestataires et services de soins, tant en amont (hôpitaux) qu'en aval (première ligne) de l'HAD doit être garanti. Ceci présuppose une formalisation des interactions (conventions), le développement et l'usage des protocoles de soins et de dossiers informatisés partagés entre acteurs. Le DSP constitue à cet égard une solution à privilégier. La fonction du case manager (gestion du plan de prise en charge du patient et coordinateur des différents intervenants) sera à développer. A terme, il faudra réfléchir sur l'opportunité de mise en place d'un seul DPI qui couvre le séjour hospitalier et le séjour extrahospitalier.

Trois approches peuvent être envisagées : soit c'est l'hôpital qui « sort de ses murs » pour dispenser des soins au domicile des patients, soit ce sont les soignants de première ligne (médecins généralistes, infirmiers à domicile, kinésithérapeutes...) qui se spécialisent pour donner ces soins. La troisième approche peut trouver un consensus entre les prestataires intervenant dans le cadre de l'HAD : un modèle mixte, impliquant une étroite collaboration entre différents acteurs. Cette dernière approche semble la plus réaliste et celle qui pourrait être mise en place le plus rapidement.

L'organisation, l'identification des acteurs, la définition des rôles et des responsabilités vont dépendre des critères qui seront retenus pour l'éligibilité pour une HAD. Ces critères pourront porter sur des pathologies (cancers, problèmes respiratoires, hématologiques, cardiovasculaires, neurologiques, ORL, rhumatologiques, digestifs, SIDA, autres maladies infectieuses, diabète, etc.), l'intensité des soins (degré de multidisciplinarité, fréquence de passage qui sont nécessaires pour le patient, équipements nécessaires etc.) le type de soins (curatifs, palliatifs, réhabilitation etc.).

L'organisation, les acteurs, les rôles et les responsabilités ne seront pas les mêmes selon qu'il s'agisse d'une dialyse à domicile, d'un suivi postpartum pathologique ou encore de soins palliatifs.

- **Financement**

Comme pour tous les soins de santé, la question est de trouver comment allouer au mieux les ressources. L'utilisation de groupes d'activités homogènes tels qu'ils sont définis pour les hôpitaux comme base de financement pour l'HAD devra plutôt être écartée : les systèmes de classification de l'hôpital ne correspondent pas nécessairement aux schémas de prise en charge utilisés dans l'HAD. A l'exception de la France qui a développé une classification spécifique pour l'HAD différente de celle des patients hospitalisés, les différents pays voisins n'ont pas opté pour une telle approche.

Le système de bundled ¹ payment pourrait en théorie également être une option. En pratique ce système n'est pas facile à mettre en œuvre.

Les exemples étrangers montrent que la manière dont les services HAD sont financés dépend étroitement de leur ancrage dans le système de soins global et donc du type de financement des autres prestataires de soins.

Dans le cas où les systèmes de financement actuels (budgétisation du secteur hospitalier, paiement à l'activité pour les soins à charge de l'assurance maladie, paiement largement basé sur une logique forfaitaire pour l'assurance dépendance), il faudra veiller à lier les différents modes de financement dans le cadre de l'HAD, pour éviter les doubles financements et pour garantir la cohérence entre les différents mécanismes de financement.

Un autre point d'attention concerne une éventuelle déconnection des tarifs des coûts qui entraînera inévitablement à une sélection des patients.

En ce qui concerne la maîtrise des coûts, il est généralement renvoyé à l'effet que l'HAD peut avoir sur la réduction des durées moyennes de séjour. L'HAD implique de ce point de vue une contention, voire une réduction, des frais d'infrastructure hospitalière, en réservant les lits hospitaliers qu'aux seuls patients qui ont en vraiment besoin. D'un autre côté il faut souligner que l'HAD entraîne une perte de productivité en ce sens que les processus de prise en charge sont plus compliqués à mettre en œuvre : coordination des acteurs, déplacement des personnels soignants (il est estimé que le temps de travail utile au niveau des aides et soins au lit de la personne à domicile est amputé entre 20 % et 30 % par des temps de déplacement), etc.. De plus, sans cadrage en ce qui concerne les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'HAD, il y a un risque de prolongation de celle-ci, ou le recours à celle-ci pour des patients qui n'ont en pas besoin.

- **Cadre légal et réglementaire**

L'HAD offre certainement des opportunités, venant enrichir le système de santé. En l'absence d'un cadre de référence clair et précis, il y a un réel risque que cette modalité se développe de façon désordonnée, alors qu'elle exige un haut niveau de coordination, vu le nombre plus ou moins important d'acteurs qu'elle fait intervenir.

Pour des considérations de sécurité pour le patient, de responsabilité professionnelle pour les prestataires, il faudra donner un cadre légal précisant les conditions d'organisation, de formation et d'équipement à observer dans le cadre de l'HAD.

Les mécanismes de financement devraient être précisées, pour éviter des dérives (sélection des patients, doubles financements) ou des incitatifs contreproductifs. Des nouveaux mécanismes de financement (p.ex. capitation, bundled payments) pourraient être envisagés.

La réglementation devrait être pensée par rapport au périmètre que l'HAD sera censée couvrir : pathologies, critères d'intensité des soins, types de soins.

¹ Principe : pour un épisode de soins ou une période donnée, une rémunération forfaitaire globale est prévue pour tous les différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge d'une pathologie ou d'un acte donné : l'intérêt consiste à inciter à limiter les actes / services inutiles et à renforcer la coordination entre professionnels

Une approche progressive devrait être envisagée en ce qui concerne le périmètre, en l'étendant au fur et à mesure des expériences acquises. Une évaluation du déploiement des soins palliatifs à domicile au Luxembourg pourrait permettre de tirer certaines conclusions concrètes pour l'élaboration du concept de l'HAD au Luxembourg.

Comme il y a un lien entre l'HAD et l'hospitalisation tout court, le déploiement de l'HAD devra être pris en compte au niveau de la planification hospitalière.

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

- **Le plan hospitalier**

Pour rappel, le 1er plan hospitalier a été créé en 1998 et a été établi par règlement grand-ducal. Il a pour vocation de répondre aux besoins sanitaires du pays, ainsi qu'aux contraintes d'un fonctionnement efficient des établissements hospitaliers.

La Loi du 17 décembre 2010 précise que le Plan Hospitalier :

- ✓ Procède au classement des établissements existants ;
- ✓ Définit les services hospitaliers et centres de compétences pouvant être autorisés et fixe un nombre maximal de services ;
- ✓ Détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

La Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière introduit un nombre important de modifications et de précisions relatives à la planification hospitalière, et aux rôles et responsabilités des différents acteurs.

Les différents plans hospitaliers ont été établis à partir d'une extrapolation des chiffres d'activité appliquée sur des prévisions d'évolutions démographiques. Le virage ambulatoire aura nécessairement des conséquences sur les taux d'occupation des lits hospitaliers et justifiera donc une adaptation du nombre de lits stationnaires existants et à planifier et une adaptation de la dotation de personnel dédiée à l'activité stationnaire.

Le virage ambulatoire nécessite une organisation spécifique : les prestations ambulatoires en chirurgie et en médecine sont délivrées dans des structures identifiées dotées de moyens humains et matériels adaptés. Ceci aura nécessairement des conséquences sur le plan hospitalier actuel, d'autant plus si le virage ambulatoire est mis en œuvre en combinaison avec la création de centres médicaux pluridisciplinaires chargés d'une mission de chirurgie ambulatoire et avec l'hospitalisation à domicile.

Les conséquences seront notamment :

- ✓ De réduire les dépenses inhérentes à l'hospitalisation ;
- ✓ D'éviter l'occupation de lits ou places d'hospitalisation pour des patients dont l'hospitalisation n'est pas médicalement justifiée ;
- ✓ De limiter la création de lits hospitaliers supplémentaires ;
- ✓ De permettre au patient de vivre au maximum dans un contexte moins traumatisant que le milieu hospitalier ;

- ✓ D'inciter les hôpitaux à se restructurer, à se spécialiser, à redimensionner leur offre de soins et à adopter des stratégies de coopération entre hôpitaux et avec la médecine de ville et les réseaux de soins.

- **Le statut du personnel**

Le virage ambulatoire devra conduire à une collaboration étroite entre les professionnels de santé des hôpitaux et le personnel exerçant dans les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Ce dernier doit être formé aux spécificités des prises en charge ambulatoires et la présence permanente d'une équipe pluri-professionnelle.

Il est donc préférable d'avoir une cohérence entre statuts du personnel, ne serait-ce que pour faciliter une mobilité et une bonne collaboration des professionnels de santé entre les différentes structures et les différents acteurs dans le système de santé.

- **La continuité des soins**

Le virage ambulatoire implique aussi des progrès majeurs en matière de coordination des prises en charge entre la ville et l'hôpital et de renforcement de l'accès aux soins primaires et à l'hospitalisation à domicile.

Les professionnels doivent s'assurer que le retour se fera dans de bonnes conditions pour le patient, mais aussi son entourage, c'est-à-dire vérifier que le domicile soit équipé et mesurer l'impact sur les proches. L'hôpital doit également être préparé au risque que certains des patients doivent être hospitalisés ou ré-hospitalisés.

Les prestataires doivent donc mettre en place des formes de collaboration et de coordination qui assurent la continuité des soins. C'est à ce niveau que le développement des techniques d'information et d'échanges par télémédecine apportent des nouvelles solutions facilitant la continuité des soins entre différents acteurs.

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

Offrir des soins de qualité au patient signifie « assurer les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment ». Cela comprend aussi et surtout de répondre à la demande des patients et de leurs proches en faisant évoluer les soins et les services. La médecine ambulatoire est à comprendre dans un contexte de parcours de soins qui amène à un changement de paradigme profond : l'adaptation de la prise en charge, des relations entre professionnels, des structures et des moyens autour des malades, de leur entourage et de leurs besoins... et non plus l'inverse.

Cependant, il s'agit également d'un transfert d'une charge de la collectivité vers l'entourage. Si les patients sont prêts cela représente un réel soulagement mais dans le cas inverse cela peut s'accompagner d'un angoisse individuelle ou collective pour les proches. Il faut donc assurer que les proches disposent des espaces et des équipements adéquats et bénéficient des conseils, du soutien et de l'accompagnement adéquats pour qu'un retour à la maison anticipé se passe en toute sécurité.

Ce mode devrait aussi pouvoir s'accompagner par des patients experts et par un rôle renforcé des pharmaciens.

Question 9 : Quelles propositions sont prioritaires pour vous ?

Le Gesondheetsdesch traite un nombre très important de thématiques pour améliorer le système de santé. En répondant à la **question 9 « Quelles propositions sont prioritaires pour vous ? »** à partir des perspectives « virage ambulatoire et centres médicaux pluridisciplinaires », les propositions prioritaires sont les suivantes :

1. Elaboration d'une vision de l'écosystème de santé du futur (projet 7 Gesondheetsdesch)
2. Formes sociétales des professions de santé (projet 1 Gesondheetsdesch)
3. Statuts et missions des centres médicaux pluridisciplinaires (à discuter dans le cadre du GT1))
4. Elaboration d'une carte sanitaire extrahospitalière (projet 8 Gesondheetsdesch)
5. Changer d'un système de financement centré sur l'aigu et basé sur une simple logique de paiement par acte vers des systèmes de financement de parcours de soins avec un incitant P4P (à discuter dans le cadre du GT6)
6. Réforme de la nomenclature (projet 10 Gesondheetsdesch)
7. Mise en œuvre stratégie eSanté pour accélérer la digitalisation de la santé (projet 18c Gesondheetsdesch)
8. Renforcer le rôle de la médecine primaire (actuellement non identifié comme projet dans le cadre du Gesondheetsdesch)
9. Hospitalisation à domicile (projet 13 Gesondheetsdesch)
10. Améliorer le système du médecin référent pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques, auxquelles s'ajoutera le Long Covid (projet 17 Gesondheetsdesch)
11. Revue des attributions professionnelles et formations (projet 4 Gesondheetsdesch)