



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Courrier n°253262
Responsable: Pommerell Patricia
Auteur: Collège médical

Envoyé au service Expédition le 22/04/2021 à 09h57

Prise de position du Collège médical 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)

Luxembourg, le 21 avril 2021



Monsieur
Fernand ETGEN
Président de la Chambre des Députés
23, rue de Marché aux Herbes
L-1728 LUXEMBOURG

Courriel : ppommerell@cchd.lu

N. réf. : S210412/RoH-rh (E210485)

Objet :

- 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 »
- Questionnaire en rapport avec le 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 »

Monsieur le Président,

Mesdames, Messieurs les Députés,

Le Collège médical accuse bonne réception de votre courrier du 17 mars 2021.

Il est évident que le sujet est d'une grande complexité au vu

- des engrenages qui se sont établis au fil des années entre les différents acteurs et dont les changements risquent d'avoir des répercussions imprévisibles,
- de l'envergure qu'ont prise des dépenses en rapport avec les soins de santé et qui risquent de se voir augmenter encore.

Vue la spécificité du champ d'action des différents acteurs, même de ceux issus d'une même profession, il est difficile, voire impossible, de répondre à nombre des questions posées par les honorés députés sans omettre le point de vue de l'un ou autre concerné.

Par ailleurs le Collège médical se permet d'exprimer son étonnement face à cette initiative de la Chambre des Députés, alors que le sujet du « virage ambulatoire » ou encore la « complémentarité entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier » a été le sujet maître du groupe de travail 1 du « Gesondheetsdesch » initié début 2020 par les Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale et auquel participent la majorité des acteurs opérant dans le système de santé luxembourgeois.

Il vous suggère, avant tout progrès dans le dossier, d'attendre les conclusions de « Muller Healthcare Consulting », société forte d'une expérience dans le domaine des soins de santé en Suisse, chargée par les Ministres de l'organisation du « Gesondheetsdesch ». Cette table réunit des représentants des ministères, des assurances sociales, des professions de santé, des

Page 1 of 10

employeurs dans le domaine de la santé, des syndicats, des patients, etc., qui se penchent depuis plus d'un an sur la problématique soumise pour avis. Le dernier groupe de travail devant se réunir le 21 avril, la publication du rapport final ne devrait pas tarder et pourra contribuer à donner des réponses à nombre de vos interrogations.

Veillez trouver en annexe un document de travail que le Collège médical a présenté à cette occasion.

Le Collège médical vous prie d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs les Députés, l'expression de sa parfaite considération


Le Secrétaire,
Dr Roger HEFTRICH

Pour le Collège médical,


Le Président,
Dr Pit BUCHLER

Annexes :

- Document de travail du Collège médical préparé et présenté au groupe de travail¹ du « GESONDHEETSDESCH » en date du 23 septembre 2020
- Questionnaire soumis par la Chambre des Députés

Vers une meilleure complémentarité entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier

Document de travail du Collège médical préparé en vue de présentation au groupe de travail 1 du « GESONDHEETSDESCH » en date du 23 septembre 2020.

Le sujet est en étroite corrélation avec le sujet de l'accès aux soins pour les patients.

Actuellement nous avons une situation d'accès aux soins primaires dans des cabinets de médecins généralistes, fonctionnant de plus en plus en cabinet de groupe, mais dont aucune planification n'existe pour une éventuelle distribution régionale géographique équitable.

Des initiatives gouvernementales ont déjà été prises favorisant l'exercice de la médecine générale de groupe, en accordant une prime de 10.000 € aux candidats rejoignant une association de médecins qui offre en contrepartie une disponibilité plus large en étendant les heures d'ouverture des cabinets. Une initiative élaborée tendant à faire fonctionner les cabinets de médecine générale en réseau n'a pas trouvé d'approbation, notamment par la question du financement.

Une App DispoDoc a été créée permettant aux patients de s'orienter rapidement sur la disponibilité d'un médecin ; cette App ne fonctionne malheureusement guère.

Toutes ces initiatives bienveillantes ont donc malheureusement échoué !

3 Maisons médicales ont été créées, qui assurent l'accès aux soins primaires aux heures où les cabinets médicaux sont généralement fermés.

Dans les 4 grands établissements hospitaliers existent par ailleurs des policliniques pour les urgences médico-chirurgicales.

Un service de garde des pharmacies ouvertes au public existe, mais dont l'offre est géographiquement disparate.

Les soins secondaires de médecine spécialisée, avec sa nécessité de devoir disposer d'équipements techniques de diagnostic sophistiqués (et coûteux !), sont actuellement concentrés dans les établissements hospitaliers, tout autant que presque toutes les disciplines chirurgicales. Elle est donc quasi planifiée pour la répartition géographique dans le pays et par le fait que l'équipement technique lourd qu'elle nécessite est rationné par la nécessité d'une autorisation ministérielle pour pouvoir en disposer.

Une nouvelle donne à cette situation de rationnement est pourtant intervenue par le jugement assez récent de la Cour constitutionnelle à propos de l'anti constitutionnalité de l'élaboration d'une liste fixant le matériel médical (lourd) ne pouvant être utilisé que dans un cadre hospitalier.

L'avantage de cette planification rationnée de l'équipement lourd et de l'entourage en personnel et matériel de l'activité chirurgicale est que leur financement est assuré par l'Etat voire la CNS et est mis à disposition des pratiquants de la médecine.

Evidemment la médecine spécialisée se pratique également à un niveau plus « basique » dans des cabinets, souvent de groupe, évoluant ces derniers temps à devenir pluridisciplinaires, voire pluriprofessionnels. La plupart des médecins spécialistes y exerçant sont agréés à un établissement hospitalier et ils y exercent en tant que libéraux (à l'exception des médecins du CHL), dans une structure en fait publique et financée donc par l'Etat.

Finalement on peut considérer que les soins secondaires, tels qu'administrés actuellement dans notre pays, correspondent en réalité à des soins tertiaires, hospitaliers.

L'accès aux soins tant primaires que secondaires, avec une prise en charge efficace, est souvent difficile pour les patients.

Ceci a plusieurs raisons : manque de médecins (spécialistes), manque d'équipements diagnostiques nécessaires pour pratiquer la discipline spécialisée au cabinet, une nomenclature et tarification désuètes des actes médicaux (disproportion entre actes techniques et intellectuels, règles anti cumul !,), pharmacies ouvertes au public de garde parfois compliquées à joindre par les patients.

Pistes à suivre :

Revaloriser les soins primaires en créant des cabinets de groupe régionaux voire en fonctionnant en réseau et offrant (à tour de rôle) une disponibilité permanente et pouvant ainsi utilement remplacer les maisons médicales.

Promouvoir le médecin référent, gérant nécessaire du DSP, guide confident du patient à travers le système de santé et assurant la continuité des soins tant secondaires que tertiaires, post hospitaliers.

Permettre l'exercice sociétal de la médecine (projet en cours), la création de sociétés permettant un travail pluridisciplinaire efficace et proche du patient, notamment en donnant la possibilité de s'équiper des moyens techniques diagnostiques et thérapeutiques nécessaires et offrant une disponibilité optimisée.

Penser à créer, à l'instar des CPTS en France (Communautés professionnelles territoriales de Santé) et au-delà de sociétés d'activité purement médicale, des structures de diagnostics et de soins, régionales, suivant le besoin de la population de la région (ex : une concession de pharmacie par 5.000 habitants.)

Prévoir un cadre légal des normes des structures ambulatoires régionales permettant une activité qui à l'heure actuelle est réservée à l'hôpital : imagerie interventionnelle et fonctionnelle, chirurgie, endoscopie, anesthésie, ...

Installer un système d'échange et de communication entre pharmacies hospitalières et pharmacies de ville qui permettrait une meilleure prise en charge de la thérapie médicamenteuse du patient après sa sortie d'un hôpital.

Revoir le système de garde des pharmacies afin d'améliorer leur accessibilité en tenant compte de la distance géographique (pharmacies – hôpitaux – cabinets).

Promouvoir et réaliser l'idée de réseau/centre de compétences auprès des 4 grands hôpitaux, en se concertant entre eux sur leurs spécialisations et compétences particulières respectives. L'idée a été lancée de regrouper les 4 hôpitaux en une entité d'hôpital universitaire, donnant une suite logique au projet (déjà initié) d'offrir une formation médicale complète au Luxembourg. Une gouvernance commune des hôpitaux serait nécessaire.

La crise pandémique nous a appris que si la pression et la nécessité y sont, de nombreux outils peuvent être créés permettant une efficacité de prodiguer des soins tout en limitant raisonnablement la charge financière : téléconsultation, centrale d'achat commune des hôpitaux, création d'unités spéciales pour p.ex. patients Covid au sein d'un seul hôpital, permettant aux autres hôpitaux de fonctionner normalement pour la prise en charge des pathologies communes, création d'un réseau

de garde pour les maisons de soins, possibilité de stockage et de dispensation de médicaments en dehors d'autres institutions que les pharmacies, nouvelle réglementation pour l'utilisation de médicaments off-label ou hors AMM...

Et on pourrait même aller à imaginer que, si le pays avait disposé de structures ambulatoires pluridisciplinaires équipées pour les besoins, la prise en charge des pathologies autres que le Covid-19 aurait été possible, évidemment sous conditions d'hygiène stricte, mais avec une plus grande flexibilité que les hôpitaux, qui avaient quasiment fermé leurs services pour ne se concentrer que sur la pathologie Covid, notamment pour éviter le mélange de flux des patients Covid et non Covid.

QUESTIONNAIRE

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

Les soins de santé peuvent être classés en trois classes :

- Les soins primaires ne nécessitant pas ou peu d'aides techniques, essentiellement du domaine de la médecine générale ;
- Les soins secondaires essentiellement du domaine de la médecine spécialisée et nécessitant un appareillage plus sophistiqué et plus onéreux. Certes une partie de ces soins pourrait facilement être offerte en cabinet de ville, mais si une collaboration pluridisciplinaire, voire pluriprofessionnelle, est nécessaire les prestations ambulatoires ne peuvent se faire que dans un milieu fonctionnant comme un hôpital ;
- Les soins tertiaires nécessitant de larges ressources en infrastructure avec son personnel, sont du domaine exclusif des établissements hospitaliers.

Quant à la médecine ambulatoire il convient de distinguer deux cas de figure :

- La médecine ambulatoire offerte en cabinet de ville ;
- La médecine ambulatoire offerte en milieu hospitalier.

Le Collège médical suppose que le présent questionnaire se rapporte surtout au premier cas de figure

A la suite des avancées prodigieuses des procédés diagnostiques et thérapeutiques, la pratique médicale a beaucoup évolué les dernières années. Néanmoins il semble qu'au Luxembourg c'est surtout le secteur hospitalier qui ait profité de ces progrès, grâce à des dispositions législatives propices à cette évolution. Le législateur réserve nombre de champs d'activité au milieu hospitalier et met à sa disposition les fonds nécessaires via la loi budgétaire.

Au vu d'un Règlement grand-ducal du 17 juin 1993 fixant la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical et au vu de nomenclatures désuètes ne correspondant plus aux réalités du terrain, la médecine extrahospitalière n'est plus à même d'offrir des soins à la pointe du progrès, raison pour laquelle de nombreuses activités sont délogées vers les hôpitaux.

Or les soins ambulatoires ont un coût fort différent en fonction de ce qu'ils sont prestés en milieu hospitalier ou en cabinet de ville. Alors que le secteur extrahospitalier se finance par les seuls honoraires du prestataire, l'infrastructure hospitalière (bâtiment, équipements, personnel soignant et administratif) est financée à 100 % par l'Etat/CNS.

Evidemment les prestataires liés par un contrat de collaboration aux établissements profitent également de cette infrastructure mise gracieusement à leur disposition. Certaines spécialités ne pourraient même pas fonctionner sans cette infrastructure.

Signalons encore que l'un des critères de dotations budgétaires en fonds et en personnel pour les établissements hospitaliers sont les nombres de passages en ambulatoire et d'admissions. Il n'y a donc aucun incitatif pour les hôpitaux à céder une partie de leur activité au secteur extrahospitalier.

Toutes les prémisses sont donc remplies pour monopoliser les traitements nécessitant des équipements lourds et onéreux au sein des hôpitaux qui, au vu de leur obligation des moyens, multiplient leurs examens complémentaires et leurs offres de prise en charge. Dès lors il ne faut pas s'étonner si les bénéficiaires de soins de santé s'orientent plutôt vers la prise en charge « totale » disponible à l'hôpital, financée par les cotisations/impôts de tous, avec un taux de participation statutaire marginal pour le bénéficiaire des soins de santé.

Le secteur hospitalier a donc la possibilité d'offrir des soins de qualité avec lesquels le secteur extrahospitalier ne saura jamais concurrencer au vu de dispositions réglementaires défavorables et faute de moyens.

Si les décideurs politiques veulent dégorger les hôpitaux et diminuer leur coût de fonctionnement, les conditions pour l'exercice en cabinet de ville et pour la prise en charge ambulatoire à domicile doivent être améliorées sensiblement.

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

On entend donc par Maison médicale un cabinet de médecine générale avec infrastructure (secrétariat inclus) mis à disposition par l'état pour assurer le service de remplacement en médecine générale.

Une indemnité d'astreinte est payée par la CNS aux médecins participants qui en plus peuvent facturer leurs actes aux bénéficiaires de soins de santé. Cette indemnité récupérée par la CNS de la part de l'état. Des visites à domicile sont également assurées dans la mesure du possible.

Actuellement 3 maisons médicales sont fonctionnelles sur tout le territoire et sont accessibles au public de 20-7h en semaine et de 8-7h les samedis, dimanches et jours fériés.

- **les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les maisons médicales ;**
D'une manière générale toute sorte de soins pouvant être prodigués en ambulatoire en toute sécurité pour le patient. Il est impossible de déterminer précisément ces soins parce qu'il y a trop de variables : spécialité de l'intervenant, compétence spéciale de l'intervenant, ...
- **les relations entre les maisons médicales et les établissements hospitaliers ;**
A part que les maisons médicales sont établies en proximité des hôpitaux de garde (excepté à Luxembourg-ville) et que les équipements sont tenus à jour par cet hôpital, les relations sont les mêmes que celles de tous les médecins généralistes exerçant ailleurs.
- **les moyens en personnel ?**
Un(e) secrétaire/réceptionniste devrait suffire, mais un(e) infirmier(ière) pourrait être utile.

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

- **leur statut ;**
 - o associations de fait sous formes diverses (uni-disciplinaires, pluri-disciplinaires, pluri- professionnelles)
 - o contrats de mis à disposition d'infrastructures pour exercice individuel

- sociétés (cadre légal en élaboration, mais non encore finalisé). Il sera important de veiller à ce que ces sociétés ne soient pas sous le contrôle de financiers dont l'intérêt primaire sera la réalisation de bénéfices pécuniaires.
- **les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les centres médicaux pluridisciplinaires ;**
D'une manière générale, toutes sortes de soins pouvant être prodigués en ambulatoire en toute sécurité pour le patient. Il est impossible de déterminer précisément ces soins parce qu'il y a trop de variables : spécialité de l'intervenant, compétence spéciale de l'intervenant.
Quant aux équipements, il est également impossible d'établir une liste limitative. De toute façon une telle liste limitative devrait être évitée parce que le passé a apporté la preuve qu'elle constitue une entrave au progrès de la médecine et au développement professionnel.
- **les relations entre ces centres médicaux, les équipes soignantes et les établissements hospitaliers pour différentes prestations ;**
Il faut de la complémentarité. Les prestataires doivent connaître les limites de leurs compétences.
La rémunération à l'acte se fondant sur la durée moyenne d'un acte constitue un obstacle non négligeable à une collaboration fructueuse, collaboration nécessitant évidemment un investissement en temps, toujours non considéré dans la détermination du tarif de l'acte dans la nomenclature et tarification actuellement en vigueur.
- **les frais de passage pour le remboursement de certaines prestations ;**
En ce qui concerne la profession médicale, ces frais font en fait partie du tarif, mais les mêmes tarifs sont applicables si ces actes sont prestés en milieu hospitalier, alors que le prestataire n'y a pas à supporter des frais de fonctionnement d'un cabinet. Par contre il doit assurer une astreinte et une accessibilité non rémunérées pour garantir la continuité des soins.
- **le nouveau cadre légal pour les centres médicaux pluridisciplinaires ;**
Actuellement vide juridique mais projet en cours surtout en ce qui concerne l'exercice en société (voir remarque ci-dessus).
- **leurs relations avec la Caisse nationale de santé et la nomenclature ;**
En l'absence d'un cadre légal et de conventions, les relations se limitent à celles entre prestataires individuels (éventuellement groupes de prestataires prestant sous un même code).
- **l'éventuel soutien public pour ces centres médicaux et leurs obligations éventuelles dans un tel contexte ?**
Au vu de ce qui a été expliqué plus haut, le soutien est indispensable et préliminaire à toute obligation dépassant celles de l'exercice libéral.

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 pratique de la médecine générale a changé beaucoup par rapport à celle d'il y a 40 ans : travail sur rendez-vous favorisé tant par le médecin que par le patient,

moindre disponibilité du médecin pour raisons diverses (qualité de vie nécessitant une réduction de la charge de travail, activité professionnelle des deux partenaires au sein d'un couple avec tâches domestiques et éducatives réparties sur les deux, ...)

Le statut de médecin référent étant limité à un seul médecin ne convient pas à un exercice en association où les patients sont pris en charge par tous les membres du groupe alors que seulement un seul est rémunéré. Il en est de même du droit d'écriture dans le dossier de soins partagé (DSP).

- **la coopération du médecin généraliste avec certaines professions de santé ?**

Il ne fait pas de doute que la prise en charge optimale du patient requiert une collaboration pluriprofessionnelle, malheureusement les nomenclatures ne prévoient pas de rémunération pour les concertations pluriprofessionnelles, de sorte que les activités respectives ne sont pas assez coordonnées et sont prestées souvent en parallèle sans vraie communication, notamment pour les prestataires exerçant en libéral, la situation étant moins problématique auprès des prestataires salariés où les directions ont la possibilité d'organiser la concertation et de la financer par le principe de vases communicants.

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 pandémie a apporté la preuve que la télémédecine a sa place en pratique médicale, du fait qu'elle évite des contacts et des déplacements superflus.

Les retours semblent confirmer que le patient n'est pas exposé outre mesure à une prise en charge à risque.

La mise en compte de téléconsultations par certains praticiens pour des contacts de faible durée et non vécues comme prestations médicales par les patients (entretien avec communication d'un rendez-vous sans délivrance d'un document à part le mémoire d'honoraires) a néanmoins suscité des animosités de sorte que la téléconsultation mérite une définition précise.

Dans certaines pathologies, p. ex. celles traitées en psychiatrie et psychothérapie, la téléconsultation a sûrement sa place et la tarification devrait tenir compte de tout le temps investi par le professionnel.

La régularisation de l'émission de documents électroniques à destination de la CNS est déjà courante pour certains professionnels (pharmaciens, kinésithérapeutes, ...).

L'interopérabilité entre les différentes installations électroniques est indispensable. Les professionnels seront-ils indemnisés pour le coût des installations électroniques ou seront-elles mises à disposition par la CNS ou la Sécurité sociale, garantissant par là des standards identiques et l'interopérabilité indispensable ?

Condition sine qua non est évidemment la validation de la signature électronique.

Un cadre légal doit être créé en ce qui concerne la responsabilité professionnelle.

Reste également à créer, en concertation avec la Commission nationale pour la protection des données (CNPD), le cadre légal des droits d'accès à toutes ces données.

La tenue de dossiers électroniques dans le cloud comme il existe déjà auprès de certains réseaux de soins à domicile, trouve ses limites en cas de connexion internet impossible sur certains sites respectivement d'accès non autorisé pour d'autres professionnels (ex. classique : visite à domicile par un médecin auprès d'un patient non autonome dont le traitement médical est géré par une infirmière de réseau non documenté sur place).

La quasi exclusion du patient du contenu et de la gestion de son dossier en est un autre volet qui mérite une analyse par la CNPD.

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 ?**

Le Collège médical est au regret de vous faire savoir qu'à son avis la plupart de ces questions dépassent dans leur spécificité le cadre d'un débat d'orientation et une clarification ne sera nécessaire qu'au moment où les décideurs politiques décideraient de promouvoir l'hospitalisation à domicile.

Il voudrait donc limiter sa réponse à quelques réflexions d'ordre général.

L'hospitalisation ou la quasi-hospitalisation à domicile existent déjà, notamment dans la prise en charge des maladies dégénératives neurologiques et orthopédiques chroniques.

La grande différence avec la prise en charge hospitalière réside dans des difficultés de mise à disposition respectivement l'absence de moyens tant en matière de matériel de soins qu'en personnel soignant et une participation statutaire non négligeable à supporter par le patient.

La promotion de l'hospitalisation à domicile nécessite des changements des statuts de la CNS de sorte que la charge financière du soigné ne soit pas supérieure à celle lors d'un traitement hospitalier et que les équipes de prise en charge à domicile disposent d'un soutien logistique et financier comparable à celui du secteur hospitalier.