



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Courrier n°254213

Responsable: Pommerell Patricia

Auteur: Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD)

Envoyé au service Expédition le 06/05/2021 à 09h07

Prise de position de l'AMMD en vue du débat d'orientation portant sur les conclusions à retenir de la pandémie Covid-19 pour notre système de santé ainsi que sur la mise en oeuvre du «virage ambulatoire »

Destinataires

Direction et assistante de direction

Commission de la Santé et des Sports

Groupe d'envoi -Transmis à la Conférence des Présidents - (Groupes politiques et services de la CHD inclus)

**Réponses de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes du
Grand-Duché de Luxembourg (AMMD)**



Débat d'orientation portant sur les conclusions à retenir de la pandémie Covid-19 pour notre système de santé ainsi que sur la mise en œuvre du « virage ambulatoire »

QUESTIONNAIRE

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

A part la médecine dite « de ville », la médecine ambulatoire est confinée à une prise en charge pseudo-ambulatoire des établissements hospitaliers.

Une prise en charge réellement ambulatoire devrait mettre l'accent sur un accès facilité des patients aux **structures spécifiques dédiées**. L'ambulatoire nécessite une infrastructure adaptée aux activités spécifiques telles que l'imagerie, la chirurgie ambulatoire ou d'autres.

L'AMMD œuvre depuis plus de 10 ans pour expliquer les avantages pour les patients et les professionnels de la santé qu'apporte une médecine ambulatoire comme prise en charge complémentaire à la médecine hospitalière spécialisée.

Comme la médecine spécialisée plus technique ne peut être proposée qu'en milieu hospitalier pour des raisons de planification et de financement y lié, les patients ne bénéficient pas encore des avantages potentielles de telles structures, notamment en termes de convivialité ou de sécurité de la prise en charge. En outre, il est évident que la logique de budgétisation et de planification des établissements hospitaliers ne permettent pas une adaptation rapide qui serait phasée avec le progrès médical.

La logique de planification et d'une restriction de l'offre des soins y liée est arrivé à bout de souffle. A ceci se rajoute que l'enveloppe budgétaire globale instaurée depuis la réforme de la sécurité sociale en 2010 en raison de la crise financière de 2008 et des progressions des budgets individuels des hôpitaux durant les années précédentes, a freiné les investissements medicotechniques des établissements hospitaliers. Ceci n'a toutefois pas empêché les établissements hospitaliers à engager du personnel souvent non-soignant. Actuellement, on compte environ 10 salariés pour un médecin hospitalier, un ratio qui est bien au-delà de toute comparaison internationale.

Développer l'ambulatoire est à l'avantage de toutes les parties prenantes :

1. Pour le patient concerné en tenant compte de son contexte global : meilleur accès, convivialité, sécurité ;
2. Pour le médecin spécialiste : amélioration de la liberté thérapeutique avec offre de nouvelles techniques dans un environnement moins bureaucratique ; intensification des relations professionnelles avec le personnel soignant qui pourra mieux s'identifier avec leur emploi ;
3. Pour l'assurance maladie : financement transparent des structures ambulatoires et des actes y prestés (éviction des financements croisés prouvés non-transparents comme c'est le cas notamment au CHL)

4. Pour les établissements hospitaliers : simplification de la gestion hospitalière avec concentration sur les activités réellement hospitalières ; simplification des relations avec le corps médical avec la possibilité de rentrer en relation contractuelle avec les sociétés de médecins mises en perspective pour assurer la médecine hospitalière ;

Le milieu hospitalier actuel constitue un réel frein à l'attractivité de la profession de médecin spécialiste. De la gouvernance sans profilage adéquat des membres du CA, au financement budgétaire déséquilibré à la gestion au quotidien des hôpitaux, l'environnement hospitalier s'est progressivement éloigné des attentes des patients et des professionnels de santé. Pire, les hôpitaux brouillent même la visibilité de la médecine générale.

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

Le Cercle des médecins généralistes a développé cette partie d'une manière plus exhaustive. Nous nous limitons à certains aspects plus ciblés.

- **les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les maisons médicales ;**

-

Nous supposons qu'on entend par « maison médicale » une structure permettant de proposer des soins continus de médecine générale telle qu'elles existent comme structure de garde.

Il est en effet important de souligner la différence entre les soins primaires, le plus souvent pris en charge par les médecins généralistes des soins secondaires, effectuées par les médecins spécialistes. Il est crucial que les citoyens comprennent bien cette différence afin qu'ils s'orientent au mieux dans un système de santé qui leur donne utilement la liberté de choisir leur médecin.

L'avantage de cabinets de groupe de médecins généralistes qui s'associent éventuellement avec d'autres professionnels de santé pour constituer de « nouvelles » maisons médicales pourraient proposer une offre de soins de médecine générale innovante au service des patients.

- **les relations entre les maisons médicales et les établissements hospitaliers ;**

Il faudrait obligatoirement préciser les rôles des établissements hospitaliers, des structures ambulatoires et des cabinets de groupe des médecins généralistes pour citer les 3 piliers fondamentaux d'un système de santé moderne. Il est indispensable que cette structuration du système de santé doit être parfaitement claire et elle mérite être expliquée aux citoyens et particulièrement aux immigrants.

- **les moyens en personnel ?**

Tout d'abord, le pays ne manque pas en personnel soignant en comparaison avec les autres pays limitrophes. Pour des raisons essentiellement financières, le pays est attractif pour attirer les infirmières spécialisées ou non des autres pays. Cette tendance n'est d'ailleurs pas restée inaperçue par la France en particulier.

Le manque de personnel soignant est en partie ressenti par des tâches de plus en plus administratives des infirmières et des infirmiers. Si on réussissait à décharger le personnel soignant de ces tâches souvent inutiles ou redondantes, il pourrait nettement mieux s'investir auprès des patients.

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

- leur statut ;

Nous supposons que les « centres médicaux pluridisciplinaires » seraient des associations de plusieurs professions de santé.

De telles structures pourraient s'inscrire dans une démarche soit de soins primaires soit de soins secondaires. Il convient de bien différencier les deux types de soins médicaux.

La gestion de telles structures doit se faire par les professions de santé constituées en sociétés.

Pour les structures de soins primaires, il faut se référer au texte du CMG.

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

En ce qui concerne les structures ambulatoires de médecine spécialisée, il faut souligner que le progrès médical n'est pas « planifiable ». En conséquence, il n'est pas pertinent d'imaginer un « catalogue » limitatif de soins ambulatoires à proposer. En effet, les critères en amont d'un choix de soins ambulatoires tiennent surtout au contexte du patient. C'est ainsi que pour des soins identiques, il est préférable de les effectuer durant un séjour stationnaire pour un patient donné tandis que pour un autre, le même type d'intervention peut parfaitement se faire en ambulatoire.

S'il est logique de ne pas proposer une chirurgie dite lourde en mode ambulatoire, d'innombrables interventions moins risquées peuvent de plus en plus se pratiquer en mode ambulatoire. L'évolution de la médecine sera inéluctablement vers une prise en charge de moins en moins invasive et de plus en plus ambulatoire voire au domicile.

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

Pour l'AMMD, il est parfaitement envisageable d'offrir des prestations identiques en milieu hospitalier comme en milieu ambulatoire. Afin d'éviter la redondance inefficace, les (mêmes) médecins (constitués en société) devraient assumer les 2 rôles : à l'intérieur des hôpitaux comme en ambulatoire.

L'AMMD avait proposé une possibilité de cogestion entre les structures ambulatoires et les établissements hospitaliers. Cette possibilité n'a pas trouvé d'acceptation de la part des hôpitaux. Dès lors, l'AMMD est d'avis que les maisons médicales pourraient être gérées par les médecins en association ou non avec d'autres professions de santé selon les besoins et les concepts développés.

Afin de ne pas mettre en difficulté les soins stationnaires par un exode supposé des médecins du milieu hospitalier vers le milieu extrahospitalier, nous proposons de créer des liens contractuels entre les établissements hospitaliers et les médecins (de préférence avec les sociétés des professions de santé mises en perspective par le Ministère de la Santé).

- les frais de passage pour le remboursement de certaines prestations ;

Il faut souligner que la CNS prévoit la prise en charge pour les frais de fonctionnement des hôpitaux mais très peu pour le milieu extrahospitalier. A part certaines locations d'appareil, il n'existe pas de financement spécifique. Or l'article 65 alinéa 4 prévoit la prise en charge de frais directs et indirects (comme ceux du personnel, de l'infrastructure ou du petit matériel). Il est donc nécessaire d'instaurer ces clés de financement.

Il est par contre utile d'éviter toute création d'incitant pour le médecin pour orienter le patient dans une structure ambulatoire plutôt qu'en milieu stationnaire ou l'inverse. Le choix doit être une décision médicale que le médecin prenne ensemble avec son patient selon le contexte personnel du patient.

De même il est utile de rembourser le patient à même titre en milieu stationnaire ou en ambulatoire.

- le nouveau cadre légal pour les centres médicaux pluridisciplinaires ;

Il est nécessaire d'orienter l'essor de l'ambulatoire à l'aide d'une loi-cadre afin d'éviter une pléthore de telles structures. Une telle loi pourrait prévoir un nombre limitatif de telles structures. En définissant les structures par le type d'activité qu'elles produisent, on pourrait ainsi limiter leur nombre de cette façon.

- leurs relations avec la Caisse nationale de santé et la nomenclature ;

Afin de permettre l'essor de l'ambulatoire, il faut prévoir des clés de financements de telles structures. La base légale existe déjà (art 65 alinéa 4 du CSS) mais il faudrait introduire des forfaits dans la nomenclature.

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

Il faut s'attendre à ce que de nombreuses communes vont essayer de proposer des terrains ou des infrastructures pouvant se prêter à une activité de centres médicaux. C'est la raison pour laquelle, un cadre légal est nécessaire pour éviter à terme une offre « trop » pléthorique.

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 ;**

Voir également l'avis du CMG pour ce sujet.

L'AMMD reste d'avis qu'il est nécessaire d'appuyer le rôle du médecin traitant sans pour autant instaurer un système de gate keeper comme aux Pays Bas. En effet, un système de gate keeper ne serait pas accepté par la population et un tel dispositif nécessiterait un nombre bien plus important de médecins généralistes.

Nous estimons par contre, qu'il y a un réel intérêt à stimuler tous les assurés à chercher un médecin traitant de confiance. Une visite par an au minimum serait certainement indiquée.

De même, il existe un réel intérêt à médicaliser les maisons de soins afin de limiter les transferts des personnes hébergées vers les hôpitaux. Une surveillance plus rapprochée par les médecins mais aussi par les moyens digitaux déjà existants, devraient permettre de soigner les personnes concernées au sein des maisons de soins.

C'est la raison pour laquelle l'AMMD a contribué concrètement à la nouvelle convention entre le Ministère de la Santé, le Ministère de la Famille, la COPAS et l'AMMD afin d'améliorer la prise en charge médicale en maisons de soins.

Force est de constater que de telles initiatives ne sont pas toujours soutenues par la CNS ou l'Etat lui-même, de sorte à ce qu'elles soient mis en péril.

- Les gardes en maisons de soins ne peuvent toutefois s'opérer que si l'Etat tient ses engagements d'indemnisation pour cette charge de travail supplémentaire qui incombe aux médecins généralistes.
- C'est le cas du médecin référent, instauré suite à la réforme de 2010, mais qui rapidement été limité à la prise en charge de patients polyopathologiques ou présentant une affection de longue durée. L'idée que chaque assuré dispose à terme d'un médecin de confiance a été étouffé par la CNS.
- Le DSP, élément clé d'un succès de médecin référent, n'est pas à la hauteur des attentes des médecins généralistes.
- La médecine préventive a également été freinée par la CNS pour des raisons de financement.
- Depuis des années, l'AMMD pointe du doigt l'afflux problématique des patients aux urgences des hôpitaux. Si tous les assurés étaient tenus à choisir un médecin traitant, nous sommes convaincus qu'un grand nombre d'admissions aux urgences seraient évitables.
- **la coopération du médecin généraliste avec certaines professions de santé ?**

Bien entendu qu'il est logique et utile de souligner les relations entre toutes les professions de santé qui assument des tâches bien spécifiques.

Les médecins doivent assumer la formation la plus longue de toutes les formations universitaires et s'étalent entre 9 et 15 années. Il est donc logique que les médecins généralistes ont comme vocation de garder une vue d'ensemble de leurs patients qu'ils suivent régulièrement. Dès lors il est également logique qu'ils prescrivent des transferts pour des médecins spécialistes ou d'autres professionnels de santé.

Il est logique aussi que l'autonomie des différentes professions s'aligne sur la complexité de leur formation de base. Il faut donc nuancer l'autonomie de certaines professions de santé, indépendamment des prérogatifs légaux en matière de prise en charge par l'assurance maladie (article 23 du CSS).

Au-delà des différences des formations intrinsèques aux différentes professions, il est évident que les collaborations se nouent de plus en plus, au-delà des relations bien connues et fondamentales entre les infirmières ou infirmiers et les médecins.

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) ;**

Il est évident que le progrès ira de plus en plus vers des outils de télémédecine ou de télésurveillance. Le DSP n'est pas suffisamment convivial et il est largement sous-utilisé en conséquence.

- **le cadre légal de la télémédecine ;**

Il faut voir l'émergence de la télémédecine comme une méthode alternative de prise en charge s'alignant dans l'évolution spontanée du progrès technique de la médecine. L'évolution de la médecine va toujours du plus lourd au moins lourd. Ceci est également applicable pour les besoins de déplacements des patients. L'utilisation de la télémédecine et de la télésurveillance dépendra fortement de la convivialité des solutions proposées sans pour autant négliger les aspects de sécurité et de respect de la vie privée d'après les lois et règlements en vigueur.

Le cadre légal est déjà en partie existant par le règlement général sur la protection des données personnelles. Les transmissions de données de santé, doivent être sécurisées selon les meilleurs standards applicables (mais en tenant compte aussi de la convivialité d'usage, sinon les outils ne seront pas utilisés comme le DSP par exemple).

- **les responsabilités des différents acteurs (médecins, pharmaciens et infirmiers (de réseaux de soins)) et leurs relations ?**

La digitalisation permettra de clarifier les responsabilités respectives de chaque intervenant.

6. Quelle est votre vision de l'hospitalisation à domicile, notamment en ce qui concerne :

- **l'identification des acteurs responsables ;**

L'hospitalisation à domicile (HAD) s'inscrit également dans une logique de modernisation et de simplification de la prise en charge lourde pour certains patients concernés.

Afin de développer l'hospitalisation à domicile, les professions de santé sont évidemment responsables de leurs actes déjà à présent. Toutefois, les outils digitaux de surveillance et de télésurveillance permettront de changer les métiers concernés. Dans ce sens, une partie de la surveillance des patients profitant d'une HAD pourra s'opérer à distance.

Il faudra différencier l'HAD dans les maisons de soins et celle au domicile des patients.

L'HAD doit être « organisée » et les patients dûment identifiés et sélectionnés selon des critères médicaux appropriés afin de garantir une prise en charge sans incident. Il faudra avoir accès aux médicaments utiles et nécessaires comme au matériel de télésurveillance.

Un élément critique sera bien entendu les ressources humaines, tant médicales que soignantes. Il est dès lors important de ne pas surcharger les professions de santé par du travail administratif exubérant.

- le cadre légal de l'hospitalisation à domicile ;

Bien entendu, il est évident que la loi hospitalière devrait probablement être amendée en conséquence comme elle n'a pas considéré du tout la possibilité d'une hospitalisation à domicile (et d'une manière insuffisante le virage ambulatoire)

- le rôle de l'hôpital dans le cadre de l'hospitalisation à domicile et le virage ambulatoire intra-hospitalier ;

Tout d'abord il est indispensable de revoir les clés de financements des hôpitaux pour se rendre compte que le nombre de salariés par rapport aux médecins hospitaliers est largement supérieur aux autres pays. C'est essentiellement pour cette raison que les hôpitaux sont devenus des structures bureaucratiques chères.

Si on voulait greffer sur ces bases, une prise en charge ambulatoire ou une hospitalisation à domicile, avec besoins de personnel etc., les dépenses de la CNS vont monter en flèche.

Il faut reconnaître que les réseaux de soins existent déjà et font déjà à l'heure actuelle des soins à domicile.

Ce qu'il faut développer ce sont des prises en charges médicales ambulatoires. On serait toutefois aussi mal aiguillé si on voulait dédoubler le nombre de médecins (ceux qui seraient des médecins mono spécialistes hospitaliers purs et ceux qui travaillaient à l'extérieur).

Il faut clarifier les rôles des établissements hospitaliers.

Le virage ambulatoire n'a jamais été réellement promu par les établissements hospitaliers.

Pour toutes ces raisons nous préconisons que l'ambulatoire se développe sur initiative des médecins concernés, sous forme de sociétés qui restent en relation avec les hôpitaux afin de continuer à s'engager pour une médecine hospitalière.

Concernant les HAD il y a lieu de noter que l'initiative de « l'antenne mobile en soins palliatifs » mise en place par le Centre Hospitalier du Nord en collaboration avec les réseaux d'aides et de soins et les omnipraticiens en est à ce jour l'unique exemple concret et durable implémenté sur le terrain luxembourgeois.

Ce service est certes limité aux besoins d'une patientèle hautement spécifique mais son succès illustre le potentiel d'une collaboration entre les domaines hospitalier et extrahospitalier.

Toutefois, il reste à préciser que, à côté du secteur hospitalier, la mise en place d'un modèle de HAD pour des besoins spécifiques peut aussi être construite par les acteurs du secteur extrahospitalier.

- **la définition des tâches et des responsabilités des différents acteurs et leurs relations ;**

La responsabilité des médecins est celle des actes et des activités directes et indirectes qui sont nécessaires. C'est la raison pour laquelle les médecins doivent pouvoir décider du matériel qu'ils utilisent ou du personnel avec lequel ils travaillent en étroite collaboration.

Ces responsabilités sont assez comparables en milieu hospitalier ou en milieu extrahospitalier.

- **le traitement des données médicales ;**
- **les modalités de remboursement par la Caisse nationale de santé et la nomenclature ;**

les modalités de remboursement peuvent s'opérer par les moyens digitaux innovants qui considèrent même les personnes qui ne peuvent pas d'eux-mêmes s'approprier des fonctionnalités d'un smartphone et d'une application mobile spécifique.

- **le rôle de l'hôpital du jour et de l'hôpital de suite dans l'organisation de la médecine ambulatoire ;**

Au gré du développement de structures ambulatoires spécialement dédiées, le rôle de l'hôpital de jour va certainement diminuer.

- **le rôle des pharmacies dans l'organisation de la médecine ambulatoire ?**

L'accès aux médicaments doit être repensé. En effet, les médicaments de pointe sont de plus en plus définis comme médicaments à usage hospitalier, ce qui est parfois un non-sens comme ces médicaments sont souvent des injections sous-cutanées voire des comprimés.

En cas de développement d'une HAD soit en maisons de soins soit à domicile, il doit être prévu que les médicaments nécessaires soient évidemment disponibles.

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

- **le plan hospitalier ;**

La loi hospitalière et la planification hospitalière méritent une réforme de fond.

Il est évident que la réforme de 2010 avec l'EBG créée a d'une certaine manière « limité » l'accroissement des dépenses dans le secteur hospitalier. Toutefois, l'EBG n'a pas du tout amélioré la transparence du financement que d'aucuns considèrent comme des « black box ». A ce titre, l'AMMD rappelle les positions défendues en amont de la réforme de 2010. En effet, à l'époque elle pointait déjà du doigt la logique du financement hospitalier. Dix ans plus tard, nous constatons l'échec du financement hospitalocentrique qui a conduit à un sous-financement du médicotechnique et qui a contribué progressivement à une perte de l'attractivité globale de la profession médicale.

L'AMMD plaide en faveur d'un financement à l'activité des structures ambulatoires en séparant le financement des structures ambulatoires des honoraires médicaux afin de ne pas risquer une course à l'activité.

Le financement hospitalier devrait être pondéré au gré des activités ambulatoires ainsi externalisées.

Afin de rassembler les activités médicales les plus lourdes, nous proposons de constituer un établissement public regroupant l'ensemble des services nationaux ou des structures nationales comme l'INCCI, le service d'infectiologie etc. Ce nouvel établissement multi site devrait obligatoirement être cogéré par les 4 établissements hospitaliers.

De surcroît, on devrait créer un établissement de logistique nationale du domaine des soins, qui pourrait s'inscrire dans le cadre d'un nouvel hôpital militaire. L'objet de cet établissement serait de créer notamment un service d'achats, un service informatique, une pharmacie nationale, un service d'hygiène. Cet établissement pourrait engager toute une série du personnel des établissements hospitaliers pour les rendre moins bureaucratiques d'une part et pour rendre l'activité de logistique plus cohérente et plus efficiente.

Les établissements hospitaliers, les maisons de soins comme les structures ambulatoires pourraient profiter de cette solution utile, à l'échelle du pays.

De toute façon, il n'est pas légitime que les médecins ne puissent pas organiser des activités ambulatoires en phase avec le progrès médical.

- **le statut du personnel ;**

L'AMMD réitère le besoin du corps médical et médico-dentaire de pouvoir se constituer en sociétés et d'engager de nouvelles relations contractuelles avec les établissements hospitaliers. Ceci n'empêche pas que les médecins puissent rester sous statut libéral au sein des sociétés ainsi créées. La flexibilité de ces sociétés permettra toutefois aux médecins intéressés de s'organiser plus facilement en interne comme en externe. Au sein des sociétés pluridisciplinaires pourront participer des professions de santé médicales et non-médicales, sous contrat libéral, salarié ou mixte.

Pour le personnel des établissements hospitaliers travaillant actuellement dans un des domaines cités ci-dessus, ils pourraient être repris par le nouvel établissement de logistique tout en respectant leur contrat en vigueur.

Il est envisageable et même probable qu'un certain nombre de soignants voudront quitter les établissements hospitaliers pour travailler dans une structure ambulatoire. D'après les échos internes aux hôpitaux, il existe un grand nombre de soignants qui sont frustrés par le travail administratif rampant qu'ils sont tenus à assumer.

- **la continuité des soins ?**

L'AMMD estime que les sociétés de médecins pourront utilement s'articuler avec les besoins nationaux de continuité des soins. Ceci s'inscrit dans un processus qui s'étendra sur plusieurs années mais qui à terme, mènera à une restructuration substantielle du système de santé dans une logique de flexibilité nécessaire pour rencontrer les adaptations et ajustements ultérieurs dont l'essence ne pourra pas être planifiée ni même imaginée à ce stade.

La concentration de certaines activités hospitalières lourdes permettra également de décharger le poids des gardes et astreintes des médecins hospitaliers légalement prévues aux sanctions pénales drastiques mais sans indemnités prévues.

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

Il est évident que le choix d'une prestation ambulatoire pour un patient donné doit se faire en accord avec l'entourage et la situation personnelle du patient. Toute une série de paramètres entrent en jeu pour décider si un patient serait mieux traité sur un mode stationnaire ou ambulatoire.

En tout état de cause, l'impact financier du virage ambulatoire pourra être favorable pour autant qu'on simplifie le mode de gestion des établissements hospitaliers tel que décrit ci-dessus.

9. Quelles propositions sont prioritaires pour vous ?

En toute première priorité, il faudrait se décider de faire un audit pour revoir les conséquences du financement par budgets des hôpitaux depuis la réforme de 2010.

Sur un médecin on compte environ 10 à 11 salariés, ce qui est largement au-delà du taux d'employés d'autres pays.

C'est uniquement à la lumière d'un pareil audit que le pouvoir politique puisse prendre connaissance des vraies conséquences d'un financement par budgets.

Ensuite il faudrait d'urgence permettre au corps médical et médico-dentaire de même qu'aux autres professions de santé de pouvoir se constituer en sociétés afin de pouvoir développer des prises en charge ambulatoires dans l'intérêt des patients (revendication déjà formulée en 2010).

Il faudrait ensuite articuler les sociétés avec les établissements hospitaliers pour créer de nouvelles bases contractuelles qui remplaceront à terme les contrats d'agrément des médecins actuellement en vigueur.

Il faudrait regrouper les services nationaux sous un établissement public, cogéré par les 4 établissements hospitaliers.

Il faudrait créer un centre national de logistique disposant des vraies compétences requises.

En résumé, le système de santé actuel se trouve en difficulté.

Les citoyens remarquent déjà la pénurie de médecins car les délais pour avoir des rendez-vous ne fait que s'allonger.

Les coûts financiers sont déjà importants et le financement par budgets des établissements hospitaliers n'est pas assez ciblé pour que les deniers publics soient toujours bien utilisés.