



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Courrier n°252954

Responsable: Pommerell Patricia

Auteur: Confédération Générale de la Fonction Publique

Envoyé au service Expédition le 19/04/2021 à 10h17

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

Destinataires

Direction et assistante de direction

Commission de la Santé et des Sports

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

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

Réponses de la Confédération Générale de la Fonction Publique (CGFP)

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

Le concept même de la médecine ambulatoire est mal compris. Les définitions dans la loi hospitalière sont trop complexes et prêtent à confusion. Il faudrait revoir le texte afin de s'assurer que tout le monde parle le même langage.

Le recours accru à la chirurgie ambulatoire est un élément essentiel du plan hospitalier. Il vise à réduire les coûts de prise en charge du patient, à atténuer d'éventuelles pénuries de lits dans les hôpitaux et à diminuer les risques de maladies nosocomiales. De plus, il peut constituer un gain de confort pour les patients qui souhaitent rentrer chez eux le même jour.

Néanmoins, il faut veiller à ne pas l'imposer sans aucune considération de la situation particulière de chaque patient. En effet, tout le monde n'a pas la chance de pouvoir compter sur l'aide de proches pour aller les chercher à l'hôpital après une intervention chirurgicale ou encore pour les assister dans leur convalescence à domicile.

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 ?**

Le rôle des maisons médicales est de s'occuper principalement des soins primaires et secondaires, de sorte à permettre de désengorger les hôpitaux et leur permettre de s'occuper des soins tertiaires, ce qui est leur mission principale.

A cette fin, il est important que les maisons médicales aient le personnel adéquat à leur disposition, ainsi que les équipements indispensables, sans pour autant empiéter sur les compétences spécifiques aux hôpitaux. Ainsi, des passerelles de priorité entre les maisons médicales et les hôpitaux devraient être mises en place afin de permettre aux patients auxquels le médecin prescrit des examens approfondis (radiographie, scanner, IRM par exemple) d'obtenir rapidement un rendez-vous plutôt que de retrouver le même patient aux urgences faute de pouvoir obtenir un rendez-vous rapidement.

Ce type de passerelles pourrait par ailleurs être facilité en implantant les maisons médicales au sein même des hôpitaux afin que les urgences puissent y rediriger directement les patients nécessitant des soins primaires (ex. soins préventifs, traitements de maladies courantes) de la même façon que les maisons médicales redirigeraient rapidement les patients nécessitant des soins secondaires ou tertiaires vers les services hospitaliers compétents.

Par ailleurs, il faudrait mieux informer l'assuré sur les compétences exactes des maisons médicales, afin de soulager les urgences des hôpitaux.

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

Leur statut

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

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

Le nouveau cadre légal pour les centres médicaux pluridisciplinaires ;

Leurs relations avec la Caisse nationale de santé et la nomenclature ;

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

Lors du Gesundheitsdësch, qui est encore en cours, 4 scénarios ont été présentés :

- le statu quo, la situation reste telle qu'elle est actuellement ;
- le développement d'antennes ambulatoires sous la gestion des établissements hospitaliers ;
- la constitution d'une cogestion entre le gestionnaire d'un établissement hospitalier et une ou plusieurs sociétés de médecins ;
- la gestion autonome par une ou plusieurs sociétés de médecins.

Aux dernières nouvelles, aucun débat constructif n'a été mené afin de déterminer quel scénario serait le plus viable. Il est donc surprenant de devoir donner un avis sur les centres médicaux pluridisciplinaires ici.

Avec la création de centres médicaux pluridisciplinaires il est à craindre que le domaine de la santé se privatise, et ce au détriment des assurés, créant ainsi une médecine à deux, voire trois vitesses.

Si la voie des centres médicaux pluridisciplinaires est choisie, comment s'inscriraient ces centres dans la loi hospitalière ? Une refonte complète de la législation sera-t-elle nécessaire ?

Dans tous les cas, les statuts des centres médicaux pluridisciplinaires devront être bien définis, de sorte à ne pas créer de confusion en ce qui concerne leurs compétences et celles des hôpitaux, maisons médicales, etc.

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

Le renforcement de la médecine de première ligne

La coopération du médecin généraliste avec certaines professions de santé

Le médecin généraliste et le médecin référent doivent rester le point central de référence pour le patient, sur le modèle du médecin de famille, de sorte qu'il puisse avoir une vue d'ensemble de la santé de son patient.

Dans cette optique, il doit pouvoir travailler en bonne collaboration avec d'autres professions de santé afin d'être informé le mieux possible sur toute évolution de l'état de santé du patient, Sans pour autant freiner ou compliquer l'accès aux soins spécialisés. Par exemple, le patient doit évidemment conserver la possibilité de consulter directement son dentiste pour des douleurs dentaires, son dermatologue pour des questions dermatologiques ou son gynécologue pour son suivi gynécologique.

De même, le patient doit pouvoir conserver le libre choix du médecin qu'il souhaite consulter de même que le libre choix d'en changer.

Le dossier de soins partagés peut pour cela devenir un outil essentiel à la pratique d'un médecin généraliste et médecin référent. Une meilleure promotion du DSP auprès de la population et des médecins est essentielle afin qu'il soit efficace.

En ce qui concerne la coopération du médecin généraliste avec certaines professions de santé, n'existe-t-elle pas déjà ?

- 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 télémédecine peut être un outil complémentaire efficace, mais ne doit pas se substituer à une visite médicale traditionnelle. Lorsqu'il s'agit de consultations de suivi simple (ex. dans les cas de diabète régulièrement suivi par le médecin), de prescription de renouvellement d'ordonnance, la télémédecine permet de désengorger un peu les salles d'attente. Elle devrait donc se restreindre aux médecins qui suivent déjà le patient régulièrement ou en cas de force majeure telle que la crise sanitaire actuelle.

Pour ce qui est du cadre légal, comme pour toute nouveauté, il faut veiller à ce qu'il soit bien intégré dans la législation déjà existante et bien pensé sur base d'études sérieuses permettant d'avoir la vision la plus globale possible de la situation.

Qu'en est-il de la tarification de ces actes fournis au travers de la télémédecine ? Il est impensable de les facturer à la même hauteur d'une visite en présentiel.

- 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 de jour et de l'hôpital de suite dans l'organisation de la médecine ambulatoire ;
Le rôle des pharmaciens dans l'organisation de la médecine ambulatoire.

Qu'entend-on exactement par hospitalisation à domicile ? La question n'est pas claire : parle-t-on ici d'un virage ambulatoire plus poussé ? Quelle est la différence ? Est-il ici question d'outsourcing des hôpitaux ?

Une hospitalisation à domicile pose les questions suivantes :

Qu'en est-il de la responsabilité du suivi du patient ?

Peut-être pourrait-on plutôt aller dans la direction de la création d'un hôpital dédié aux hospitalisations de courte durée, qui aurait comme avantages d'assurer un suivi du patient en cas de complications, sans pour autant nécessiter des soins aussi importants que pour des hospitalisations plus graves.

Dans tous les cas, il faut inclure les réseaux de soins à domicile dans toute considération sur le sujet.

**7. Comment évaluez-vous les conséquences que le virage ambulatoire pourrait avoir sur
Le plan hospitalier
Le statut du personnel
La continuité des soins ?**

Etant donné que le virage ambulatoire existe déjà, nous espérons que les conséquences sur le plan hospitalier et la continuité des soins ont déjà été étudiées lors de la refonte de la loi hospitalière.

Dans tous les cas, le statut du personnel ne doit pas être remis en cause. Les acquis sociaux doivent être préservés.

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

Le virage ambulatoire a beaucoup d'avantages sur la convalescence du patient : entourage familial, moins de stress pour le patient, a priori moins de risques de maladies nosocomiales à condition que les conditions sanitaires soient correctes au domicile du patient.

Néanmoins, il peut exister une certaine inquiétude du patient et son entourage quant aux complications post-opératoires éventuelles. On n'a pas le même suivi médical qu'à l'hôpital.

Il ne constitue pas une solution optimale pour les personnes qui vivent seules et n'ont donc personne pour les aider à domicile ou même simplement pour aller les chercher à l'hôpital.

D'autre part, les proches du patient ne disposent pas nécessairement du temps et des compétences nécessaires pour assurer le suivi du patient à son domicile. S'ils doivent se substituer au personnel paramédical pour alléger la capacité d'accueil en secteur hospitalier, ils devraient pour le moins disposer d'un congé spécifique pour l'accompagnement d'un proche sous traitement ambulatoire.

Le **congé pour raisons familiales** n'est en effet prévu que pour les enfants à raison de :

- 3 jours par an en moyenne de 0 à 4 ans ;
- 2 jours par an en moyenne de 4 à 13 ans ;
- et uniquement en cas d'hospitalisation de plus de 2 semaines entre 13 et 18 ans.

La prolongation de ce congé est par ailleurs prévue uniquement en cas de cancer évolutif ou d'hospitalisation de plus de deux semaines en secteur aigu. D'autre part, le doublement du congé est uniquement octroyé en cas de pathologie handicapante donnant droit à l'allocation supplémentaire.

Ce qui est, dans tous les cas, insuffisant pour une prise en charge en ambulatoire. La liste des pathologies considérées comme « graves » devrait donc en tout état de cause être étendue aux soins ambulatoires de mêmes qu'aux maladies chroniques et/ou incurables (diabète de type 1,

fibromyalgie, sclérose en plaques, insuffisance rénale chronique, maladies cardiovasculaires, sclérose en plaques, etc.).

Le **congé social** n'est accessible qu'aux agents publics et est limité à 24h par période de 3 mois, ce qui est insuffisant pour accompagner le patient lors des examens préopératoires puis assurer son suivi postopératoire.

Enfin, le congé pour accompagnement de personne en fin de vie est par définition inapplicable. Toutefois, ce dispositif pourrait servir de base à la mise en place d'un congé pour accompagnement de personne en soin ambulatoire.

9. Quelles propositions sont prioritaires pour vous ?

La carte sanitaire, qui date de 2015, doit être mise à jour, tout comme la nomenclature des actes de soins.

Il faudrait revoir le fonctionnement des urgences et rendre le dossier de soins partagés plus attrayant afin qu'il soit plus largement utilisé par les assurés, ainsi que par les médecins.

Alors que le présent questionnaire est supposé alimenter le débat portant sur les conclusions à retenir de la pandémie Covid-19 pour notre système de santé, il aborde en réalité uniquement des questions liées au virage ambulatoire et à la déshospitalisation des patients.

Il est à retenir de la pandémie que les justifications à la base des mesures de confinement et de fermeture de pans entiers de notre tissu économique visaient initialement à soulager notre système hospitalier dont le nombre de lits en soins intensifs était insuffisant pour accueillir simultanément un grand nombre de patients. Un an après le début de la pandémie et sachant que d'autres pandémies semblables apparaîtront sans nul doute à l'avenir, quelles dispositions ont été prises pour augmenter la capacité d'accueil des patients dans nos hôpitaux ?

Le virage ambulatoire ne doit en aucun cas servir d'alibi pour réduire davantage la capacité d'accueil des hôpitaux mais, bien au contraire, il devrait viser à mettre en place les mécanismes nécessaires pour pouvoir, en cas de crise sanitaire, libérer des lits dans les structures hospitalières afin d'accueillir efficacement les patients touchés par d'éventuelles nouvelles affections, tout en assurant la sécurité et la prise en charge optimale à domicile des patients dont les pathologies sont connues. Autrement dit, outre les infrastructures indispensables, c'est sur le personnel médical que nous devons miser en priorité.

Il apparaît donc indispensable de mettre en place, au Grand-duché de Luxembourg, des cursus de formation complets et de qualité de l'ensemble du personnel médical nécessaire en corrélation avec l'augmentation de la population actuelle et à venir, et en étroite collaboration avec l'Université de Luxembourg, voire avec un hôpital universitaire qu'il faudrait encore créer.

Ainsi, les milliards empruntés pour sauver notre économie réelle mise à l'arrêt pour combattre la pandémie auraient été bien investis dans un développement sans précédent des capacités de prise en charge et de traitement des patients non seulement au stade grave de la maladie mais également avant l'aggravation des symptômes, ceci afin de préparer notre système de santé à de potentielles nouvelles pandémies à l'avenir.

Enfin, le présent questionnaire n'aborde pas la question du financement de notre système de santé actuellement essentiellement assis sur les travailleurs alors qu'il devient indispensable d'élargir l'assise de l'ensemble du système de sécurité sociale. Des modes de financement alternatifs davantage basés sur l'extraction des richesses (Fonds d'investissement, GAFAs notamment) et les secteurs polluants causant l'essentiel des maladies environnementales (principe du pollueur/empoisonneur – payeur) de même qu'un déplafonnement généralisé des cotisations sociales du régime général d'assurance pension (à l'instar du régime public) devraient ainsi être envisagés.