



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Courrier n°255606

Responsable: Service des Séances plénières et Secrétariat général

Auteur: Conseil supérieur de certaines professions de santé

Envoyé au service Expédition le 26/05/2021 à 09h08

Conseil supérieur de certaines professions de santé : Réponse du 20 mai 2021 à une lettre invitant les représentants du secteur de la santé et les partenaires sociaux concernés à prendre position par rapport à 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)



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Conseil supérieur de certaines
professions de santé

Dossier suivi par:
Pascale Mack-Merens
tél. : (+352) 247-85548

CHAMBRE DES DÉPUTÉS
Entrée le :
26 MAI 2021
255606

Chambre des Députés
Monsieur Fernand ETGEN,
Président
23, rue du Marché-aux-Herbes
L-1728 Luxembourg

Luxembourg, le 20 mai 2021

Concerne : Prise de position du Conseil supérieur de certaines professions de santé 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 »

Monsieur le Président,

Faisant suite à notre courrier du 17 mars 2021, nous vous communiquons ci-après la prise de position du CSCPS en vue du débat sous rubrique.

Permettez-nous de vous fournir d'abord quelques informations préliminaires :

A notre avis, il est primordial que l'évolution vers une médecine à deux vitesses soit empêchée. Pour ce faire, il est important que des soins primaires sûrs et d'une haute qualité continuent à être garantis. L'expérience de la pandémie nous a montré dans quelle mesure il est important que ceux-ci soient solidement ancrés, aussi bien en ce qui concerne leur dotation en personnel hautement qualifié qu'en ce qui concerne leur base financière afin de pouvoir résister à une situation de stress comme c'est le cas lors d'une pandémie.

La Pandémie nous dévoile qu'il est d'une importance capitale de réfléchir quant à de nouvelles structures et de traitement. La thématique n'est pas récente mais elle réclame des solutions éminentes. Notre système de santé est performant mais le manque de connectivité entre les structures hospitalières et ambulants est flagrant. Des solutions rapides s'imposent et ceci sur différents niveaux

- Ambulantisantion
- Réseaux de traitement et d'approvisionnement
- Digitalisation
- IA (Intelligence artificielle)
- Big Data

On peut constater que le Luxembourg n'est pas bien préparé pour le virage ambulatoire que ce soit au niveau du financement ou des structures. Le virage ambulatoire nécessite une organisation médico-soignante et géographique nouvelle autour de nos quatre Centres Hospitaliers. La création de centres et de réseaux de compétences en complément d'une médecine de base et d'urgence en interaction avec des cabinets de professionnels de santé libéraux devra satisfaire la demande des patients.

Même 10 ans après création de l'agence e-santé, cette plateforme ne sait ni répondre et satisfaire aux demandes des acteurs principaux. La digitalisation de l'ensemble des données est absolument nécessaire pour conclure au virage ambulatoire. Ceci au niveau du diagnostic et des traitements. Le transfert des données devra se faire en real time. Les bases de données ne sont aujourd'hui que marginal. Il est d'une importance capitale que le dossier du patient digitalisé soit complet et à jour. Sans cet outil le virage ambulatoire sera impossible à réaliser.

La télémédecine jouera un rôle important dans l'échange entre les différents acteurs du terrain. L'échange des données du patient va permettre la réalisation des différents traitements ambulatoires (ex: les traitements des maladies chroniques par les différents spécialistes en HAD.)

L'interaction des différents acteurs va permettre la réalisation de traitement out of hospital en ambulatoire ainsi aussi promouvoir la médecine personnalisée.

Les responsables politiques en collaboration avec les experts en matière (Gesondheitsdësch et l'observatoire de la santé) devront rapidement créer les cadres juridiques et financiers pour que cette transformation profonde de notre système de santé pourra se réaliser dans de bons termes et conditions.

Dans ce contexte, nous devons constater qu'à ce jour, il n'existe aucun état des lieux de la chirurgie ambulatoire actuel au Luxembourg. Nous estimons qu'une telle base de données des interventions par type et par établissement hospitalier fait défaut.

A nos yeux, une privatisation poussée de la médecine risque d'engendrer également une aggravation de la pénurie déjà existante en médecins et professionnels de santé qualifiés.

Avant de pouvoir discuter les différents points soulevés dans le questionnaire joint à votre lettre susmentionnée, nous estimons qu'une définition des différentes structures avec leurs attributions spécifiques s'impose.

Nous nous permettons également de vous rendre attentif à notre prise de position du 22 octobre 2020 concernant les GT1 et GT3 du Gesondheitsdësch que nous vous joignons en annexe.

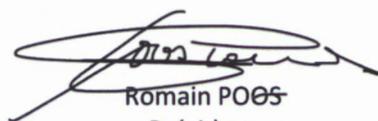
D'autre part, vous trouvez en annexe une présentation concernant la prise en charge ambulatoire, ainsi que les recommandations relatives à la chirurgie ambulatoire, élaborées en 2014 par un groupe de travail du Conseil scientifique – Domaine de la Santé.

Nous nous tiendrons à votre disposition pour toute question supplémentaire.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Oliver KOCH
Secrétaire Général



Romain POËS
Président

Annexes:

- Notre prise de position du 22 octobre 2020 concernant les GT1 et GT3 du Gesondheitsdësch ;
- Présentation concernant la prise en charge ambulatoire, ainsi que les recommandations relatives à la chirurgie ambulatoire, élaborées en 2014 par un groupe de travail du Conseil scientifique – Domaine de la Santé ;
- Nos réponses au « Questionnaire 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 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* »**

CSCPS, 20. mai 2021

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

Une discussion préalable sur la nature des actes et soins pouvant être décentralisés s'impose afin de garantir que les chaînes de soins soient garanties. Un cadre légal préalable, fixant non seulement ces actes et soins, mais également l'interaction du secteur ambulatoire avec le secteur hospitalier, les normes à respecter, etc., doit être créé. Il n'existe actuellement aucune norme pour le calcul des effectifs pour les services ambulatoires, telles que par exemple les consultations spécialisées diverses, hospitalisations de jour, etc.

De même, au vu des différences régionales substantielles, une carte sanitaire, offrant une vue globale sur la situation actuelle doit être établie.

Un recensement des besoins en structures de convalescences et de celles offrant des « lits de vacances » fait également défaut.

L'absence de nomenclatures pour un certain nombre de professions de santé ou pour la prestation d'actes relevant du secteur extrahospitalier bloque actuellement l'exercice de ces professions en libéral et/ou en ambulatoire.

Pendant la pandémie, l'activité extrahospitalière pour certaines professions de santé/médicales a augmenté, tandis que d'autres professions ont été obligés d'arrêter complètement toute activité. Tandis qu'un tarif « téléconsultation » a été accordé à certaines professions, celui-ci a été refusé à d'autres.

D'autre part, l'expérience a montré que l'acquisition du matériel de protection nécessaire a été difficile et coûteuse.

Par nécessité, des actes ont été transférés d'un service hospitalier vers celui de la médecine ambulatoire.

Souvent, les flux entre l'ambulatoire et l'hospitalier n'ont pas pu être séparés.

Cette pandémie a rendu flagrant l'absence d'un cadre légal fixant des règles, compétences, critères, conditions, etc.

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

2.1 Les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les maisons médicales ;

2.2 Les relations entre les maisons médicales et les établissements hospitaliers ;

2.3 Les moyens en personnel ?

Les maisons médicales, travaillant sous la tutelle d'un établissement hospitalier (p.ex. HRS-Junglinster, CHL-Mersch, CHEM-Belval, etc.), disposent d'une organisation/administration propre. Elles ont le potentiel d'améliorer l'offre de soins dans des régions structurellement faibles.

Elles doivent cependant être régies par la loi hospitalière et financées par le biais de l'hôpital dont elles dépendent. Le personnel médical et de santé doit y travailler sous le statut de salarié, mis à disposition par l'hôpital afin de garantir une meilleure gestion des ressources humaines sans exercer une pression supplémentaire sur le marché des médecins et professionnels de santé.

Ceci garantit tout aussi bien les critères de qualité et la sécurité des soins, que leur résistance au stress, en cas de pandémie par exemple. Les soins post-opératoires sont assurés et l'accès au dossier informatisé du patient facilité.

Installées à proximité ou à l'intérieur des hôpitaux, les maisons médicales aident à désengorger les urgences de ceux-ci. Elles peuvent ainsi participer au tri des patients en évaluant, diagnostiquant et, le cas échéant, orientant les patients vers d'autres services de l'hôpital.

Réservées aux urgences non invasives, elles peuvent avoir recours à l'équipement de l'hôpital (imagerie médicale, laboratoire, etc.) dont elles dépendent. Une équipe pluridisciplinaire, composée par des médecins et différentes professions de santé permettrait une meilleure prise en charge.

Leurs heures d'ouvertures sont définies par le ministère de la Santé. Nous suggérons toutefois d'élargir celles-ci à 24/24, 7/7 afin de désengorger les services d'urgences des hôpitaux.

Nous constatons qu'un certain nombre de patients se dirige vers le service d'urgence de l'hôpital au lieu de s'adresser à la maison médicale afin de pouvoir bénéficier du tiers payant. Une extension du tiers payant aux maisons médicales pourrait donc désengorger davantage les services d'urgences des hôpitaux ;

Des maisons médicales plus adaptées avec une équipe plus spécialisée (binôme médico-soignant, personnel administratif, logisticien, professionnel de santé spécialisé devraient être prévues dans les régions structurellement faibles à l'Est, à l'Ouest et au Nord du pays.

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

3.1 Leur statut ;

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

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

3.4 Les frais de passage pour le remboursement de certaines prestations ;

3.5 Le nouveau cadre légal pour les centres médicaux pluridisciplinaires ;

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

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

Il s'agit d'un service de proximité, financé par des investisseurs privés. Ces cabinets regroupent un ou plusieurs médecins et/ou professionnels de santé, exerçant sous le statut de libéral ou de salarié. Leur offre de diagnostics, de traitement et de soins doit rester en concordance avec la nomenclature de la CNS et le risque d'une évolution vers une médecine à deux classes y est inhérent et inévitable. Cette tendance très dangereuse et désavantageuse doit absolument être limitée par l'introduction plusieurs mécanismes d'encadrement.

Leur subvention par l'Etat doit être soumise à l'acceptation d'un cadre garantissant la qualité et la sécurité des soins. D'autre part, il est important qu'ils ne se limitent pas aux actes et services financièrement onéreux. Ils doivent ainsi par exemple être obligés à assumer également les soins post-chirurgicaux et participer aux gardes pour éviter de provoquer une hémorragie des hôpitaux.

Il est évident que ces structures doivent travailler en étroite collaboration et en complémentarité avec toute autre structure.

Leur champ d'action pourrait comprendre aussi bien des soins normaux et chirurgicaux non invasifs, que des services spécialisés (urologie, gynécologie, ophtalmologie, etc.) ou par exemple l'accueil et les soins pour patients à besoins spécifiques, tout en évitant pour autant qu'ils ne s'établissent pas comme « mini-cliniques ». Dans ce contexte, des centres médicaux pluridisciplinaires peuvent constituer une chance réelle pour une approche holistique et pluridisciplinaire du patient.

Il ne faut pas oublier que l'apparition de telles structures risque d'exercer une pression supplémentaire sur le besoin en médecins et professionnels de santé et d'aggraver ainsi la pénurie déjà existante.

Les centres pluridisciplinaires spécialisés et les centres de chirurgie ambulatoire offrant une médecine invasive lourde doivent cependant rester sous la tutelle d'un hôpital.

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

4.1 Le renforcement de la médecine de première ligne

Dans le contexte du task-shifting, certains actes médicaux peuvent être attribués sans obligation de prescription médicale préalable aux professionnels de santé ayant ces actes dans leurs attributions.

Les médecins généralistes et les maisons médicales assurent les soins primaires ou soins de première ligne. Il s'agit principalement de prévention et du diagnostic moins spécialisé et du traitement de maladies, sous forme de consultations.

Les structures de soins de santé comme les hôpitaux, mais aussi les cabinets médicaux de médecins-spécialistes assurent les soins secondaires ou soins de deuxième ligne. Il s'agit principalement du conseil, du diagnostic, du traitement et de soins spécialisés ainsi que de la prise en charge pluridisciplinaire.

Les établissements d'aide et de soins ou les réseaux de soins à domicile assurent les soins tertiaires ou soins de troisième ligne, le plus souvent après une hospitalisation.

4.2 La coopération du médecin généraliste avec certaines professions de santé

En tant que médecin-référent, le médecin-généraliste constitue le médiateur entre les différentes étapes du parcours patient. Première personne de contact pour le patient et tout intervenant dans le dossier, il assure la coordination du traitement. Cette complémentarité est importante. Nous rappelons toutefois que le libre-choix du patient doit rester garanti.

5 Télémédecine

5.1 Les principes de la téléconsultation et du programme ePrescription (possibilités, limites et responsabilités) ;

5.2 Le cadre légal de la télémédecine ;

5.3 Les responsabilités des différents acteurs (médecins, pharmaciens et infirmiers (de réseaux de soins)) et leurs relations ?

Il s'agit d'un sujet complexe qui nécessite des négociations pluridisciplinaires basées sur des données scientifiques.

Son encadrement doit être garanti en ce qui concerne le contenu, les lignes de conduites déontologiques, les heures de consultation, les alternatives en dehors de ces heures d'ouvertures, les responsabilités des différents acteurs impliqués, ainsi que le remboursement des actes par la CNS moyennant un tarif « téléconsultation » pour toutes les professions médicales et de santé, ce qui, à ce jour, rappelons-le-nous, n'est pas encore le cas pour toutes les professions.

Si elle peut permettre un accès plus facile à la prescription et la délivrance de médicaments lors de thérapies de longue durée ainsi qu'une meilleure surveillance des prescriptions, tout en prévenant d'éventuels abus par la centralisation des ordonnances émises pour un patient par les différents prescripteurs et une connexion plus pointilleuse de la distribution médicamenteuse, elle ne peut rester que complémentaire aux consultations en présentiel.

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

L'hospitalisation à domicile s'adresse aux parcours patient avec prises en charge complexes, lourdes et pluridisciplinaires. Elle permet, dans un premier lieu, aux malades chroniques avec pathologies lourdes, de bénéficier de leur traitement à domicile et de préserver leur qualité de vie et leur bien-être psychologique. Dans un second temps elle permet de diminuer les durées moyennes de séjour et donc des journées d'hospitalisation. En même temps, elle peut prévenir des hospitalisations récidivantes ou des retours en hospitalisation.

Il s'agit de parcours complexes nécessitant éventuellement des traitements à délivrance hospitalière, avec des besoins en compétences médico-soignantes spécifiques et en équipement de pointe.

Ces compétences sont développées au sein des services hospitaliers de médecine spécialisées. Leur collaboration avec les services de soins à domicile est à définir sur base des itinéraires cliniques et du parcours patient retenus.

Suite à l'avis du médecin hospitalier coordinateur de l'hospitalisation à domicile (HAD) sur une éventuelle prise en charge en HAD, celle-ci ne peut être organisée qu'avec l'accord du médecin traitant qui doit s'engager au niveau d'un suivi patient rapproché.

La HAD peut être accompagnée par la mise en place de tous les moyens de télésurveillance nécessaires par l'hôpital et placés sous la surveillance des compétences médico-soignantes spécialisées.

Avant la HAD, un bilan de faisabilité et une évaluation du cadre sécuritaire est réalisé. A l'entrée du patient dans une HAD, des objectifs sont définis et des évaluations régulières sont réalisées afin de décider d'un retour éventuel en stationnaire, d'un maintien en HAD et/ou d'un ajustement du plan de soins.

6.1 L'identification des acteurs responsables,

L'hospitalisation à domicile doit rester rattachée à un établissement hospitalier. Le patient est soigné en collaboration avec les réseaux de soins à domicile. Ce service est financé par la CNS par le biais de l'hôpital dont il dépend. Les principaux intervenants sont :

- Des cellules spécifiques, attenantes à l'hôpital ;
- Le médecin traitant hospitalier ;
- L'équipe soignante spécialisée ;
- Le médecin coordinateur de la HAD ;
- L'infirmier coordinateur de la HAD ;
- L'équipe médico-soignante du service spécialisé ;
- Le médecin traitant du domicile ;
- L'équipe soignante des services de soins à domicile.

6.2 Le cadre légal de l'hospitalisation à domicile,

A l'heure actuelle, le cadre légal n'est pas assez développé pour encadrer une hospitalisation à domicile en toute sécurité. Il doit donc d'abord être défini dans un délai raisonnable.

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

En collaboration avec le médecin-généraliste, l'hôpital recouvre un rôle de coordinateur de l'hospitalisation à domicile à partir de parcours patients éligibles. Dans le respect du choix du patient et en coordination avec les professionnels de l'ambulatoire, les professionnels de soins attachés à l'hôpital interviennent auprès du patient.

L'HAD et les services d'hospitalisation de jour ont pour la plupart des orientations très différentes et prennent en charge les parcours respectifs de leurs patients. L'hospitalisation à domicile se caractérise surtout par des maladies chroniques et/ou de longue durée.

Une attention particulière doit être portée au raccourcissement ou l'évitement, dans la mesure du possible, à l'hospitalisation des enfants.

Des pathologies se convenant bien pour une hospitalisation à domicile sont par exemple :

Les grossesses à haut risque : ce parcours nécessite la compétence de son gynécologue et de la sage-femme hospitalière afin de suivre non-seulement cliniquement les dames à domicile et, éventuellement 24/7 par télésurveillance du CTG. Au lieu d'être hospitalisée, la future mère peut rester à la maison dans son entourage habituel, ce qui a un impact sur le bien-être de la patiente.

D'autre part, des lits hospitaliers deviennent vacants pour l'accueil de nouvelles patientes, impact important dans un pays dans lequel les lits d'hospitalisation sont en diminution alors qu'on note une nette et constante croissance de la population.

Les patients en oncologie ayant des traitements lourds par chimiothérapie de quelques heures peuvent être accueillis en hôpital de jour. Par contre, les patients avec des schémas de chimiothérapies sur plusieurs jours de suite ou en continu, présentant éventuellement des états de fatigue importants, pourraient bénéficier d'une HAD au lieu d'être hospitalisés en stationnaire.

Les patients en soins palliatifs préfèrent de loin être à domicile avec leurs traitements.

Les patients Covid-19 peuvent également bénéficier d'une prise en charge en HAD avec des traitements par O2 à domicile. Ils nécessitent des soins pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants). Ces patients risquent cependant de se dégrader et de nécessiter des soins stationnaires. Des compétences pointues pour le traitement, les soins et les suivis autour de la Covid-19 se sont développées à l'hôpital. Celles-ci pointues pourraient permettre aux patients d'être hospitalisés à domicile avec des prises en charge médico-soignantes de pointe sous télésurveillance permettant de reconnaître les signes de dégradation précoce.

6.4 La définition des tâches et des responsabilités des différents acteurs et leurs relations,

Les professionnels définissent les tâches en fonction du plan thérapeutique et de soins et se présentent en tant qu'équipe autour du patient. Tous les acteurs, aussi bien hospitaliers que ceux de l'ambulatoire, continuent à suivre leur code professionnel.

Pour assurer la sécurité et la qualité des soins, il est indispensable que les compétences des professionnels de santé intervenant à domicile soient garanties et que les règles de prise en charge en ce qui concerne la qualité et la sécurité soient identiques à celles garanties pour l'hospitalisation. Les tâches et responsabilités des différents acteurs et les règles de leur interaction doivent donc être clairement fixées et la description des missions, la priorisation des certifications spécifiques, les formations continues, l'éducation du public patient et des professions médicales doivent être clairement définies.

6.5 Le traitement des données médicales,

Afin de garantir la continuité de la prise en charge, le traitement des données médicales ne pourra se faire que sur base d'un dossier patient commun. Comme l'HAD constitue le plus souvent une continuité de l'hospitalisation et que l'hôpital est responsable des traitements spécialisés, les données doivent être intégrées dans le dossier patient, en collaboration étroite avec réseaux de soins. Ces données doivent également être accessibles aux autres acteurs concernés moyennant le dossier patient national partagé. Leur accès doit cependant être strictement limité aux seuls professionnels intervenants en conformité avec les règles RGPD.

6.6 Les modalités de remboursement par la Caisse nationale de santé et la nomenclature,

Certaines professions de santé ne disposent toujours pas d'une nomenclature. Pour d'autres professions, les nomenclatures ne sont pas adaptées aux interventions en HAD. Afin de garantir le parcours de soins complexe, celles-ci doivent donc absolument être fixées dans le plus bref délais.

Afin de garantir le remboursement de la prise en charge pour chaque patient, une nomenclature spécifique pour la prise en charge en ambulatoire doit donc être créée, tout en veillant à ce que les modalités de remboursement soient égales ou prioritaires à celles de l'hospitalisation. Actuellement la tarification d'un séjour « same day » en unité d'hospitalisation coûte 180 € contre 540 € en séjour ambulatoire en chirurgie.

La question se pose si les lits de première classe, très sollicités, pourront être maintenus avec la tendance visant à réduire les lits par habitant ?

Des normes structurelles et de ressources humaines sont à déterminer selon les recommandations des institutions savantes (Association française de chirurgie ambulatoire, AFCA ; International association for ambulatory surgery, IAAS ; Société française d'anesthésie et de réanimation, SFAR).

Pour la partie du parcours patient assuré par l'hôpital, le personnel incombe aux règles de budgétisation de la CNS avec une prise en considération des trajets. Les soins à domicile ont également leurs propres règles de budgétisation mixtes CNS/Assurance dépendance. Certaines nomenclatures doivent donc être ajustées pour garantir la pluridisciplinarité de l'ambulatoire et plus d'égalité.

6.7 Le rôle de l'hôpital du jour et de l'hôpital de suite dans l'organisation de la médecine ambulatoire,

L'hôpital de jour limite le temps de séjour pour la distribution des soins et permet une disposition plus efficace des lits aigus pour la patientèle aux pathologies plus lourdes. En même temps, elle permet de prévenir des hospitalisations récidivantes. Ces hospitalisations sont exposées aux mêmes risques "patient" avec les mêmes besoins en surveillances et de soins en un espace temps concentré et ainsi consommateur en ressources de tout genre. L'HAD est un mode alternatif de prise en charge tout en gardant, le patient, sa maladie et son traitement au centre de nos intérêts.

L'hospitalisation à domicile ne peut se faire que sous la responsabilité d'un établissement hospitalier afin de garantir la sécurité du patient et le suivi des soins. Elle doit donc être impulsée et coordonnée par l'hôpital, d'un commun accord avec le patient. Compte tenu du milieu psychosocial du patient, de son environnement, de sa capacité d'apprendre et de comprendre doivent être considérés de manière subjective avant de décider si la prise en charge peut être faite en ambulatoire ou non.

Le médecin coordinateur de l'HAD est consulté pour avis. Une HAD ne peut par la suite seulement être organisée avec l'accord du médecin traitant et peut s'engager au niveau d'un suivi plus fréquent du patient. En commun un projet thérapeutique et de soins est établi par l'équipe HAD (équipe pluridisciplinaire du service prescripteur de la HAD et MT). Un bilan de faisabilité est réalisé. Sont également définis les objectifs à atteindre avec le patient et les réévaluations planifiées.

Les parcours de soins traités en HAD sont pour la plupart de pathologies graves et évolutives et se différencient avec les soins habituellement dispensés au domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence. Les acteurs pluridisciplinaires du parcours s'organisent autour du patient.

Le protocole est établi par le médecin spécialiste en coordination avec le médecin référent.

En cas de complications ou décompensation, le patient doit pouvoir retourner en hospitalisation sans formalités supplémentaires ou intervention obligatoire d'un médecin.

Afin de mener à bien la HAD, l'éducation du patient et de son environnement familial doit être garanti.

L'émergence d'un troisième secteur doit être absolument évitée.

La pandémie nous a montré que les tensions sur les hôpitaux auraient éventuellement pu être évitées. Nous pouvons nous orienter sur la prise en charge des patients Covid19 sous O² à domicile. Ils nécessitent des soins pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants) et sont à risque de se dégrader et nécessiter des soins stationnaires. Les compétences pointues pour le traitement, les soins et les suivis autour du Covid-19 se sont développées à l'hôpital. Ils auraient pu être organisées à domicile. Mais ceci s'applique aussi aux patients vulnérables qui s'exposent toujours à des risques en venant à l'hôpital.

Une solution doit également être trouvée pour les patients en post-opératoire, en attente d'un séjour en rééducation. Bien que leurs pathologies mettent temporairement en cause la mobilité des patients (hanches, genoux, etc., ils sont souvent obligés à retourner à domicile avant de pouvoir commencer une rééducation. Pour ces patients, une structure intermédiaire leur offrant toute l'assistance dont ils ont besoin tout en les préparant à la rééducation, fait défaut.

6.8 Le rôle des pharmaciens dans l'organisation de la médecine ambulatoire ?

Les pharmaciens sont impliqués dans le parcours de la médecine ambulatoire par la délivrance de la prescription, l'éducation, l'ePrescription.

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

7.1 Le Plan hospitalier

Le plan hospitalier doit être révisé complètement afin d'y intégrer la valorisation du virage ambulatoire, la mise en place des HAD, les différents statuts, sans oublier les réseaux de soins, principal acteur présent sur le terrain en ce qui concerne les soins ambulatoires.

Afin de prévenir une explosion des coûts sans aucun contrôle, il est important d'éviter l'évolution vers une privatisation de petites structures hospitalières.

La pénurie en médecins risque de s'aggraver davantage si des médecins s'orientent de l'institution publique vers un exercice plus onéreux en clinique privée.

Il faut empêcher dans la mesure du possible que de grands groupes d'investisseurs mettent leur main sur le secteur de la santé luxembourgeois. Il ne faut pas oublier que les structures hospitalières qu'ils achèteront auront comme mission primaire de générer des bénéfices financiers sans prendre en considération l'intérêt général !

7.2 Le statut du personnel

Le statut du personnel médical et de santé doit être minutieusement défini. Un nouveau cadre légal doit ainsi être créé pour permettre aux professionnels de santé de travailler de manière légale. Dans ce contexte, une adaptation de la Convention collective et l'introduction de la médecine salariale s'impose également.

Le personnel intervenant dans les structures ambulatoires doit bénéficier du même statut que celui qui exerce au sein des structures hospitalières. Dans ce contexte, nous regrettons le manque de motivation des professionnels exerçant en milieu libéral, de travailler sous contrat salarié.

Le personnel soignant doit être formé en compétences et organisation afin qu'il soit bien préparé à une prise en charge holistique du patient

Une tarification complète est à élaborer pour le secteur ambulatoire.

De cette manière, les patients nécessitant des soins permanents et qui le souhaitent, pourraient rester en famille. Une équipe spécialisée de l'hôpital pourrait intervenir ponctuellement à domicile en cas d'urgences.

7.3 La continuité des soins

Les conséquences principales concernent la réduction de la durée de séjour ainsi que la diminution du risque d'infections hospitalières nosocomiales. Les déplacements peuvent être diminués suite à la centralisation et la flexibilité de l'accompagnement.

La communication interprofessionnelle et le partage des données du Dossier de soins partagé (DSP) doivent être améliorés.

Afin que la continuité des soins puisse être garantie, il faut que des structures d'accueil provisoire pour soulager la famille soient créées.

Les métiers de « Community Health Nurse » et d'« infirmier*ière de pratique avancée » doivent être introduits pour permettre la prise en charge de maladies de longue durée et accompagner l'entourage familial du patient tout au long de sa maladie et au-delà.

Tout ceci doit se faire dans le respect des règles de sécurité et de qualité tout au long de la prise en charge.

La prise en charge entre institutions et soins extra-hospitaliers doit être soumise à un contrat.

La télésurveillance, l'implication des soins à domicile, les rapports de prise en charge, la relation patient-soignant doit être assurée par d'autres moyens ;

L'ouverture vers une médecine à 2 vitesses doit absolument être évitée ; la santé ne doit pas être réservée à une élite. Chaque patient doit pouvoir bénéficier des meilleurs traitements possibles.

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

La mise en œuvre du virage ambulatoire peut avoir comme effets positifs la responsabilisation du patient et de son entourage envers son état de santé ainsi que la mobilisation des ressources propres du patient. Elle peut offrir une meilleure flexibilité pour le patient dans sa vie professionnelle, sous condition qu'il soit impliqué au choix d'être hospitalisé à domicile selon sa situation personnelle, ses ressources et son encadrement familial individuel. L'hospitalisation en ambulatoire permet de libérer des lits aigus, de diminuer le risque d'infections nosocomiales et d'améliorer la récupération physique après chirurgie (RAAC)

L'hôpital se présente comme partenaire en matière de santé au lieu d'un établissement où l'on se décharge de toute responsabilité. De cette manière, un rôle préventif de l'implication et de la responsabilisation de l'entourage familial pourrait être atteint et l'infantilisation et la dépendance du patient réduite.

Quelles propositions sont prioritaires pour vous ?

La priorisation du virage ambulatoire est nécessaire pour répondre à la réduction des lits d'hospitalisation. Cette diminution nous paraît par ailleurs risquée face à une croissance importante de la population.

Le respect du choix du patient ainsi que sa situation psychosociale pour ou contre une hospitalisation à domicile doit être garanti.

Il faut absolument veiller à ce que l'équipe de professionnels de santé et de médecins puisse travailler dans des conditions de travail optimales.

Le caractère humain de la médecine et des soins doit être sauvegardé.



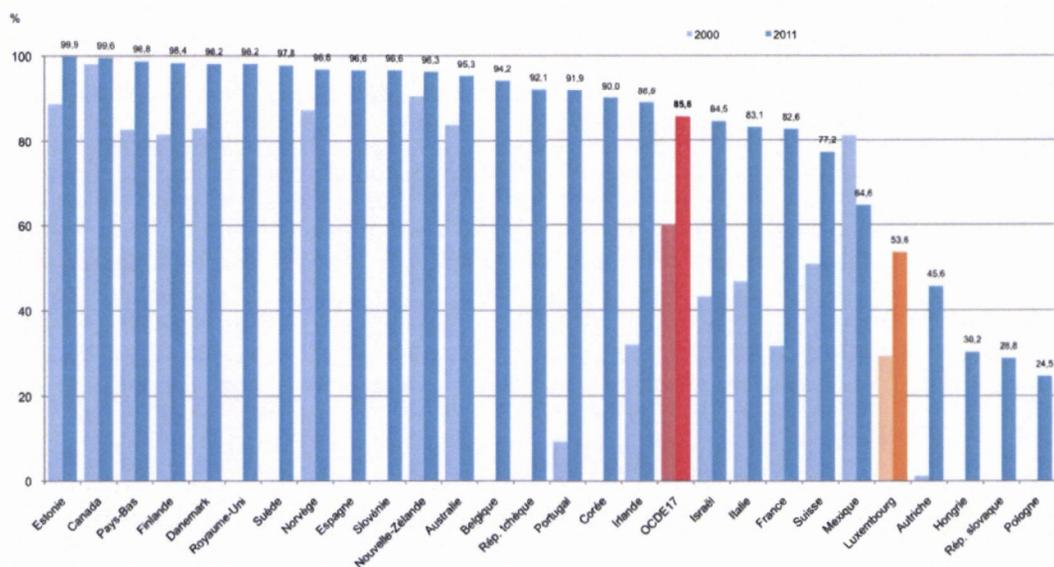
CHIRURGIE AMBULATOIRE – VERSION LONGUE

1. ARGUMENTAIRE

La chirurgie ambulatoire, pratique centrée sur le patient, a largement démontré ses bénéfices: d'abord et surtout un bénéfice pour le patient, mais aussi un bénéfice en termes de qualité et de sécurité des soins chirurgicaux, et un bénéfice en termes d'optimisation et d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie et satisfaction des personnels. La chirurgie ambulatoire a ainsi connu un développement considérable dans la majorité des pays depuis les années 1980.¹

Le retard luxembourgeois dans le taux d'interventions spécifiques pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales a été reconnu. Malgré cette prise de conscience, et une progression significative du taux de pratique ambulatoire de certaines interventions au cours de la dernière décennie, ce retard persiste.

Opérations de la cataracte réalisées en soins de jour, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)² :



Pour 5 « actes traceurs », la carte sanitaire 2012 relève que ce retard à l'adoption de la pratique ambulatoire par rapport aux pays voisins et aux pays de l'OCDE n'est pas restreint à la chirurgie de la cataracte mais qu'il affecte plusieurs spécialités chirurgicales, à savoir :

- la chirurgie ophtalmologique (cataracte)
- l'ORL (amygdalectomies et adénoïdectomies)
- l'orthopédie (arthroscopies du genou (2K46))
- la chirurgie vasculaire (strippings de varices)
- la chirurgie viscérale (cures de hernie inguinale)³

En outre, pour le même geste chirurgical, des variations importantes des taux de pratique ambulatoire sont observées entre établissements hospitaliers et même entre praticiens d'une même spécialité.

Suite à ces constats, le Ministre de la santé a mandaté le Conseil scientifique pour élaborer une recommandation relative à la chirurgie ambulatoire. Considérant que, par rapport à une prise en charge chirurgicale stationnaire classique, la chirurgie ambulatoire favorise



l'amélioration de la qualité, le Conseil scientifique a jugé opportun de produire une recommandation orientée sur cet aspect.

L'amélioration de la qualité qui peut, selon les données de la littérature, être attendue par une adoption élargie de la pratique ambulatoire réside dans les dimensions de la qualité suivantes:

- sécurité du patient (adoption de protocoles stricts en matière de gestion des risques, diminution des infections nosocomiales)
- centrage sur les besoins du patient
- efficacité (choix précis du geste le plus approprié / le moins invasif)
- temporalité (gestion précise des délais, temps d'attente réduits)
- efficacité (utilisation optimale des ressources, gestion appropriée des flux)
- Cette recommandation pour la chirurgie ambulatoire couvre les domaines suivants :
- définitions et principes
- critères d'éligibilité du patient
- critères d'éligibilité du geste chirurgical
- critères organisationnels
- critères structurels.

2. DÉFINITIONS ET PRINCIPES

La chirurgie ambulatoire est définie au Luxembourg selon la définition française établie dès 1995 lors d'une conférence de consensus.⁴

La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Cette définition répond aux principes suivants :

- Seuls des actes chirurgicaux programmés chez un patient sélectionné peuvent correspondre à la définition de chirurgie ambulatoire, les actes relevant de l'urgence étant exclus de cette définition (et du modèle organisationnel spécifique de prise en charge ambulatoire)
- L'impératif de la sécurité d'un bloc opératoire exclut du champ de la chirurgie ambulatoire les actes chirurgicaux réalisés en consultation, même lorsque ces actes sont réalisés dans l'enceinte d'un établissement hospitalier
- L'acte chirurgical réalisé en ambulatoire ne constitue pas une nouvelle technique ; cet acte est le même que celui qui est réalisé en séjour stationnaire classique, mais ses conditions de réalisation répondent à une organisation spécifique à l'ambulatoire
- La chirurgie ambulatoire n'est pas limitée à un mode d'anesthésie spécifique ; c'est l'évaluation du risque, tant anesthésique que chirurgical chez un patient donné, qui définit son éligibilité à la prise en charge ambulatoire
- La surveillance postopératoire en chirurgie ambulatoire fait l'objet de dispositions spécifiques afin de contrôler les risques
- La sortie du patient le jour-même de son admission et de son intervention (càd le même jour du calendrier) indique que, quel que soit le temps de séjour du patient dans l'établissement, ce séjour est inférieur à 24h et ne peut comporter de « présence à minuit ».

Cette définition indique clairement que, pour de nombreux actes chirurgicaux programmés, la chirurgie ambulatoire doit être considérée comme la chirurgie de 1ère intention⁵. Ainsi que le précisent la Haute autorité de santé et l'Agence nationale d'appui à la performance, « A contrario, si une hospitalisation avec une nuit complète est envisagée, alors il est



indispensable de se demander quelles stratégies pourraient être employées pour rendre la prise en charge ambulatoire possible pour ce patient. »⁶

3. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DU PATIENT

Selon la revue de la littérature réalisée par la HAS et l'ANAP, « la sélection des patients est un facteur clé de réussite et permet d'éviter les complications postopératoires ainsi que les retards et annulations, tout en augmentant la satisfaction des patients... La littérature converge sur le fait que l'analyse de la balance bénéfiques/risques pour chaque patient, pour chaque intervention et dans chaque organisation, repose sur des critères médicaux et chirurgicaux d'une part et psycho-sociaux et environnementaux d'autre part. »

3.1. Critères de sélection médicaux et chirurgicaux

Dans la mesure où la sécurité du patient prime, la réalisation de l'acte doit être évaluée au cas par cas en prenant en compte les caractéristiques du patient, de l'acte et de la structure de prise en charge. Sur le plan médico-chirurgical, il existe un large consensus sur les critères suivants :

- Le statut ASA (American Society of Anesthesiologists Status):
 - Les patients de statut I, II et III stables sont éligibles à la chirurgie ambulatoire.
 - Certains patients de statut IV peuvent être éligibles.
- L'âge en gériatrie n'est pas un facteur d'exclusion.
- L'âge en pédiatrie :
 - les nourrissons de plus de 6 mois – certaines sociétés savantes autorisent un âge de 3 mois, soumis à l'accord de l'anesthésiste et en fonction de la disponibilité d'une équipe pédiatrique sur le site.
 - les anciens prématurés de plus de 60 semaines d'âge post-conceptionnel sont éligibles – soumis à l'accord de l'anesthésiste et en fonction de la disponibilité d'une équipe pédiatrique sur le site.
- L'obésité n'est pas un facteur d'exclusion, certaines équipes acceptant même des patients dont l'indice de masse corporel est $>50\text{kg/m}^2$.
- L'éloignement du lieu de vie habituel doit être considéré si d'autres facteurs spécifiques exposent le patient à un risque majoré (âge p. ex.).

3.2. Critères de sélection psycho-sociaux et environnementaux

Les critères suivants sont habituellement requis pour l'éligibilité du patient pour la chirurgie ambulatoire :

- Acceptation de la chirurgie et de sa réalisation en ambulatoire
- Capacité du patient de comprendre la procédure des soins post-opératoires
- Raccourcement au domicile par un adulte responsable (le patient ne doit pas conduire après son intervention)
- Présence d'un accompagnant auprès du patient si besoin pour au moins une nuit à domicile
- Présence requise de l'accompagnant lors de la communication des modalités de prise en charge dans tous les cas où le patient est susceptible de ne pas en comprendre les explications, et en particulier :
 - Les mineurs
 - Les patients atteints d'une altération de jugement



- Les patients atteints de pathologies psychiatriques empêchant leur collaboration avec l'équipe médico-soignante
- Les patients ne comprenant pas une des langues d'usage courant
- Accessibilité et équipement au domicile du patient, dont accès à un téléphone

La durée du transport ou l'éloignement du lieu de résidence par rapport à l'établissement hospitalier où l'intervention a eu lieu ne sont pas des facteurs d'exclusion ; dans ces cas, des dispositions avec un établissement proche du lieu de résidence du patient peuvent être conclues pour la prise en charge d'éventuelles complications.

4. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DU GESTE CHIRURGICAL

L'acte chirurgical doit pouvoir être réalisé en toute sécurité, en considération des caractéristiques des temps opératoire, de surveillance et de récupération précoce qui lui sont liés.

Les sociétés savantes internationales n'ont jamais souhaité produire de listes d'actes éligibles à l'ambulatoire. Elles les ont toujours estimées illogiques et dangereuses. En effet, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais bien le patient.

Elles soulignent la différence de nature entre de telles listes et d'éventuelles listes tarifantes ou des listes destinées à mesurer les pratiques.⁷

Cependant, certains systèmes de santé ont établi des listes de gestes et procédures éligibles à l'ambulatoire aux fins d'évaluation des pratiques (voir Annexe 1). Le Conseil scientifique, après avoir confronté de telles listes avec l'évidence scientifique existante, considère que les gestes chirurgicaux énumérés ci-dessous peuvent être réalisés en ambulatoire dans des conditions compatibles avec l'exigence de qualité et de sécurité des soins :

- Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (chirurgie de la cataracte sénile)
- Intervention sur muscles et tendons oculaires (chirurgie du strabisme)
- Adénoïdectomie et/ou amygdalectomie
- Rhinoplasties, septoplasties (chirurgie du nez)
- Intervention pour oreilles décollées
- Mise en place de drains transtympaniques
- Extractions dentaires, implants
- Ligature de veines, stripping (chirurgie des varices)
- Interventions réparatrices pour hernies inguinales ou crurales, cure d'éventration
- Ablation de matériel d'ostéosynthèse
- Traitement chirurgical d'hallux valgus
- Arthroscopie du genou avec ou sans biopsie, ménissectomie sous arthroscopie
- Arthrotomie pour corps étranger, ménissectomie, synovectomie
- Décompression et libération du canal carpien et chirurgie de l'aponévrose palmaire (Dupuytren)
- Circoncision et cure de phimosis
- Chirurgie du canal déférent
- Chirurgie testiculaire pour affections non-malignes
- Evacuation d'un utérus gravide <14 semaines, curetage
- Interventions sur la vulve ou le vagin, conisation du col utérin
- Coelioscopie, culdoscopie, avec biopsie ou geste thérapeutique simple

Cette liste n'a pas de caractère exhaustif. Les membres du GT estiment que cette liste pourra potentiellement être utilisée pour mesurer le taux d'adoption de la chirurgie ambulatoire et évaluer l'impact de la présente recommandation.



5. L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

En matière d'anesthésie, bien que tous les agents et les modes anesthésiques puissent être utilisés, il y a lieu de privilégier les agents à délais d'action rapide, durée de vie courte et à effets secondaires réduits, en fonction du patient et de l'acte.

Les recommandations suivantes se dégagent de la littérature consultée :

- Le choix des modalités d'anesthésie revient à l'anesthésiste.
- L'anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être joint en cas de survenue d'un événement imprévu ou indésirable, dans les suites immédiates de l'intervention.
- Le patient passe par la salle de réveil post-opératoire (dans certains cas, un «fast-tracking» peut autoriser un passage immédiat vers une salle de repos post-opératoire).
- Les instructions sont dispensées au patient après la phase de récupération post-anesthésique.

6. CRITÈRES ORGANISATIONNELS

C'est l'organisation autour du patient qui est modifiée en chirurgie ambulatoire par rapport à l'hospitalisation classique.

L'itinéraire ou chemin clinique du patient en chirurgie ambulatoire, élément central de l'organisation, est défini comme l'ensemble des étapes, clairement identifiées, menant le patient de l'intention ou de la nécessité de se faire opérer jusqu'au suivi après la réalisation de l'acte. Ces étapes sont décrites dans la figure 1.

On distingue :

1. La **phase d'évaluation préopératoire**, elle-même subdivisée en :

■ Indication opératoire

Durant cette phase où l'indication chirurgicale d'un acte programmé est posée, les critères d'éligibilité du patient et de l'acte pour une prise en charge ambulatoire sont évalués.

Si le patient est éligible a priori pour la prise en charge ambulatoire, il y a lieu de :

- Fournir au patient une information spécifique relative à la procédure ambulatoire
- Informer le médecin traitant (généraliste ou autre) extrahospitalier
- Adresser le patient à la consultation préopératoire de chirurgie ambulatoire

■ Consultation préopératoire de chirurgie ambulatoire

Cette consultation rassemble, en un seul lieu et un seul temps, la consultation de l'anesthésiste et du professionnel soignant qui permettra de :

- préciser les modalités de l'anesthésie (y inclus la préparation et le suivi post-anesthésique),
- prévoir et anticiper les complications possibles (gestion de la douleur, prévention des nausées et vomissements, prévention thrombo-embolique entre autres),
- explorer le milieu (critères psycho-sociaux et environnementaux)
- informer et éduquer le patient
- identifier les besoins péri-opératoires spécifiques au patient et prévoir la mise en place d'un environnement adapté (entourage, ...)

Au terme de cette consultation, l'éligibilité du patient pour une prise en charge ambulatoire est confirmée. Le dossier hospitalier contient toutes les informations pertinentes à la prise en charge ambulatoire du patient, le patient a reçu l'information préalable à son consentement, le rendez-vous en chirurgie ambulatoire est pris, le patient et son médecin traitant en sont informés.



■ Appel de la veille

La veille de l'intervention, et après vérification de la présence de toutes les pièces utiles dans le dossier du patient, un contact téléphonique entre le patient et le service de chirurgie ambulatoire permet de confirmer :

- L'éligibilité du patient (absence de contre-indication intercurrente)
- Les consignes relatives à la préparation du patient (jeûne, etc...)
- L'horaire d'arrivée du patient dans le service
- Le programme opératoire auprès des divers intervenants
- Les modalités de sortie du patient du service (accompagnement)

■ Arrivée dans le service de chirurgie ambulatoire

Afin d'améliorer les flux des patients et de minimiser les temps d'attente, l'horaire d'arrivée des patients dans le service doit être programmé de manière échelonnée en fonction du passage au bloc opératoire et tous les documents doivent être prêts pour la prise en charge et la préparation immédiate à l'intervention.

- L'accueil administratif est limité à une procédure d'admission ambulatoire courte et simple
- Le dossier médical doit être disponible et complet
- Le dossier de soins est ouvert pour le séjour, les soins nécessaires ayant été prévus antérieurement
- Le transfert du patient vers le bloc opératoire est organisé et réalisé sans retard (brancardage ou autre)

2. La **phase opératoire** proprement dite

Cette phase ne diffère en rien de la phase opératoire réalisée en hospitalisation stationnaire classique.

3. La **phase postopératoire jusqu'à la sortie**

Cette phase correspond à la phase de surveillance post-anesthésique et à la période de repos nécessaire pour que le patient soit apte à sortir du service et de l'enceinte hospitalière sans risque.

■ La surveillance post-anesthésique

Cette surveillance peut se faire en salle de réveil traditionnelle ou faire l'objet d'un « fast-tracking » pour les patients qui répondent déjà à tous les critères de réveil en salle d'opération ; ici encore, ce n'est pas le geste chirurgical qui détermine le passage en salle de réveil, mais le patient.

■ Le repos postopératoire et post-anesthésique

Cette phase correspond au temps nécessaire au patient éveillé pour être apte à sortir de l'établissement. Elle comprend la prise en charge spécifique de la douleur, des nausées et vomissements et des autres effets indésirables postopératoires et post-anesthésiques. Ce temps de repos est également mis à profit pour prodiguer au patient une éducation spécifique à la gestion des heures et jours suivants : surveillance, soins, conseils. Idéalement, cette éducation bénéficie d'un support écrit accessible au patient et à son/ses accompagnant(s).

La décision de sortie du patient repose sur une évaluation conjointe, soignante et médicale, du patient, dont les critères sont établis anticipativement. Cette décision, l'heure de cette décision et les personnes ayant validé cette décision (chirurgien et/ou anesthésiste) sont consignées par écrit au dossier du patient.



- La sortie du patient
Afin d'assurer au patient une sortie dans des conditions de sécurité et de continuité des soins adéquates, la sortie est accompagnée :
 - D'un résumé clinique de sortie à destination du médecin traitant extra-hospitalier
 - D'une fiche de liaison pour des soins infirmiers, le cas échéant
 - Des documents relatifs à l'éducation du patient (cfr supra)
 - Des informations relatives à la continuité des soins et à l'accessibilité de structures adéquates en cas de besoin (permanence téléphonique dans un service hospitalier de référence), consignées par écrit.

4. La continuité après la sortie du patient

- Une permanence téléphonique accessible à tout moment au patient doit permettre une orientation médicalisée, reposant sur la connaissance du patient et des intervenants. L'organisation mise en place doit donc garantir un accès immédiat au dossier médical du patient afin de garantir une prise en charge répondant de manière optimale à sa situation.
- Un appel obligatoire du lendemain par le service de chirurgie ambulatoire permet de s'assurer que :
 - L'évolution immédiate est satisfaisante
 - Le patient a compris et suit les prescriptions propres à lui assurer une convalescence optimale dans son milieu de vie

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Etat des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire
2. OCDE. Panorama de la santé 2013. Accessible sous http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-fr/04/09/index.html?contentType=/ns/Chapter,/ns/StatisticalPublication&itemId=/content/Chapter/health_glance-2013-40-fr&containerItemId=/content/serial/19991320&accessItemIds=&mimeType=text/html
3. Ministère de la santé. Carte sanitaire 2012. Fascicule 3. Accessible sous <http://www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/carte-sanitaire-5e-edition-2012/carte-sanitaire-5e-edition-2012-fascicule3.pdf>
4. Conférence de consensus. La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de la conférence. Rev Hosp France 1995;2:156-71
5. International Association for Ambulatory Surgery and WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief day surgery: making it happen. London:IAAS;2007. Accessible sous http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/108965/E90295.pdf
6. Haute autorité de santé et Agence national d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances. Rapport d'évaluation technologique. 2012. Accessible sous <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/chirurgie-ambulatoire-le-socle-de-connaissance/>
7. Abécédaire chirurgie ambulatoire. 2009 accessible sous http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf



Groupe de travail

Dr Françoise Berthet, Direction de la Santé, membre du Conseil scientifique et chef de projet, chargé de la rédaction de la présente recommandation

Dr Claude Birgen, directeur médical au CHEM

Dr Martine Goergen, Société luxembourgeoise de chirurgie et chirurgie thoracique

Dr Gérard Holbach, CMSS, membre suppléant du Conseil scientifique

Dr Marc Kayser, chirurgien orthopédique à la Zithaklinik

Dr Guy Loos, Cercle des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs du GDL

Dr André Muller, Société luxembourgeoise d'ophtalmologie

Dr Eugène Panosetti, Société luxembourgeoise d'ORL et de chirurgie cervico-faciale

Dr Isabelle Rolland-Portal CMSS, membre du Conseil scientifique

Dr Claude Schummer, médecin-généraliste, membre du Conseil scientifique

Dr Jean Uhrig, médecin anesthésiste-réanimateur au CHEM, AMMD

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêts.



ANNEXE 1 : LISTES NATIONALES (2009) COMPARÉES DES ACTES POUR LESQUELS LA RÉALISATION AMBULATOIRE EST INCITÉE

France	Belgique	Allemagne
15 gestes marqueurs	32 APR-DRG	307 Amb. Operationen / 2599 OPS-Kode
	Intervention sur le système nerveux pour affection des nerfs périphériques	Biopsien an peripheren Nerven
		Dxcision und Destruktion von erkranktem Gewebe von Nerven
		Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär oder sekundär
		Interfasciculäre Naht eines Nerven oder Nervenplexus, primär oder sekundär
Libération du canal carpien		Neurolyse une Dekompression eines Nerven
Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	Kapsulotomie, der Linse, Extraktion der Linse, ...
	Interventions intraoculaires excepté cristallin	Operationen der Sklera, Kornea, Iris, Agenkammer, ...
	Interventions extra-oculaires excepté sur l'orbite	Exzision/Destruktion von erkranktem Gewebe, Rekonstruktion, oberfl., tief, ...
		Operationen an Kantus und Epikantus
		Korrekturoperation bei Entropium and Ektropium, Blepharoptosis, andere Rekonstruktion, Blepharoplastik, Lidverlängerung
		Strabismus
Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie isolée, <18 ans	Adénoïdectomie et amygdalectomie	
	Interventions sur sinus et mastoïdes	
	Interventions sur la bouche	
	Autres interventions sur oreille, nez, bouche, gorge	
	Autres diagnostics d'oreille, nez, bouche, gorge	
Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	Pathologies dentaires et orales	
Ligatures de veines et éveinage, <70 ans sans CMA	Ligature de veine et stripping	
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, >17 ans sans CMA		
	Interventions des tissus mous	Biopsien an Muskeln und Weichteilen
		Biopsien an Lymphknoten
Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne. Hanche, fémur, ou autre	Enlèvement matériel de fixation interne	
	Enlèvement matériel du système musculo-squelettique	



France	Belgique	Allemagne
15 gestes marqueurs	32 APR-DRG	307 Amb. Operationen / 2599 OPS-Kode
	Autres interventions du système musculo-squelettique et tissu conjonctif	
Intervention sur la main et le poignet pour kyste synovial		
Intervention sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA	Interventions majeures sur la main, le poignet	
	Intervention épaule, coude et avant-bras	
	Intervention du pied	
	Intervention des membres inférieurs et genoux excepté pieds	
Arthroscopies		Arthroskopie
Interventions sur les testicules pour affections non-malignes, âge<18 ans	Interventions sur les testicules	
	Interventions uréthrales et transuréthrales	
	Autres interventions sur le système génital masculin	
	Autres diagnostics à propos des organes génitaux masculins	
Circoncision		
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, <70 ans sans CMA	Interventions sur vagin, col et vulve	
	Interventions sur utérus / annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes	
Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	Ligature tubaire par voie laparoscopique	Laparo/Peritoneoskopie
Dilatations et curetages, conisations pour des affections non-malignes	Dilatation, curetage, conisation	Biopsie, Kurtettage, Zervixabrasio, Hysteroscopie
	Avortement, avec dialtation, aspiration, curetage ou hystérectomie	
	Interventions sur anus, et orifices de sortie artificiels	
	Grefte cutanée et/ou débridement excepté ulcère et cellulite	
	Autres interventions sur les seins, la peau et le tissu sous-cutané	
	Interventions avec des diagnostics d'autre contact avec des services de santé	
		Operationene am spinalen Liquorsystem
		Neurostimulator Implantation / andere Operationen am Ruckenmark u. Ruckenmarkstrukturen
		Excision und Destruktion von erkranktem Gewebe von Nerven



France	Belgique	Allemagne
15 gestes marqueurs	32 APR-DRG	307 Amb. Operationen / 2599 OPS-Kode
		Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär oder sekundär
		Interfasciculäre Naht eines Nerven oder Nervenplexus, primär oder sekundär
		Neurolyse und Dekompression eines Nerven