



Réponse de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale à la question parlementaire n° 7050 de l'honorable Député Monsieur Mars Di Bartolomeo au sujet du médecin référent

Le dispositif du médecin référent a été introduit par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé. L'idée était d'introduire sur une base volontaire un médecin référent qui pourrait coordonner et mieux organiser les soins dispensés au patient, en parallèle avec l'outil de la coordination des soins qu'est le dossier de soins partagé du patient. Ce médecin serait le médecin du premier recours, le premier maillon dans la chaîne du parcours de soins du patient. En suivant ses patients sur la longue durée, il serait le mieux placé pour les conseiller dans les démarches de soins à entamer, pour leur indiquer les spécialistes les mieux adaptés à leur état de santé et pour faire un suivi de prévention et de dépistage de diverses maladies. En se concertant avec les autres médecins consultés par l'assuré, il pourrait assurer une organisation et une utilisation plus cohérente du système de santé. De cette manière les doubles emplois, la surconsommation de médicaments ou les contre-indications pourraient être évités. Il en aurait été de même du recours systématique et non nécessaire aux services d'urgence et policliniques. En contrepartie, le médecin référent se verrait rémunérer le suivi régulier du dossier de soins partagé.

Au moment de sa mise en place, le dispositif du médecin référent avait été inscrit dans une phase probatoire avec l'institution d'une commission d'évaluation du dispositif du médecin référent et une période de validation provisoire venue à échéance au 30 juin 2015. Au terme de ladite phase test, les parties à la convention (CNS et AMMD) ont convenu d'un commun accord d'apporter certaines modifications à l'étendue du dispositif du médecin référent. Ainsi, les parties se sont mises d'accord de limiter l'accès au médecin référent qui n'est désormais qu'ouvert que pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

- Quelles sont les raisons du succès modeste de ce projet ambitieux ?

Actuellement, environ 160 médecins référents sont à la base d'approximativement 15.000 déclarations dans le dispositif MR. Par contre, seulement 11% des patients qui ont une ALD au Grand-Duché de Luxembourg sont effectivement déclarés comme tels.

Parmi les principales raisons du faible succès on peut citer :

1. Les processus d'une demande de statut de médecin référent et de déclaration d'une ALD sont complexes, chronophages, et encore majoritairement sur papier. Cette complexité des processus de déclaration est aggravée par un manque d'intégration entre les différents outils utilisés par les médecins.
2. Le déploiement du dossier de soins partagé, prérequis indispensable à la bonne utilisation, mais aussi à la pertinence du dispositif, ne bénéficie pas d'une utilisation optimale aussi bien par les patients que par les médecins.
3. Pour les patients, il n'existe aucun incitatif significatif pour les encourager à intégrer le dispositif.
4. Il n'existe pas de parcours de soins partagé entre les différents acteurs, pour une même ALD.

- Par quelles voies et moyens le projet du médecin référent sera-t-il relancé dans l'intérêt de la meilleure gestion possible du dossier de soins partagé et d'une guidance optimale du patient ?



Les principes de la vision de la prise en charge des patients avec une ALD et du rôle du médecin référent à l'horizon 2030 au Grand-Duché du Luxembourg pourraient s'articuler autour de 5 points clés :

1) Fonder le modèle clinique lié au dispositif des ALD sur un principe d'équité.

Pour aller vers un paradigme reposant sur l'équité, la société se porte solidaire envers les patients qui ont une forte consommation de soins tout au long de leur vie tout en responsabilisant le patient qui devient un acteur de sa santé. Et des modalités de prise en charge préférentielles sont instaurées pour les patients atteints d'une affection de longue durée.

2) Orienter les parcours de soins basés sur des bonnes pratiques d'une médecine fondée sur les faits et orientés à l'amélioration des résultats de santé.

Les parcours de soins sont partagés à l'échelle du Grand-Duché du Luxembourg grâce :

- Aux recommandations, à partir desquelles le duo patient-médecin élabore ensemble les parcours le plus adapté aux besoins du patient, et ce dans une forte logique de responsabilisation du patient afin de favoriser l'autonomisation.
- Aux parcours de soins comme support d'éducation à la santé de son patient, afin que celui-ci comprenne l'intérêt clinique de chacune des étapes de son parcours, et ainsi s'y implique davantage.
- À une logique de valeur et basé sur des recommandations internationales d'une médecine fondée sur les faits, avec un suivi des résultats cliniques pour ces parcours de soins.
- À une orientation vers les activités qui produisent les meilleurs résultats possibles en matière de santé (le résultat), c'est-à-dire les plus pertinents pour le patient et pour chaque dépense encourue.
- À une coordination des parcours entre les différents professionnels de santé qui s'inscrivent dans une logique de collaboration, avec comme acteur principal du parcours le médecin référent.

3) Le médecin référent est la pierre angulaire d'une prise en charge multidisciplinaire du patient avec une ALD.

Il a pour rôle principal de superviser le parcours de soins du patient, afin que celui-ci bénéficie de la meilleure prise en charge possible, et ce dans le cadre des parcours de soins formalisés au niveau du Grand-Duché de Luxembourg, basés sur une logique du système de santé basé sur la valeur et des incitants financiers pour les médecins référents dans le cadre d'un dispositif d'objectifs de santé publique à l'échelle de leur patientèle et des patients en ALD suivis.

4) Des modalités de gouvernance claires, ancrées sur une gouvernance partagée CNS et Ministère de la Santé, et reposant sur des indicateurs objectivant le pilotage du système.

Un système de gouvernance partagée entre la CNS et la Direction de la santé est effectif pour assurer le bon déploiement et la juste utilisation du dispositif, et ce à chaque étape de la chaîne. Par ailleurs, un renforcement du suivi médical est mis en place, afin de vérifier que le dispositif bénéficie aux patients qui en ont besoin : cela s'applique en particulier pour les ALD 31 et 32.

5) Un système fortement dématérialisé et des outils informatiques qui favorisent la prise de décision et l'engagement des patients.



Le renforcement de l'engagement des patients et la bonne gestion de la gouvernance de ce dispositif reposent sur un effort conséquent de digitalisation des processus et le renforcement des bases de données et des capacités de l'exploration de données. L'ensemble du nouveau système est en effet reconnu pour une utilisation proactive des données rendue possible par la mise en place d'un système axé sur les données.

Cette utilisation des données se fait dans une démarche d'amélioration continue sur base de ce qu'on apprend de ces données et notamment pour :

- Favoriser une amélioration constante de la prise en charge.
- Evaluer les résultats de santé.
- Garantir la mise à disposition et la fiabilité des indicateurs à l'ensemble des acteurs du système renforçant ainsi leur capacité de prise de décision.

Luxembourg, le 22 novembre 2022

Le Ministre de la Sécurité sociale

(s.) Claude Haagen