

GT N°5 /7

**FEDERATION DE CERTAINES ACTIVITES HOSPITALIERES ET
DEVELOPPEMENT COHERENT DU MILIEU AMBULATOIRE**

RAPPORT FINAL DU 11 MARS 2010

Président : Frank Gansen
Secrétaire : Marianne Scholl
Annick Conzemius, Nico Diederich, Guy Loos, René Metz, Claude Schummer, Jean Uhrig, Patrick Weyland (AMMD), Paul Koch (CMSS), José Balanzategui, Frank Bisenius, Jean-Paul Juchem (CNS), Evandro Cimetta, Carine Federspiel, Michel Simonis (Copas), Françoise Berthet, Elisabeth Heisbourg, Gérard Scharll (DS), Georges Bassing, Marc Hastert, Paul Junck, André Kerschen, Raymond Lies, Michel Nathan, Philippe Turk (EHL), Paul Schmit, Laurence Weber (IGSS), Roger Consbruck (MS)
Membres du groupe :

Remarque préliminaire :

Ce rapport final a été développé sur base des rapports intermédiaires élaborés lors d'une première phase par le GT5 (réunions du 5, 17 et 26 novembre 2009) et le GT7 (réunions du 12, 19 et 26 novembre 2009). Il reflète les discussions de la phase 2 des GTs 5 et 7 fusionnés. Pour la phase 2 le GT fusionné s'est réuni le 15 et 29 janvier ainsi que le 5 mars 2010.

L'EHL a informé le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale qu'elle remettra sa prise de position officielle à la mi-mars 2010.

1. LE CADRE DE DISCUSSION DU GT FUSIONNE

Le Gt actuel ressort d'une fusion pour des raisons de cohérence entre l'ancien GT7 (soins primaires) et le GT5 (organisation secteur hospitalier). Les travaux préparatifs (qui ont d'abord été menés au sein de l'administration gouvernementale + CNS, avant de rechercher un échange de vues avec les prestataires de soins) ont permis de dégager le cadre de discussion que voici :

- Développer les soins primaires et de proximité ainsi que les filières de soins. L'AMMD voudrait y faire également un lien avec l'indemnisation sans preuve de faute.
- Dresser un bilan des maisons médicales de garde
- Spécifier les missions des policliniques
- Analyser le fonctionnement des hôpitaux. Encourager le développement de la chirurgie ambulatoire.

- La politique d'investissement : investir à meilleur escient et à moindre coût !
- Fédération de certaines activités hospitalières → papier stratégique EHL en préparation qui sera finalisé d'ici début mars.
- La gériatrie médicale et la psychiatrie stationnaire et ambulatoire

2. LES PISTES DE DISCUSSION ET LES PROPOSITIONS D' ACTIONS

1. **Le renforcement des soins primaires** qui privilégie la piste du médecin généraliste est une tendance généralement observée en Europe. Elle peut se décliner de diverses manières notamment en fonction du système de santé en place et être accompagnée d'incitants financiers ou autres, à l'adresse du médecin et du patient.

Le principal but recherché concerne le suivi et le guidage du patient par une meilleure coordination de la prise en charge notamment via le dossier patient. Autres objectifs : éviter des examens redondants ou actes inutiles, promouvoir le «disease management» par une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée.

Les pistes de réflexion :

- Préserver le libre choix du médecin ; élaborer des règles concernant le transfert vers le médecin spécialiste
- Renforcer rôle du médecin généraliste pour garantir l'accès aux soins pour tous : dégager des moyens pour rendre la filière du médecin généraliste plus attractive.
- Prendre en compte un certain degré de féminisation de la profession médicale avec à la clé souvent une activité réduite et même un abandon de la profession : prévoir formes d'organisation de travail flexibles (cabinets de groupe) et des systèmes de gardes d'enfants permettant de concilier profession et vie familiale.
- Analyser les modes de prise en charge (ambulatoires et stationnaires) par types de pathologie : sont-ils adaptés aux besoins des patients et répondent-ils à des notions d'efficacité ? L'exemple de la prise en charge psychiatrique est cité.
- Etudier la possibilité d'installation de centres de soins primaires régionaux et d'un éventuel redéploiement de certains moyens diagnostiques en fonction des besoins sanitaires de la population (plateaux multidisciplinaires de proximité). Il faut toutefois éviter un dédoublement de moyens diagnostiques qui pourrait provoquer une prolifération d'actes techniques inutiles..
- Développer l'échange électronique d'informations et le dossier patient notamment en promouvant dans le secteur extrahospitalier l'outil GECAMED conçu par l'AMMD en collaboration avec le CRP Henri Tudor et des sponsors privés.

Renforcement soins primaires : conclusions : Il y a un accord de principe pour se diriger dans la voie d'un renforcement des soins primaires à condition que le rôle du médecin généraliste soit renforcé pour promouvoir la qualité de la prise en charge du patient. L'AMMD précise que ce rôle ne peut avoir pour but d'assainir les finances de la sécurité sociale.

Les *nouvelles missions du médecin généraliste* pourront englober :

1. Un rôle dans la mise à jour et l'hiérarchisation transparente des données médicales ensemble avec le patient concerné.
2. Un rôle dans la médecine préventive (à préciser) et notamment avec un accent sur les aspects préventifs non techniques.

3. Un rôle de « facilitateur » de l'accès aux différents niveaux de soins (pour toute la population et notamment pour les couches sociales moins favorisées et pour les immigrants récents afin de favoriser leur intégration dans notre système de santé)

2. Les maisons médicales de garde nouvellement installées : **un pas dans la bonne direction** pour une meilleure organisation des soins de première ligne ?

Points favorables : accueil garanti des patients en soirée et le week-end ; offre de consultations complémentaires aux visites à domicile maintenues.

Par contre : pas d'effet très sensible de désengorgement des polycliniques ce qui était un des objectifs déclarés. Un bilan approfondi de l'offre globale de soins urgents reste cependant à faire.

Pistes de travail :

- Dresser un **bilan approfondi de l'activité** des maisons médicales par rapport à l'offre globale de soins « urgents » dans les hôpitaux. L'offre en soins urgents correspond-t-elle aux besoins de la population ? Faut-il maintenir une activité de médecine générale en semaine dans les hôpitaux alors que les cabinets de ville sont ouverts ?
- Dans le même ordre d'idées, est-t-il indiqué de maintenir un libre accès pour des soins non-urgents à une médecine de pointe dans les services d'urgence des hôpitaux. ?
- La **prise en charge des pensionnaires des maisons de soins** ne s'est pas améliorée par l'installation des Maisons Médicales de Garde mais ces personnes font plutôt face à une offre de disponibilité réduite des médecins agréés. Proposition : prévoir un système d'indemnisation forfaitaire pour permettre une continuité de soins plus adaptée des pensionnaires par des médecins agréés auprès des établissements d'aides et de soins.
- Assurer la **promotion des maisons médicales** auprès du grand public et notamment auprès des couches de la population habituées à un autre système de santé.

3. Le bilan des polycliniques : Si l'organisation et le concept de polyclinique semblent différencier d'un établissement à l'autre on constate des problèmes communs : Explosion de l'activité et des coûts, très peu de documentation (diagnostic médical n'est pas requis), amalgame entre urgences, actes techniques et simples consultations, voire suivi de patients chroniques, y compris sans supervision médicale.

Il y a différentes explications à cela :

- Absence de définition claire des objectifs d'une polyclinique dans les textes de loi ou réglementaires
- Manque d'orientation et d'information des patients
- Pas d'incitants favorisant un changement des comportements

Conclusions : Il y a consensus pour faire un bilan de l'activité des polycliniques et harmoniser au niveau national les définitions, modes de fonctionnement et de financement des polycliniques et de les inclure comme service dans le plan national.

Pistes de travail :

- Meilleure documentation : (pour le médecin spécifier lieu d'intervention sur la note d'honoraires)
- Spécifier l'activité en polyclinique par voie réglementaire et adapter la prise en charge
- Financement plus restrictif des structures de polyclinique, adapté au profil de la prise en charge
- Freiner la dotation en personnel
- Filtrage des patients et développer l'information des patients ; renvoi aux Maisons médicales ou autres structures de soins primaires ; incitants financiers positifs pour l'utilisation des structures de soins primaires extrahospitaliers ; pénalisation financière en cas de recours non justifié à des services d'urgence.

4. Fonctionnement des hôpitaux / promouvoir la chirurgie ambulatoire :

Objectifs avancés :

- Définition et planification des services hospitaliers, spécialisation, création de centres de compétence
- Virage ambulatoire : Le Luxembourg a un retard sur d'autres pays en ce qui concerne la prise en charge d'un certain nombre de pathologies en ambulatoire. Il faut une démarche volontaire et ciblée pour renverser la tendance.
- Vers plus d'efficacité : Améliorer les structures de pilotage des hôpitaux

Les constats actuels :

- La pilotabilité s'avère difficile pour plusieurs raisons : moyens d'actions limités pour contenir le coût du personnel, difficultés d'interopérabilité avec le corps médical
- Il existe un besoin de clarifier le rapport médecin / hôpital
- Peu de transparence concernant l'offre des services
- Carences de définitions sur le plan légal et réglementaire
- Absence de structures organisationnelles permettant une continuité des soins (relations avec le secteur extrahospitalier)
- ...mais aussi des exemples de bonne pratique de coopération inter-hospitalière (INCCI)

Les pistes de travail :

- **Impliquer davantage les médecins** dans le fonctionnement des hôpitaux, y compris la planification et l'utilisation des ressources et des moyens. Des leviers possibles : Conseils médicaux dans les hôpitaux, préciser davantage l'implication du médecin dans l'organisation hospitalière par le contrat d'agrément. Dans ce contexte on propose l'installation d'un GT restreint afin de discuter du rôle du médecin hospitalier et de problèmes annexes : médecin coordinateur, relation médecins / autres professions de santé, système no-fault. L'AMMD propose l'introduction d'un système de **gestion participative** sur base d'objectifs **consensuels et communs** entre le gestionnaire et les médecins ↔ (Hiérarchie horizontale). Dans cet ordre d'idées elle se prononce pour une révision du règlement grand-ducal du 23

août 2003¹ relatif aux conseils médicaux dans les hôpitaux avec l'introduction d'un management participatif des médecins au sein des hôpitaux à l'instar de la loi belge.

- Dissocier la définition des services de la notion de lits et du nombre de lits ; élaborer d'autres critères.
- **Développer la chirurgie ambulatoire** : La chirurgie ambulatoire présente des avantages médicaux indéniables et apporte un gain d'efficacité pour le système de santé à condition de bien préparer et accompagner sa mise en place. Il faut définir les actes se prêtant à une prise en charge ambulatoire, déterminer la population éligible pour ce type de traitement, adapter les infrastructures et tracer les processus de prise en charge. Il faut également trouver des incitants pour favoriser un changement de mentalité auprès de tous les acteurs impliqués. De même, un accent particulier devra être mis sur la documentation et la communication des résultats obtenus. La chirurgie ambulatoire fait l'objet d'une initiative de promotion et de développement de la Direction de la Santé (étude en cours Drs Heisbourg et Berthet).
- Encourager **l'émergence de centres de compétence** : définir des créneaux et proposer des incitants : Agrégations multiples, faciliter accès des médecins aux centres d'excellence ; soumettre financement des actes à des conditions de lieu et de formation.
- Préparer l'introduction du **dossier électronique du patient** : implication de tous les acteurs, déterminer systèmes de codification uniformes (règlement !)

5. La politique d'investissement : investir à meilleur escient !

Les constats actuels :

On constate que des sollicitations pour des investissements au niveau des hôpitaux relève des fois plus du lobbying (même d'un lobbying étranger au système de santé) que d'une analyse fondée sur les besoins réels. Dans un même ordre d'idées, la politique d'agrégation incoordonnée des médecins hospitaliers mène, dans le domaine des investissements hospitaliers, aux dérives suivantes :

- Création d'offres médicales pour lesquelles une analyse préalable des besoins sanitaires régionaux ou nationaux n'a pas été réalisée.
- Doubles emplois de certaines activités médicales dans une même région sanitaire par un recrutement et développement de services concurrentiels.

En présence de ressources plus rares au niveau de l'Etat et de la sécurité sociale, il faut trouver impérativement une approche commune (Corps médical, Hôpitaux, MS, CNS) et rigoureuse, pour déterminer les besoins en infrastructures et les priorités pour investir.

L'absence de procédures claires et transparentes concernant l'autorisation et le financement des investissements hospitaliers complique la gestion des ressources et constitue un handicap face au benchmarking financier transfrontalier

Pistes de travail :

- Arbitrages transparents après coordination avec tous les acteurs concernés en amont des décisions d'investissements hospitaliers selon des objectifs quantifiés, nationaux, préalablement établis.

¹ <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2003/0122/a122.pdf#page=9>

- Agrégation des médecins hospitaliers selon des besoins préalablement, objectivement constatés.
- Promouvoir une spécialisation des hôpitaux et services (bénéfice indirect : compétitivité accrue des hôpitaux luxembourgeois dans la grande région)
- Dégager des centres de compétence
- Dégager des synergies administratives et logistiques
- Il faut déterminer un calcul plus précis du coût des épisodes hospitaliers. Il faut donc faire évoluer les procédures actuelles de financement afin de pouvoir ventiler les coûts directs et indirects pour les lier à un épisode.

6. Fédération des activités hospitalières

Objectifs avancés :

- **Réduire overhead** : Développer des synergies pour toutes les activités auxiliaires : pharmacie, laboratoires, stérilisation, logistique, informatique etc., mais aussi pour certaines fonctions comme celle d'hygiéniste, responsable de la sécurité, contrôle de la qualité etc.

L'EHL est actuellement en train de mener des discussions stratégiques concernant les activités de support dans l'hôpital notamment dans les domaines des laboratoires, pharmacie et service informatique. Le résultat de cette étude est attendu fin février ou début mars et devrait être discuté lors de la prochaine discussion du GT début mars.

7. La prise en charge gériatrique

Les constats actuels :

Compte tenu de l'évolution démographique on constate un besoin croissant pour une filière de soins gériatrique structurée et coordonnée.

Au cours des dix dernières années beaucoup d'investissements ont été réalisés, notamment suite à l'introduction de l'assurance dépendance. On constate cependant un manque de coordination entre les différentes structures ou secteurs (ex. Centre de convalescence Colpach : structure tampon pour long séjour ?). On note également l'absence de concept global de prise en charge : il n'y a pas de définition concernant la rééducation gériatrique. La COPAS souligne dans ce contexte l'importance de préciser le terme « gériatrie *médicale* ».

Au niveau de la nomenclature médicale il n'y a pas d'approche structurée allant dans le sens d'une coordination des soins autour de la personne âgée par le médecin gériatre et son équipe.

Les durées d'hospitalisation des patients gériatriques sont souvent inutilement longues et donc coûteuses, faute de structures d'accueils ou de services ambulatoires disponibles et flexibles après une phase de soins aigus. Cependant on signale également que des incitants financiers pourraient avoir favorisé le maintien de certains patients âgés dans l'hôpital aigu. En effet la participation journalière y est minimale (12€/jour), comparée au prix de pension dans une structure de long séjour.

En guise de conclusion on peut retenir qu'il y a des structures disponibles, probablement en quantité suffisante, dans les différents domaines (aigu, moyen terme, long terme et secteur ambulatoire). Ce qui fait défaut avant tout c'est l'interfaçage entre les différentes structures permettant la réalisation d'une filière de soins. Le médecin gériatre et son équipe jouent un rôle important dans l'interfaçage hospitalier-extrahospitalier. Le lieu de prédilection de la personne âgée gériatrique n'est pas l'hôpital mais doit être son domicile avec tous les soins de supports qu'offrent les réseaux actuellement respectivement sa structure d'accueil long séjour (CIPA, MdS). Ceci implique que le médecin gériatre et son équipe s'impliquent davantage dans la coordination de cette prise en charge extrahospitalière ensemble avec le médecin traitant et les réseaux de soins.

Pistes de travail :

- **Rassembler des données** concernant la prise en charge gériatrique : recenser cas de longue durée (>30jours) dans les hôpitaux aigus, analyser les parcours de soins des patients gériatriques (aigu, moyen séjour, long séjour). Etudier la possibilité d'intégrer ces éléments dans le rapport sur l'assurance dépendance à paraître en milieu d'année.
- **Dessiner des filières de soins** à partir de pathologies ou de profils de patients déterminés. Proposer des interfaçages entre les différents intervenants et déterminer les responsabilités des différents acteurs.
- Déterminer le **rôle du médecin gériatre, ou de son équipe, dans la coordination** des soins hospitaliers et extrahospitaliers. Dans cette optique l'AMMD propose une rapide mise en vigueur des tarifs afférents qui ont été avisés par la commission de nomenclature.
- Mettre en place dans les hôpitaux aigus des **équipes qualifiées et spécialisées** autour de médecin gériatre permettant une prise en charge gériatrique correcte et favorisant une évolution des mentalités concernant l'approche des problèmes gériatriques en général (prise en charge préventive, suivi post-aigu, coordination stationnaire, ambulatoire).
- Concernant le **volet financier** il s'agit d'analyser la possibilité du financement de certaines prises en charge dans le domaine gériatrique par l'assurance dépendance. Cet aspect serait à discuter dans le cadre d'une révision de certains aspects de la législation de l'assurance dépendance et l'extension des actes essentiels de la vie de base à d'autres supports longue durée.

8. Psychiatrie stationnaire et ambulatoire

L'évolution de la prise en charge psychiatrique au cours des dernières années :

Suite au projet de réforme amorcé depuis un certain nombre d'années on constate plusieurs **changements favorables** :

- Décentralisation et dé-stigmatisation de la psychiatrie
- Réinsertion encadrée du patient psychiatrique dans la société
- Installation d'un dialogue permanent entre tous les acteurs du secteur.
- Augmentation de l'offre concernant la prise en charge extrahospitalière
- Accueil systématique des patients psychiatriques dans les hôpitaux aigus dans une optique de déstigmatisation.

Mais on constate également :

- Parallèlement au déploiement de la prise en charge ambulatoire, la prise en charge stationnaire ne diminue pas.
- Les DMS pour les traitements psychiatriques augmentent.
- On constate un engorgement du CHNP, destiné à la réhabilitation, par des patients de long séjour.

Pistes de réflexion :

- **Les indications pour une prise en charge médicale** de patients psychiatriques, sont elles suffisamment claires ? Est-ce qu'on n'assiste pas à une surmédicalisation de patients psychiatriques dont la prise en charge relèverait au moins autant du social que du médical ? Cette question se poserait aussi dans le domaine de l'addictologie.
- Il faudrait **renforcer les structures d'accueil et de suivi de longue durée**, ou recadrer les organismes existants (conventionnés), afin de désengorger les services aigus et de moyen séjour.
- On peut également analyser les possibilités d'une prise en charge de certains patients psychiatriques par l'assurance dépendance (l'exemple de l'handicap est cité).
- L'objectif général doit rester la prise en charge encadrée, si possible **non-hospitalière**, avec médicalisation adéquate (ni trop, ni trop peu) des patients psychiatriques qui tombent malades jeunes entre 15 et 30 et qui le restent en général tout au long de leur vie.

Comme conclusion il y a consensus pour recommander une analyse statistique de l'évolution de la prise en charge psychiatrique par l'assurance maladie courant 2010 et de faire réaliser une évaluation de la mise en place de la réforme psychiatrie.

Validation du président de groupe de travail

Signature