

Systeme de santé conventionnel ou médecine étatique ?

Analyse de l'accord de coalition 2018-2023

Systeme de santé conventionnel ou médecine étatique ?

- I. Avant-propos
- II. Introduction
- III. Accord de coalition : éléments clés
- IV. Système de santé : analyse, enjeux et propositions
 - 1. Le système de santé : contrôle des coûts en matière d'assurances maladie-maternité
 - 2. Démographie médicale
 - 3. Système de santé conventionnel ou médecine étatique ?
 - 4. Soins de santé extrahospitaliers
 - 5. Soins de santé hospitaliers
 - 6. Digitalisation des soins de santé
 - 7. Système de santé : question d'opportunité ?
- V. Résumé en 10 points
- VI. Conclusion

I. Avant-propos

En date du 6 mai dernier, le Ministre de la Sécurité sociale, Monsieur Romain Schneider, a invité les parties prenantes de la Commission de nomenclature pour un échange autour de la commission statuant sur les actes et prestations des médecins et des médecins-dentistes.

En amont de cette réunion, l'AMMD avait exprimé à de multiples reprises et depuis des années, ses réserves quant à la composition et quant au fonctionnement de cette commission qui s'inscrit dans un système de santé basé sur un conventionnement obligatoire liant la CNS et les prestataires.

A l'issue de la réunion, le Ministre de la Sécurité sociale a invité l'AMMD à fournir par écrit une nouvelle prise de position par rapport à cette thématique de première importance.

Comme il est utile de bien comprendre les liens entre une Commission de nomenclature et l'ensemble du système de santé, l'analyse ne saurait être effectuée correctement sans prendre en considération d'autres éléments essentiels du système et de les mettre en phase avec l'accord de gouvernement.

II. Introduction

Le système de santé luxembourgeois, basé sur les principes de l'assurance sociale d'inspiration Bismarckienne fait partie des acquis sociaux les plus importants durant les derniers 150 ans.

La mission d'un système de santé est de permettre l'accès des patients aux soins de santé. Mais il ne suffit pas seulement que les patients aient un accès aux soins, il faut encore que les services soient adéquats et rapides.

Les médecins et les médecins-dentistes jouent un rôle pivot dans la prise en charge de leurs patients et leur mission première est de les soigner selon l'acquis de la science. A cette fin, l'autonomie professionnelle est un prérequis indispensable.

L'exercice ci-dessous s'inscrit donc dans une démarche se voulant systématique en analysant ces paramètres clés :

- en les mettant dans un contexte transfrontalier et européen ;
- en tenant compte de la démographie et de la population du pays ;
- en tenant compte de la démographie médicale ;
- en tenant compte de l'offre hospitalière et extrahospitalière des soins de santé ;
- en tenant compte de l'évolution du progrès médical pouvant mettre en difficulté le financement pérenne de tout système de santé.

III. Accord de coalition : éléments clés

Le programme gouvernemental 2018-2023 en matière de Santé et de Sécurité Sociale est ambitieux :

« La politique du Luxembourg en matière de santé continuera à être articulée autour des valeurs fondamentales que sont l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité. Il sera œuvré en faveur d'un système de santé à la pointe du progrès médical, moderne, capable de s'adapter aux besoins et aux défis de la société.

Les besoins du patient seront au centre de la politique de santé, laquelle met à disposition les informations nécessaires pour que le patient soit un acteur à part entière du système.

La politique dans le domaine de la santé veillera à :

- garantir la qualité des soins selon une démarche qualité systématique ;*
- assurer l'égalité d'accès aux soins ;*
- contribuer à la prévention des maladies ;*
- donner la priorité aux soins primaires ;*
- responsabiliser les patients et les prestataires ;*
- adapter la prise en charge sanitaire nationale à l'évolution démographique de la population.»*

De même : *« La sécurité sociale doit faire face aux répercussions de l'évolution continue de la société.*

Les effets du vieillissement de la population et de l'évolution démographique, le développement rapide des nouvelles technologies et les nouvelles formes de travail représentent des défis majeurs qu'il faut adresser en impliquant toutes les parties prenantes, et notamment les partenaires sociaux.

Il s'agit ainsi d'adapter les régimes aux évolutions pour garantir l'accès des assurés à des prestations de qualité tout en préservant les principes de la sécurité sociale. ...

Il faudra procéder à la révision de la législation en vue de tenir compte d'éventuelles déficiences liées soit à l'accès aux prestations des régimes de sécurité sociale, notamment en vue de renforcer l'acquisition de droits personnels en matière d'assurance pension, soit à la nature des prestations.

En vue de préserver les atouts de la sécurité sociale, il faut assurer des ressources financières adéquates pour répondre aux besoins des assurés tout en garantissant la pérennité des différents régimes. Plus précisément en ce qui concerne l'assurance maladie-maternité, la participation forfaitaire de l'Etat aux charges incombant aux prestations en espèces de maternité est à reconduire.

Il y a lieu de suivre de près et annuellement, ensemble avec les parties prenantes, l'évolution des dépenses liées aux prestations de l'assurance maladie-maternité. Spécifiquement, suite à la réforme du secteur hospitalier, toute mesure impactant l'équilibre de ce pilier de la sécurité sociale devra être évaluée en détail, notamment en ce qui concerne les normes de qualité, les réseaux de compétences à venir ou encore les présences sur site.

De manière générale, il s'agit de veiller à faire concorder les divers mécanismes en place et à clarifier les modalités de financement des prestations et services.

Dans ce contexte, il convient de soulever l'importance à accorder à la planification budgétaire basée sur le mécanisme de l'enveloppe globale, voire l'intégration progressive de critères de tarification plus directement liés à l'activité médicale.

Cette approche requiert une documentation hospitalière exhaustive afin de disposer d'une cartographie précise de l'activité hospitalière et ainsi de planifier au mieux les ressources et les services nécessaires pour répondre aux besoins des patients, respectivement des assurés, avec comme objectif un pilotage transparent, efficient et garantissant un haut niveau de qualité. »

Concernant plus particulièrement la problématique de la commission de nomenclature aussi bien au niveau de sa composition et de son fonctionnement, l'accord gouvernemental stipule : « *Tout en réaffirmant la continuation des principes du fonctionnement de l'assurance maladie-maternité, une analyse globale de la gouvernance sera effectuée :*

-au niveau des relations entre la Caisse nationale de santé (CNS) et les prestataires de soins, et plus particulièrement du corps médical, découlant de la gestion tripartite de l'assurance maladie-maternité, et des mécanismes inhérents au conventionnement obligatoire, notamment en ce qui concerne l'évolution du dispositif conventionnel »

L'accord gouvernemental souligne certes que : « (...) *il est indispensable de s'assurer des conditions nécessaires et suffisantes pour que toutes les parties impliquées trouvent leur place au sein du système. »*, mais établit en même temps que « *Le principe du conventionnement obligatoire établissant les relations entre les prestataires et les institutions constitue une pierre angulaire du système de sécurité sociale. »*

Le programme gouvernemental reconnaît que « *Au niveau des prestataires de soins de santé, le corps médical constitue un pilier porteur. »* En toute logique il poursuit que « *Il est impératif de poursuivre l'adaptation du catalogue des prestations de l'assurance maladie-maternité pour tenir compte des progrès médico-techniques et d'avancer davantage dans la révision de la nomenclature suivant la méthodologie commune retenue entre les prestataires concernés et la CNS, tout en considérant le déploiement de nouvelles structures hospitalières et extrahospitalières.*

La révision de la nomenclature médicale sera poursuivie en mettant l'accent sur le respect des derniers standards des acquis scientifiques, la prise en compte des facteurs temps, difficulté intellectuelle et/ou technique, risque et pénibilité et des orientations en matière de services de santé publique, de permanence et de garde, et aussi dans l'optique de maintenir l'attractivité de l'exercice hospitalier et extrahospitalier de la médecine. »

Pour terminer ce chapitre, le programme de coalition précise que « *Pour atteindre ces objectifs, les ressources nécessaires pour réaliser les travaux préparatifs avec le corps médical*

et les différentes spécialités le composant seront substantiellement augmentées et mieux fédérées et coordonnées. »

(...)

Il sera procédé à une analyse de la composition et du fonctionnement de la Commission de nomenclature portant sur ses mécanismes de décision et l'accélération des procédures de mise en œuvre. »

La mission du législateur est donc claire : la commission de nomenclature, pour qu'elle fonctionne dans l'intérêt du patient, au centre des préoccupations de tous les intervenants, doit être réévaluée en ce qui concerne sa composition et son fonctionnement, et ceci dans une stricte approche conventionnelle, avec les partenaires conventionnels.

IV. Système de santé : analyse, enjeux et propositions

1. Le système de santé : contrôles des coûts en matière d'assurance maladie-maternité

En accord avec l'accord de gouvernement de 2018-2023, le Ministère de la Sécurité sociale a procédé récemment à une analyse de la composition et du fonctionnement de la Commission de nomenclature portant sur ses mécanismes de décision et l'accélération des procédures de mise en œuvre.

Cet accord précise, en page 111, que *« Au niveau des prestataires de soins de santé, le corps médical constitue un pilier porteur »*.

L'analyse du Ministère détaille, en page 3 : *« (...) il peut être affirmé que le rôle du corps médical est important dans le cadre de la gouvernance de l'assurance-maladie »*.

Enfin, un communiqué de presse de la CNS du 12 juillet 2018, déclare que *« les médecins sont les déclencheurs de quasi tous les frais de santé »*.

Dans l'analyse du Ministère de la Sécurité sociale, il est précisé en page 13 : *« Suite à une concession faite dans le cadre de la réforme de 2010, il existe depuis lors une quasi-parité entre le côté public et les prestataires, avec certaines spécificités en fonction des nomenclatures concernées (...) »*.

Plus loin, le texte précise que *« La composition d'avant 2011 indique clairement que tout en laissant la gestion journalière au niveau conventionnel (...), l'Etat voulait garder un contrôle sur les prestations en matière de périmètre et de coût »*.

L'analyse du Ministère confirme donc, que l'Etat a voulu procéder à une restriction de l'offre des prestations médicales comme moyen de limiter les dépenses de santé. L'argument que la « quasi-parité » décidée en 2010 en serait une concession, n'est pas crédible comme le législateur ne pouvait ignorer que les rapports de force restaient inchangés, malgré l'astuce technique avancée à l'époque.

Les formulations de l'analyse sous rubrique par le caractère quasi-paritaire d'une Commission de nomenclature, soulignent pleinement les critiques de l'AMMD qui a dénoncé l'emprise du pouvoir public sur la mise à jour d'une nomenclature pour médecins et médecins-dentistes au prix d'une nomenclature désuète.

Nonobstant l'intégrité et la meilleure volonté du président actuel de la Commission de nomenclature, il faut une composition paritaire entre les parties de la Convention.

La décision de l'AG extraordinaire des médecins et des médecins-dentistes de se retirer de la Commission de nomenclature, alors qu'un nouvel essai de relancer les discussions autour d'une modification de la nomenclature pour médecins venait de trouver un consensus, était motivée par le constat que la CNS voulait imposer des règles aberrantes (article 9 alinéa 1^{er} de la version coordonnée de la nomenclature). Ces règles, comme d'autres qui ont toujours été l'objet de discussions controversées, sont contraires à toute logique médicale d'une prise en charge par la CNS et ainsi contraires à l'intérêt des patients assurés.

L'article 9 alinéa 1^{er} n'est pas un détail anodin ou négligeable. Il s'oppose à une prise en charge cohérente et en lien avec les problèmes complexes des patients. Il souligne en revanche l'esprit simpliste prétendant qu'une liste d'actes suffirait à contourner toute nécessité de cumul sinon de passer par des obstacles administratifs tout aussi aberrants, qui eux sous-entendent qu'une situation clinique complexe nécessite une mise en question des indications médicales en amont. Pourquoi ne pas mettre en doute à tout moment toute activité de tout médecin ?

Il est essentiel de bien comprendre les lignes qui précèdent, sinon on ne peut pas comprendre le fond du litige et l'ampleur du sujet.

L'analyse du Ministère le confirme, l'AMMD avait à l'époque soutenu la nomenclature **TARMED suisse**, qui présente plusieurs avantages :

1. séparation transparente des actes médicaux et des tarifs médico-techniques, utilisable en milieu hospitalier comme en milieu extrahospitalier ;
2. respect systématique des facteurs de temps, de complexité, de technicité et de risque ;
3. arborescence en ligne avec une logique médicale acceptable ;
4. nomenclature récemment mise à jour, disponible, et pouvant a priori faire l'objet d'une implémentation rapide au système luxembourgeois ;
5. nomenclature pouvant servir de base à un système de financement à l'activité au domaine extrahospitalier.

Vu la situation actuelle, l'AMMD reste ouverte à une discussion de fond sur une implémentation de cette nomenclature.

A ce titre, et nonobstant de toute nouvelle nomenclature pour les médecins, l'AMMD n'est évidemment pas opposée aux missions de contrôle du CMSS mais souligne que ce travail doit s'opérer en stricte indépendance par rapport à une CNS et ne pourra réellement démarrer qu'une fois que les règles en amont seront claires et logiques.

Si le législateur considère que « *les nomenclatures dans un système de conventionnement général et obligatoire représentent un outil de protection de l'assuré et du patient, en ce que pour les prestations y figurant elles instaurent un système de tarifs fixes et transparents, afin d'éviter que celui-ci, souvent dans une situation de dépendance et d'infériorité, vis-à-vis du médecin (ou des prestataires en général), soit dépourvu de garanties financières par rapport à sa prise en charge* », comme cité en page 3, il n'est pas moins vrai que le tarif réglementé (surtout s'il est imposé) ne peut être compris comme garant d'accès à une prestation de qualité.

S'il est prudent de ne pas gaspiller des moyens publics, il n'est pas légitime de ne pas rendre apparent ni transparent au patient les prestations potentielles adaptées à son état de santé, mais non prévues par la CNS. Le système actuel a tendance à esquiver les possibilités médicales éventuelles mais existantes quant à la prise en charge optimale de l'état de santé du patient en imposant comme seul critère de financement, celui peu transparent ni vraiment défini de l'« utile et du nécessaire », éventuellement et tout au plus valable à l'échelle d'une population, mais certainement nullement applicable au cas particulier. Pour rester cohérent avec l'ensemble de la population assurée, il manque surtout une adaptation conventionnelle afin de considérer et de respecter les besoins des patients sortant du lot. Même en situation idéale de nomenclature entièrement mise à jour, tous les types des prestations ne pourront jamais être couvertes par la seule voie de nomenclature réglementaire.

Avec à l'appui l'analyse du Ministère qui précise en page 3 : « (...) *les nomenclatures ne peuvent être détachées du cadre conventionnel sur lesquelles elles se fondent* », il est simplement aberrant de prévoir un représentant votant d'un signataire d'une autre convention dans les discussions d'une quelconque nomenclature. Tout au plus un tel représentant ne pourrait qu'assumer un rôle d'observateur.

Force est de constater que la modification de la composition de la Commission de nomenclature opérée en 2010, n'a de fait rien changé dans les rapports de forces entre le côté public et les prestataires.

Pire, le fruit de la réforme de 2010, consistant dans l'introduction d'une Cellule d'expertise médicale (CEM) dépendant hiérarchiquement du Directeur de l'IGSS, revenait à créer un instrument supplémentaire visant à consolider le contrôle étatique des prestations tant d'un point de vue du périmètre que du coût des prestations.

La composition revue en 2010 a par ailleurs introduit un représentant de la FHL dans les rangs de l'AMMD. Il s'agit là d'une immixtion hérétique dans l'esprit et le système conventionnel existant entre la CNS et l'AMMD auquel la FHL est un tiers qui n'a rien à y voir ; l'AMMD et la FHL ne se représentent pas mutuellement ; chacun veille à ses propres intérêts, s'écartant parfois.

L'avis récent de la FHL au sujet de la composition et du fonctionnement de la Commission de nomenclature ne fait que souligner le fait que l'AMMD ne peut accepter qu'on mette dans ses rangs un représentant d'une fédération tierce partie dont l'hostilité envers les représentants légitimes et légitimés du corps médical et médico-dentaire est bien troublante. S'il est vrai qu'il faut une organisation de qualité entre médecins et hôpital, il n'en reste pas moins que dans notre droit le contrat de soins médicaux se fait exclusivement entre patient et médecin et que l'hôpital est tout au plus responsable d'un manquement de son personnel,- encore que selon la jurisprudence traditionnelle le médecin est souvent responsable du fait du personnel hospitalier dont il est considéré comme le « commettant occasionnel » et qui travaillent sous sa responsabilité. L'hôpital n'est jamais responsable du traitement médical du patient. Il n'est responsable que de ses propres erreurs ou négligences accessoires, tandis que le médecin peut dans bien des hypothèses (par exemple pour les obligations de résultat telles les infections nosocomiales) être solidairement coresponsable avec l'hôpital. Les considérations d'aucuns au sujet du rôle joué en faveur du patient ne sont donc pas pertinentes. Il ne viendrait pas à l'idée de l'AMMD de vouloir s'immiscer activement dans les questions du budget hospitalier, malgré l'intérêt que le corps médical pourrait y trouver. Le système doit rester, au risque de s'embrouiller, clair et logique en lui-même ; ainsi, les questions tournant autour des prestations tarifées prises à charge par la CNS, leur valeur et la modulation des tarifs, doivent rester du seul ressort des parties à la même Convention. L'argument que l'hôpital ayant des médecins salariés aurait intérêt à s'assurer que les tarifs soient suffisamment élevés pour garantir leur paiement semble bien pamphlétaire, tout comme celui que l'AMMD aurait négligé d'intervenir pour obtenir une juste tarification conforme aux données actuelles de la science médicale. Pendant toute une époque d'ailleurs tant le CMSS que la CNS admettaient, d'un commun accord tacite avec l'AMMD, que pour une prestation non tarifée le médecin pouvait mettre en compte une prestation considérée comme similaire en valeur, pratique qui permettait de parer aux déficiences de la nomenclature.

Quoiqu'il en soit l'AMMD réitère son approche conciliante et n'a pas contesté l'apport théorique d'un membre de la FHL au sein de la Commission de nomenclature comme *observateur*. Pour les mêmes raisons de cohérence avec un système de santé conventionnel et d'une composition vraiment paritaire engageant la CNS et un prestataire, l'AMMD voudrait se retirer comme membre votant des compositions de nomenclatures des autres prestataires tout en prenant un statut d'observateur dans les négociations entre la CNS et la FHL en matière de détermination des budgets pour l'enveloppe globale des établissements

hospitaliers, de même l'AMMD reste disponible de participer aux réunions d'autres prestataires avec toujours un statut d'*observateur* et respecter ainsi l'esprit conventionnel à tout niveau.

Mais le contrôle des coûts et du catalogue des prestations pouvant être remboursées, ne se limite pas à la seule Commission de nomenclature. En effet, les statuts de la CNS, définies sans aucune implication des médecins et des médecins-dentistes ni d'autres prestataires, peuvent par leurs règles propres restreindre l'accès aux prestations dûment définies et impacter d'une manière évidente les coûts opposables à la CNS.

Ensuite, outre la gestion tripartite de la CNS, *sans aucune implication du corps médical et médico-dentaire*, l'article 80 du CSS stipule en son alinéa 3 « *Si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs prévus à l'article 67* ». Pour les médecins et médecins-dentistes, cet article n'a évidemment rien d'une « action concertée » comme le suggère le titre de l'article 80 du CSS.

Enfin l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité pouvant être modifié à tout moment par simple *modification de la lettre-clé* par le législateur, voire par une fixation souveraine c'est-à-dire potentiellement arbitraire par sentence du CSS, moyens qui constituent l'arme ultime à limiter les coûts de certaines prestations déjà actionnée à plusieurs reprises.

En résumé, l'Etat peut actuellement contrôler les dépenses liées à l'activité et aux prescriptions des médecins et médecins-dentistes par des restrictions de financement puissantes via :

- la commission de nomenclature (art 65 du CSS) par une composition non-paritaire rendant majoritaire le côté public (mais même une composition paritaire constituerait un frein solide aux évolutions des dépenses) ;
- la Cellule d'expertise médicale (CEM) (art 65 du CSS), par des avis externes censés alimenter certaines discussions au sein de la CN ;
- les statuts, par des décisions unilatérales et autarciques du Comité directeur de la CNS, en réduisant le taux de remboursement sélectif de certaines prestations (ex : consultation remboursée à 88%) ;
- les actions prises en comité de quadripartite (art 80 du CSS) ;

- la revalorisation de la lettre clé est négociée tous les 2 ans mais ne saurait dépasser la variation du revenu moyen cotisable (art 67 du CSS) ;
- la possibilité de modification à tout moment de la lettre-clé par le législateur ;
- le budget hospitalier global (art 77 du CSS), impactant d'une manière non négligeable l'activité médicale et par ce fait l'accès aux soins des patients (ex : délais d'attente pour une intervention chirurgicale, un examen en polyclinique comme en service de radiologie).

L'AMMD considère dès lors que toute cette batterie de contrôles de dépenses met l'Etat dans une position décisive de restriction de l'offre médicale ou des prestations en général. En outre, cette position prépondérante est en contradiction avec l'exercice d'une profession libérale pourtant garantie par la Constitution (article 11.3). Au cours du temps, l'Etat s'est doté de moyens largement suffisants, efficaces voire oppressifs permettant de contrôler les dépenses à tous les niveaux, pour admettre la création et l'existence d'une Commission de nomenclature fonctionnant comme lien conventionnel structuré essentiel, capable de statuer valablement et équitablement en matière de nouvelles prestations médicales dans l'intérêt des patients. En effet, ce n'est pas le caractère paritaire qui rendra incontrôlable les dépenses en matière de prestations médicales.

Une telle composition constitue une « condition sine qua non » pour pouvoir discuter sereinement des nouvelles prestations opposables à la CNS. Si le législateur avait pris en 2010 la décision de rendre vraiment paritaire la Commission de nomenclature, on ne serait certainement pas arrivé à une situation bloquée comme constatée. L'analyse du Ministère de la Sécurité sociale souligne : les débats et les controverses autour de la Commission de nomenclature font légende. Ne serait-il pas urgent de considérer enfin ces revendications décennales et légitimes de l'AMMD dans un système qui se voudrait conventionnel ?

2. Démographie médicale

En Europe, les années 80 et 90 étaient marquées par une certaine pléthore médicale. Depuis, la situation a été bouleversée.

Le système de santé luxembourgeois est malade et il est urgent de mettre en place les accents nécessaires à son évolution.

A l'image du graphique ci-dessous, le pays est déjà en manque de médecins, mais cette tendance ne fera que s'amplifier dans les années à venir.

Un des défis majeurs sera de garantir un accès aux soins médicaux de qualité à tous les assurés alors que la démographie de la population résidente et frontalière est galopante tandis que celle des médecins et médecins-dentistes va en sens contraire. Une diminution du nombre de médecins de 20 % est à prévoir d'ici 2023 ; elle sera de 50 % d'ici 2028. Cette perte ne sera pas suffisamment compensée par l'arrivée de nouveaux médecins, car actuellement un déficit de 1000 médecins est à prévoir d'ici 10 ans. Le pays n'arrivant pas à former ses propres médecins et médecins-dentistes, il est fortement tributaire de l'arrivée de nouveaux médecins étrangers sur son territoire. Une stratégie ambitieuse devra rapidement être mise en place pour attirer des médecins hautement compétents et qualifiés et inciter les 30 % d'étudiants en médecine luxembourgeois qui ne rentrent pas au Luxembourg après leur formation à l'étranger à le faire.

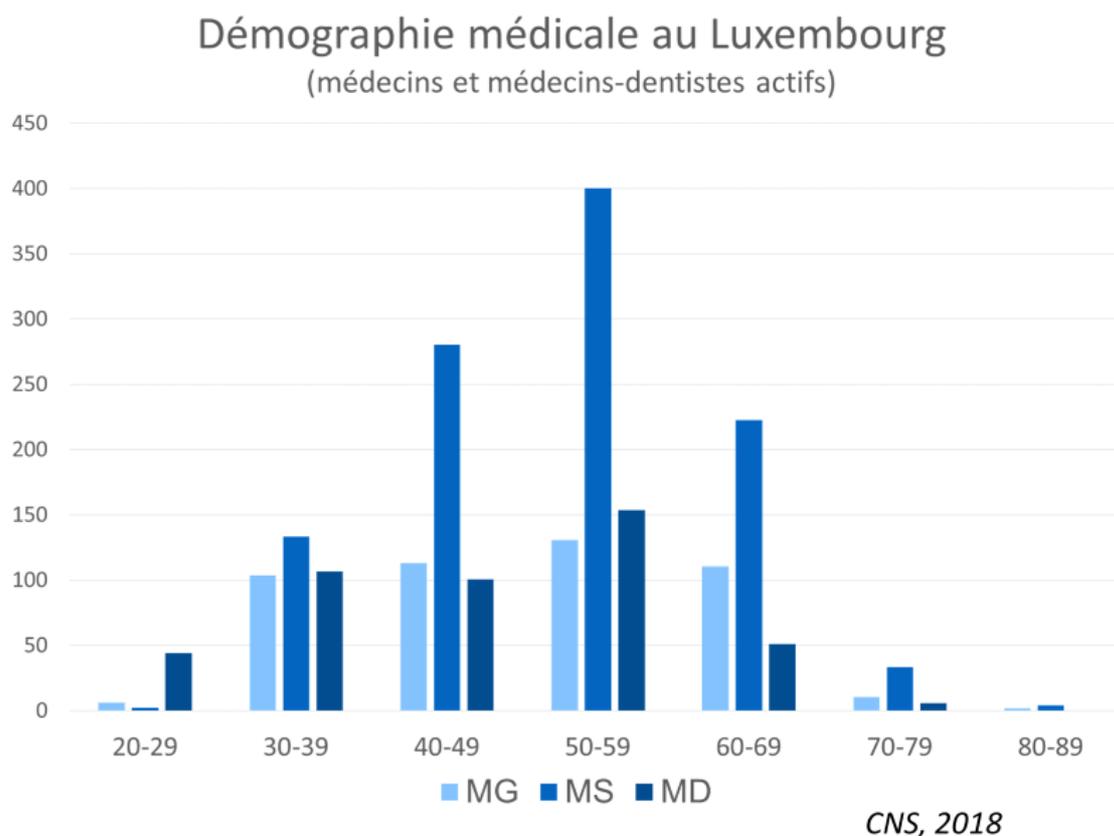
L'évolution de la démographie médicale est franchement inquiétante. Avec un taux actuel estimé à 2,35 médecins par 1000 habitants (tenant compte des médecins actifs par rapport à la population soignée résidente et frontalière), on atteint un seuil critique. Déjà maintenant les patients éprouvent des difficultés croissantes à obtenir un rendez-vous chez certains spécialistes dans des délais raisonnables. C'est un signe d'alerte.

Alors que tous les pays rencontrent le problème d'une pénurie de médecins, le Luxembourg est particulièrement touché, par un taux de médecins déjà bien inférieur aux pays voisins, par l'absence d'un cursus de formation universitaire complet et par un attrait dégradé de la profession.

Alors que la démographie de population ne fait que progresser à grands pas, nous sommes de plus en plus dépendants de médecins étrangers voulant exercer chez nous. Mais comme les offres à l'étranger fument, les candidats se font rares.

Alors que l'AMMD soutient les efforts de l'université à compléter les cycles de formation, il ne faut pas oublier que la formation d'un médecin prend entre 10 et 15 années ! Si l'on disposait

actuellement d'une formation universitaire complète, il faudrait néanmoins attendre beaucoup trop longtemps à voir apparaître les médecins prêts à exercer. Il se pose en outre la question si les étudiants, souvent étrangers eux aussi, aimeraient rester dans le pays au bout de leurs études.



L'enjeu de cette évolution inquiétante de la démographie médicale est double :

- Comment attirer de nouveaux médecins au Luxembourg ?
- Comment attirer les meilleurs médecins ?

3. Système de santé conventionnel ou étatique ?

L'accord de coalition précise :

« La politique du Luxembourg en matière de santé continuera à être articulée autour des valeurs fondamentales que sont l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité.

(...)

La sécurité sociale se caractérise par le principe du libre accès de l'assuré aux soins de santé et aux soins de longue durée de qualité, par des ressources adéquates pour les personnes âgées et par des revenus de remplacement adaptés en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail ou d'invalidité.

(...)

Le principe de l'assurance obligatoire garantit un accès égal et solidaire aux prestations de l'assurance maladie-maternité.

(...)

Tout en réaffirmant la continuation des principes du fonctionnement de l'assurance maladie-maternité, une analyse globale de la gouvernance sera effectuée : - au niveau des relations entre la Caisse nationale de santé (CNS) et les prestataires de soins, et plus particulièrement du corps médical, découlant de la gestion tripartite de l'assurance maladie-maternité, et des mécanismes inhérents au conventionnement obligatoire, notamment en ce qui concerne l'évolution du dispositif conventionnel ; - au niveau de la mise en oeuvre de la digitalisation programmée des processus. »

(...)

Le pouvoir politique adhère ainsi au principe du conventionnement pour les prestataires, mais il met en question la gouvernance de l'assurance maladie-maternité, après analyse globale.

Il n'est pas crédible de vouloir adhérer au principe du conventionnement tout en voulant court-circuiter en dehors de toute négociation des dispositions inhérentes au conventionnement en décrétant que : *« (...) la majoration d'actes médicaux dans le contexte des chambres à un seul lit sera abolie »*. Ceci heurte de front la convention actuellement en cours.

Ne faut-il pas se décider : veut-on une médecine conventionnelle ou veut-on une médecine étatique?

Une discussion compétente sur le conventionnement ne peut cependant se faire en dehors du tableau historique sur lequel le système actuel se dresse. Dans les répliques sismiques de

la crise économique des années 70, la situation financière de l'assurance maladie s'est détériorée au cours des années 80, faisant suite à une nouvelle crise économique majeure. Le secteur de la santé ayant connu une progression dépassant sensiblement le taux de croissance économique, avec un pourcentage du PIB consacré aux dépenses de santé passé de 5,7% en 1975 à 7,5% en 1987, il a commencé à résorber une part toujours croissante des ressources nationales. L'analyse des causes de la croissance des soins de santé ayant amené à la conclusion qu'elles étaient d'ordre structurel (vieillesse de la population, investissements au niveau de l'infrastructure hospitalière, besoins nouveaux, etc.), il a été décidé que les options politiques ne devaient pas se limiter à des interventions ponctuelles, mais qu'il fallait créer des instruments juridiques, financiers et administratifs plus performants afin d'éviter un développement incontrôlé du système des soins de santé.

La loi du 27 juillet 1992 de l'assurance maladie formule ainsi comme objet principal de permettre une évolution équilibrée garantissant à la fois l'amélioration progressive de la qualité des soins de santé et le respect financier de l'assurance maladie et de redresser l'évolution financière. L'accent est clairement mis sur le volet financier du système.

A travers l'introduction de la budgétisation pour le financement des hôpitaux et le règlement grand-ducal du 17 juin 1993 fixant la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, l'hospitalo-centrisme s'envole avec le décalage d'une importante partie de la médecine vers l'environnement hospitalier, dans une pure logique de contrôle des coûts, tellement plus simple dans un milieu circonscrit, réglementé et budgétisé.

La loi de 1992 réaffirme certainement les principes fondamentaux du système luxembourgeois de santé et de protection sociale, avec notamment l'exercice libéral des professions de santé fondé sur le libre choix du malade, la liberté d'installation du prestataire et la liberté de prescription du médecin, et souligne leur intérêt pour l'assuré. Elle réaffirme aussi la détermination par voie de convention des rapports entre les prestataires de soins et l'assurance maladie, impliquant notamment une autonomie tarifaire des partis et reconnaissant donc le principe de la fixation libre et autonome des tarifs. Elle introduit finalement la notion de conventionnement général, obligatoire et strict des prestataires de soins en prétendant ainsi vouloir garantir un accès égal au système de soins pour tous les assurés. Elle sous-entend pourtant par cela non pas un accès égal aux meilleurs soins de santé possibles pour les assurés, mais un accès égal à des soins de santé abordables en termes de coûts pour l'assurance maladie ! A aucun moment ce conventionnement n'a été conçu comme instrument garantissant la qualité des prestations médicales per se ; la dimension de garant de qualité de la médecine et de bastion contre la menace d'une médecine à deux vitesses a été subtilement ajoutée au fil des années pour justifier ses modulations unilatérales d'ordre réglementaire.

En effet, depuis l'introduction du principe du conventionnement obligatoire il y a 30 ans, son interprétation légale a été fortement chamboulée et son essence vidée de sens. Le conventionnement d'aujourd'hui s'oriente à grands pas vers une médecine étatique, visant un contrôle absolu des dépenses en matière de santé à travers une régulation de l'offre des prestations, sans pour autant la nommer comme telle et sans vouloir assumer la responsabilité qui en découle. L'accès égal à une offre de qualité pour tous est devenu une formule vide servant de justification à cette politique. Le conventionnement actuel ne correspond plus à ce qui a initialement été imaginé, avec les principes conditionnels, basés sur une négociation libre, autonome et donc égale entre partenaires. Le conventionnement actuel ne rencontre plus non plus les réalités de libre circulation des patients (cf. arrêts Decker-Kohl), mettant en situation défavorisée les prestataires nationaux, qui sont tenus par une toile de carcans. Evolution absurde, cette situation incongrue a mené à une situation de médecine à deux vitesses, que pourtant le conventionnement général, obligatoire et strict devrait empêcher, privilégiant les patients pouvant assumer les frais supplémentaires pour obtenir les prestations nécessaires, faisant défaut au Luxembourg, à l'étranger.

Le système de santé et de sécurité sociale actuel est arrivé à un tournant important de son histoire et va devoir choisir entre la mise en place définitive d'une médecine étatique, dans la logique des faits accomplis depuis 1992, et le maintien d'une médecine conventionnelle, telle qu'initialement conçue et convenue avec les prestataires.

Si le pouvoir public adhère au principe du conventionnement, il faut impérativement que l'arborescence et la hiérarchie légistique suivent ces principes. En effet, il est impossible de préconiser une sécurité sociale basée sur une relation, prétendument conventionnelle, des prestataires avec la CNS en introduisant des règlements ou des lois franchement contraires à cette option conventionnelle.

Or telle est la situation constatée.

Tout d'abord, le litige autour d'une commission de nomenclature basée sur une composition non paritaire, en y intégrant même des interlocuteurs sans lien avec la convention, en est l'exemple cuisant. Ensuite, l'article 70 (2) du CSS permet au Ministre de la Sécurité sociale de définir les relations entre un prestataire et la CNS par voie de règlement. Telle est d'ailleurs la situation actuelle avec un nouveau prestataire, où les négociations conventionnelles ont échoué et l'article 70 (2) serait applicable. Cet échec de négociation est le fruit de la construction légale dotant la CNS d'un pouvoir écrasant pouvant prendre en otage tout prestataire. Le fait que les négociations autour d'une tarification ne peuvent démarrer qu'après avoir arrêté une convention déterminant les paramètres des obligations du

prestataire essentiellement, met le prestataire en situation très difficile. Il doit assumer a posteriori les tarifs imposés d'après les conditions auxquelles il avait consenti avant.

Nous comprenons bien que tel système a été imaginé et conçu, à une époque où la situation financière de l'assurance maladie était difficile et où le risque d'une couverture insuffisante en matière de soins de santé pour les assurés était réel, de sorte qu'il fallait protéger l'assurance maladie. Mais son évolution manifeste vers un système étatique prive souvent les assurés d'un accès à une médecine dite utile et nécessaire, et mène à l'absurde ses principes de base, ce qui est inacceptable et injustifié. Il compromet l'arrivée de professionnels de santé acceptant à travailler au pays comme soi-disant indépendants et fournisseurs de soins, rend inacceptable leurs conditions de travail et in fine risque de rendre inaccessibles les soins de santé à la population qu'il entend pourtant protéger.

L'AMMD estime d'ailleurs que ce système est contraire à l'article 11 (6) de la Constitution qui précise que l'exercice de la profession libérale est garanti.

Comme le pays est actuellement incapable à former des médecins, il reste à terme dépendant de médecins étrangers qui veulent bien démarrer ou poursuivre leur carrière professionnelle au Luxembourg. Il est évident qu'en situation de pénurie médicale, ce système n'est pas adapté du tout pour attirer de nouveaux médecins hautement qualifiés.

En conséquence directe, l'article 70 (2) devra être modifié si le gouvernement entend respecter l'accord gouvernemental et continue à adhérer au principe d'un conventionnement entre la CNS et les prestataires.

Le conventionnement général et obligatoire tel que vécu aujourd'hui, à travers une panoplie de règlements, statuts et mécanismes décisionnels, constitue un carcan restrictif écrasant sous son poids quotidien la profession médicale libérale, pourtant considérée incontestablement par le pouvoir public comme la colonne vertébrale de notre système de santé. A l'encontre des objectifs visés, c'est à travers son caractère général et obligatoire que les grands principes de la sécurité sociale, donc l'accès équitable aux soins de qualité pour tous et le contrôle des dépenses en matière de santé, ne sont plus respectés.

Le système du conventionnement luxembourgeois ne différencie pas : tout médecin et médecin-dentiste détenteur d'un diplôme émis par un Etat membre de l'Union européenne obtient automatiquement, avec son autorisation d'exercer, un conventionnement avec la CNS. Dans nos pays limitrophes, ce conventionnement avec l'assureur public est limité et conditionnel, sans doute d'abord dans une optique économique de contrôle des coûts, mais aussi sous l'aspect d'un certain niveau de qualité des soins de santé à offrir aux personnes protégées par l'assurance publique.

L'accès inconditionnel au conventionnement sans nuance avec la CNS est problématique. Un système garantissant à chaque patient un remboursement de ses frais médicaux, certes garantit aux patients un accès équitable à des soins de santé, mais de quelle qualité et dans quels délais ? Si tous les médecins sont conventionnés et que le seul critère d'accès au conventionnement est celui de l'obtention d'une autorisation d'exercer, sur base d'un diplôme européen, issu en France, en Allemagne ou n'importe quel pays membre de la CE, comment peut-on prétendre que le niveau de qualité est garanti à haut niveau à travers ce conventionnement ? Notamment, quelle est la plus-value de conventionner des médecins, souvent non-résidents et n'y travaillant que ponctuellement, n'assurant pas la continuité des soins et dont ni la qualité des prestations, ni la qualité de la formation ne sont garanties ? Un contrôle de la qualité générale dans un tel système, tout comme un contrôle efficace des frais, est difficile voire impossible.

La survie du principe du conventionnement, en tant que garant de prestations médicales de haut niveau accessibles à tous, dans le cadre de l'utile et nécessaire, ne peut être garantie si on retourne à sa conception initiale, avec une négociation autonome et libre entre partenaires et une réglementation permettant de suivre l'évolution de la médecine.

Le principe du conventionnement général et obligatoire tel qu'imaginé à son origine voulait garantir aux assurés un accès équitable aux soins, surtout en termes de coûts. En effet, à l'époque le système de santé souffrait plutôt d'une pléthore de médecins. A l'époque, les patients avaient le choix de leurs médecins.

A l'heure actuelle, la pénurie en médecins est bien réelle à l'échelle nationale comme à l'échelle européenne. L'accès des assurés aux soins en termes de coûts n'est certainement plus à l'avant-plan dans notre pays. Pourtant, l'accès des patients est actuellement mis en danger par le biais d'une offre insuffisante ; en conséquence directe d'une pénurie de médecins, la qualité des prestations sera incertaine.

Le système de conventionnement doit donc être adapté à la lumière de ces constats irréfutables.

Si par contre, le pouvoir public souhaite continuer, contrairement aux affirmations de l'accord gouvernemental, la voie vers une médecine étatique, il est impératif que tel concept soit exposé clairement et en toute transparence à la population assurée. Ce changement de paradigme, nécessitant un amendement de la Constitution, affecterait profondément les relations de tous les intervenants avec le système de santé et de sécurité sociale.

Pour les patients, le choix du médecin pourrait bien ne plus s'avérer libre, tout comme pour les prestataires la liberté d'installation et la liberté de prescription pourraient être abolies. Dans un système de santé étatique, l'entière responsabilité de la relation thérapeutique entre le médecin et le patient devrait être transférée du côté de l'Etat, représenté par le médecin-fonctionnaire chargé de la prise en charge de ses assurés, et ceci dans les limites prévues par le cadre légal et réglementaire. Le médecin, privé de sa liberté thérapeutique, exercerait dans les limites de ce cadre, dans une hiérarchie stricte à la tête de laquelle l'Etat couvre ses risques et ses responsabilités.

En ce qui concerne l'accès aux soins, on ferait face à une offre monopoliste parfaitement équitable et égale en termes de prestations et de délais, mais sans marge de manœuvre ni échappatoire pour les assurés. Les conséquences à moyen et à long terme sur la qualité de la prise en charge générale d'une population assurée peuvent être étudiées sur l'exemple du National Health Service (NHS) au Royaume-Uni, avec des délais d'attente déraisonnables, l'absence de choix du prestataire et un manque d'attractivité de la profession médicale ayant amené à une pénurie en médecins, surtout qualifiés et de haute qualité.

L'AMMD pourrait être prête à discuter d'une mise en place d'une médecine étatique au Luxembourg, à condition que l'ensemble des prestataires de soins soient admis à la fonction publique, avec notamment le transfert de la responsabilité entière de la prise en charge à l'Etat-prestataire.

4. Soins de santé extrahospitaliers

Au Luxembourg, il n'existe aucune planification de l'offre des soins primaires et le système de santé luxembourgeois est essentiellement porté sur les soins de santé secondaires hospitaliers. C'est ainsi que le secteur hospitalier a, ces dernières années, de plus en plus empiété sur les plates-bandes de la médecine générale et phagocyté certaines missions de soins primaires, au prix d'une incohérence envahissant le système de santé.

L'Organisation mondiale de la Santé estime qu' « *il est prouvé que les soins de santé primaires permettent de lutter efficacement contre les principaux facteurs et risques qui engendrent un mauvais niveau de santé et de bien-être, et qu'ils permettent de faire face aux défis émergents qui menacent la santé et le bien-être à l'avenir. On a également montré qu'ils représentent un bon investissement car ils permettent, lorsqu'ils sont de qualité, de réduire les coûts totaux des soins de santé et d'améliorer l'efficacité en limitant le nombre d'admissions dans les hôpitaux. Afin de répondre à des besoins de santé de plus en plus complexes, il est nécessaire d'adopter une approche multisectorielle intégrant les politiques de promotion de la santé et de prévention, les solutions adaptées aux communautés et les services de santé centrés sur la personne. Les soins de santé primaires recouvrent aussi les principaux éléments nécessaires pour améliorer la sécurité sanitaire et prévenir les menaces pour la santé telles que les épidémies et la résistance aux antimicrobiens, par l'intermédiaire de mesures comme la mobilisation et l'éducation communautaires, la prescription rationnelle et un ensemble de fonctions de santé publique essentielles, dont la surveillance. Le renforcement des systèmes aux niveaux des communautés et des structures de santé de périphérie contribue à améliorer la résilience, aspect fondamental pour que le système de santé résiste aux chocs.* »

L'accord de coalition prévoit concernant :

- le virage ambulatoire

Des mesures favorisant et accompagnant le « virage ambulatoire » seront mises en place. Il s'agira d'assurer la promotion des alternatives à l'hospitalisation classique lorsque cela est possible sans perte de qualité, en accord et dans l'intérêt du patient. Des incitants financiers seront introduits en faveur des prestataires et des patients tant dans la nomenclature des actes et des services médicaux, que dans les financements des hôpitaux et au niveau des modalités de remboursement. La création de structures de soins d'aval sera soutenue, permettant de réduire les délais de séjour en milieu hospitalier. Les offres d'hospitalisation à domicile ou dans d'autres structures de soins intermédiaires et moins coûteuses seront soutenues en développant un plan d'action « out of hospital ».

- l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et autres équipements diagnostiques

Afin de réduire les délais d'attente pour les examens de résonance magnétique, il sera procédé à la mise en place de quatre IRM supplémentaires prévues répondant aux derniers standards de la technologie. Tout en respectant une couverture géographique adéquate et en respectant les recommandations en matière de prescription des examens, une réflexion sera menée sur l'opportunité de l'installation en milieu extrahospitalier de plateaux techniques, diagnostiques et de traitement ambulatoire.

- le secteur extrahospitalier

1) Renforcement des soins primaires

Le médecin assurant les soins primaires doit être la pierre angulaire dans le parcours médical de chaque individu et surtout des patients atteints de maladies chroniques.

Le système du médecin référent pour les patients atteints d'une maladie chronique de longue durée et les personnes dépendantes sera évalué et promu.

Par ailleurs, le médecin référent doit jouer un rôle primordial dans l'application des différents plans de médecine préventive et de dépistage ainsi que dans la mise en œuvre de la fiche prévention.

Le financement du système de santé au Luxembourg privilégie les soins secondaires et que les médecins généralistes ne sont pas répartis de façon homogène à travers le pays et que le nombre de médecins généralistes est faible, un manque d'offres de soins primaires conduirait à une orientation des patients vers les services d'urgences et les policliniques dans les structures hospitalières.

Un soutien financier sera apporté au développement de la pratique de la médecine générale en cabinets de groupe, ainsi que des cabinets multidisciplinaires. Ces cabinets de groupe permettent d'assurer une continuité des soins grâce à une meilleure accessibilité et disponibilité des médecins généralistes et par ce biais d'améliorer la visibilité des soins primaires.

L'organisation des systèmes de soins extrahospitaliers et leur intégration cohérente dans le système de santé luxembourgeois représentent un enjeu crucial. Il sera investi dans l'amélioration de la collaboration entre les divers secteurs de soins de santé.

Le système de garde par le biais des maisons médicales sera évalué, il sera veillé à leur proximité avec les services d'urgence et la coopération entre les différentes offres de prise en charge sera améliorée.

2) Médecins et professions de santé

Le système de santé luxembourgeois doit reposer sur un réseau solide de médecins et de professionnels de santé. Pour que la médecine primaire puisse agir comme pilier d'une prise en charge globale préventive et curative, un recensement de la couverture actuelle et des besoins futurs en médecins et en professionnels de santé sera effectué.

La démographie médicale sera suivie d'une manière rapprochée (rôle de l'Observatoire national de la santé) et il sera procédé à une planification des besoins en collaboration avec tous les acteurs. Le cas échéant, des incitatifs pour améliorer l'attractivité des professions de santé seront mis en place afin de pallier une éventuelle pénurie.

Une loi-cadre relative aux professionnels de santé établira la base pour rendre les métiers de la santé conforme aux besoins actuels à la fois des patients et des professionnels. Une spécialisation d'infirmière en gériatrie, en médecine d'urgence et en oncologie sera créée.

Dans ce contexte, le cadre de formation des professionnels de santé sera adapté afin de tenir compte de l'évolution des niveaux d'enseignement des métiers de la santé en comparaison avec les autres Etats membres de l'Union européenne.

L'approche holistique et multidisciplinaire de la chaîne des soins nécessite une réflexion sur la nécessité d'introduire de nouvelles professions de santé, respectivement de spécialiser certains métiers existants. Dans cet ordre d'idées, la liste des professions pouvant le cas échéant faire l'objet d'une réglementation sous le statut de profession de santé sera révisée.

La formation médicale continue des médecins sera rendue obligatoire et les options de participation à son financement seront analysées. Son organisation sera dévolue au Collège médical.

Afin de garantir le respect des règles déontologiques, les dispositions légales relatives aux autorités ordinales, à savoir le Collège médical et le Conseil supérieur pour certaines professions de santé, seront adaptées.

L'évaluation de la qualité de la formation et de l'offre actuelle d'études médicales au Luxembourg sera réalisée avant d'envisager un élargissement de l'offre.

Proposition de l'AMMD :

Les soins de santé primaires peuvent couvrir la majorité des besoins de santé d'une personne tout au long de sa vie – comme la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs.

Une démographie médicale actualisée avec les besoins futurs en médecins devra être élaborée pour inciter l'émergence de cabinets de groupe à travers l'ensemble du pays.

La création de ces cabinets de groupe contribuera à une meilleure visibilité des soins primaires.

En effet, c'est l'évolution galopante de la démographie de population du pays qui est en grande partie responsable de l'encombrement des urgences et d'une pénurie des médecins. Les résidents nouveaux arrivants (environ 25.000 personnes par an !) ne sont en général pas malades au moment de leur installation, mais peuvent le devenir en cours de route.

Afin de rendre visible l'intérêt des soins primaires, et nonobstant du libre choix du patient pour son médecin, il faut convaincre les résidents et surtout les nouveaux-venus, de l'intérêt d'avoir leur médecin généraliste de confiance. Il faut une politique de promotion des soins primaires, à l'image de l'initiative du Ministère de la Santé, mais complétée par des démarches actives de la part des communes, de la CNS, et du patronat afin de sensibiliser tous les assurés à ce sujet.

Un renforcement des soins primaires est la garantie d'une meilleure coordination du parcours de soins des patients et l'assurance d'une participation active aux programmes nationaux de prévention grâce à la mise en oeuvre de la fiche préventive qui nécessite cependant encore impérativement la signature d'une convention entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Sécurité sociale.

Mais il faut aussi reconnaître que les nouvelles générations de médecins préfèrent de plus en plus travailler en groupe. Or les possibilités actuelles à former des cabinets de groupe sont limitées. Et même si les médecins sont volontaires, les incitatifs à des ouvertures tardives dans la journée ou pendant le week-end font actuellement défaut. Puis les contraintes ou les enjeux de la digitalisation doivent être supportées financièrement, particulièrement à l'échelle d'un cabinet de groupe.

Dans le passé, les établissements hospitaliers ont servi à concentrer presque toute activité de médecine spécialisée au motif de vouloir offrir une médecine de qualité. En réalité, et l'historique du système de santé le démontre très bien par la Loi de 1992 notamment, la restriction aux seuls établissements hospitaliers cadrés par des contraintes budgétaires, de la

médecine spécialisée réputée comme coûteuse, n'avait comme finalité principale que le contrôle des dépenses.

Or, la santé financière actuelle du pays n'est pas comparable à celle du début des années 90, où des considérations financières avaient un fondement légitime. D'ailleurs, la décision récente de revalorisation des carrières de certaines professions de santé ne serait pas compatible si la situation financière de la CNS était tendue.

Bien entendu, il ne faut pas gaspiller les deniers publics. Et pourtant, il existe des moyens aisés à recadrer certaines dépenses hospitalières, sans pour autant diminuer l'accès ou limiter la qualité des prestations pour les patients.

1. L'encombrement des urgences est un phénomène typiquement national. Avec 500 patients se présentant chaque jour aux services des urgences du pays, on est largement en tête en comparaison avec d'autres pays. Non seulement les temps d'attente aux urgences sont longs et désagréables pour les patients mais probablement qu'une grande partie d'entre eux seraient même mieux pris en charge s'ils disposaient d'un médecin généraliste attiré connaissant bien le patient « dans son ensemble ». Le comble est évidemment que les passages aux urgences pour des pathologies relevant de soins primaires coûte cher à la société. Il n'est dès lors pas raisonnable de réclamer de nouvelles ressources humaines pour les services des urgences, au gré du nombre croissant de patients qui s'y présentent. Il faut au contraire une campagne de sensibilisation des patients et notamment des nouveaux arrivants à tout endroit clé : les communes, les administrations comme la CNS, les patrons et développer les moyens nouveaux pour les recevoir.
2. La budgétisation par une enveloppe hospitalière globale n'a pas évité toute dérive financière. En effet, en comparant la dotation en personnel en Allemagne, on compte pour un médecin hospitalier, 4,5 salariés non-médecins. Ce ratio est bien plus important dans notre pays sachant que les frais fixes de personnel comptent pour près de 70 % des budgets alloués. Une analyse plus fine révèle que ce ne sont pas les effectifs infirmiers travaillant au lit du malade qui seraient particulièrement bien dotés mais ce sont de nombreux postes divers et variés, à peine voire pas du tout impliqués dans la prise en charge directe des patients. C'est cet « overhead » administratif qui devrait faire l'objet d'une analyse critique et objective quant aux valeurs ajoutées réelles pour les patients soignés. A cela se rajoute que l'infirmière ou l'infirmier au lit du malade est assujéti à une charge de travail administratif toujours croissante voire écrasante. En conclusion, le travail hospitalier dit « administratif » est actuellement prépondérant par rapport au travail dit « au lit du malade », ce qui revient à une aberration systémique.

3. La budgétisation a le mérite de pouvoir limiter assez précisément les dépenses liées à la médecine hospitalière. Le désavantage est évidemment le manque de transparence, qui lui est à la base de certaines dérives de financement hospitalier. Si le programme gouvernemental prévoit un financement à l'activité hospitalière du moment que les conditions nécessaires à son implémentation seraient remplies, il faut constater qu'on en est encore bien loin. Non seulement, que la documentation hospitalière récemment déployée est une condition nécessaire et qu'il faudra probablement quelques années pour dégager de nouvelles pistes de financement cohérentes. Mais il faut aussi reconnaître que la petitesse du pays se prête moins bien à une logique pure et dure d'un financement hospitalier à l'activité tout azimut. Comme les soins ambulatoires se prêtent aisément à une telle logique de financement, il serait cohérent de les extraire de l'enveloppe budgétaire des hôpitaux pour garder en tout cas dans un premier temps les budgets ainsi amputés. Toutefois, l'extraction de l'activité ambulatoire d'un point de vue mode de financement ne peut être détachée d'une séparation organisationnelle hospitalière telle qu'on la connaît actuellement, sinon aucun gain en rendement au bénéfice de la CNS ou de la collectivité n'est à attendre. Pour ces motifs, l'AMMD est d'avis qu'il faut :
 - a. Définir le champ de l'activité ambulatoire et hospitalière
 - b. Créer un mode de financement dédié à l'activité ambulatoire (TARMED)
 - c. Adapter en conséquence les budgets hospitaliers en considérant des phases de transition
4. Force est de constater que malgré une situation financière favorable de la CNS d'une part et des budgets hospitaliers toujours conséquents d'autre part, l'offre de certaines prestations reste insuffisante. Il est dès lors logique de s'orienter d'une manière crédible vers un vrai virage ambulatoire pouvant libérer l'offre des prestations au bénéfice des assurés actuellement en attente. Ceci est d'autant plus vrai que la médecine évolue et les prises en charge ambulatoires prendront le pas sur les séjours stationnaires. Le progrès de la médecine est toujours orienté vers une prise en charge de plus en plus simplifiée et confortable pour le patient. Il n'est pas raisonnable de vouloir éviter le shift de la médecine hospitalière vers le milieu extrahospitalier. Au contraire, trop de temps a déjà été perdu. Et vouloir confier le volet ambulatoire aux établissements hospitaliers serait en quelque sorte illogique d'un point de vue

financier. L'AMMD est convaincue qu'un virage ambulatoire tel que dessiné, permettrait de :

- a. améliorer l'accès des patients aux prestations médicales ;
 - b. rendre transparentes les dépenses de la CNS pour le volet ambulatoire ;
 - c. restreindre l'activité hospitalière aux seules activités de vraies urgences et de médecine high tech, high cost, high risk et permettre ainsi de rouvrir les discussions de l'intérêt de nouvelles fusions hospitalières, non pas pour rendre encore plus grands les hôpitaux existants, mais pour les rendre plus cohérents.
5. Afin d'éviter les dysfonctionnements des hôpitaux par une fuite éventuelle des médecins attirés par des possibilités de prises en charge ambulatoire, il faut prévoir certaines conditions à l'offre ambulatoire. Notamment, il faut éviter que des financiers puissent y voir un moyen de créer une entreprise médicale au danger d'assister à l'apparition de sociétés de capital notamment anonymes, dont l'activité à visée surtout économique mettrait en danger tout système de santé cohérent à l'échelle du pays. De toute évidence, il faudra maintenir une offre de soins urgents de qualité pour les patients nécessiteux.

Pour y parvenir, on a besoin d'un cadre légal précisant sous quelles conditions les médecins peuvent s'établir et s'organiser en milieu extrahospitalier afin de garder le lien avec les établissements hospitaliers et leurs missions.

En résumé : Une création d'une **Loi extrahospitalière** est indispensable pour :

- a) créer les incitatifs nécessaires servant aux soins primaires comme pilier central du système de santé ;
- b) opérer un réel virage ambulatoire ;

Il faut donc une adaptation de la loi du 29 avril 1983 sur l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire en y introduisant la possibilité d'exercer sous statut de personne morale.

Ces **sociétés d'exercice**, à objectif civil bien que sous forme de société commerciale, permettront :

1) Pour les patients :

a) d'améliorer la prise en charge médicale grâce :

- à une meilleure accessibilité aux soins primaires et secondaires ;
- à une disponibilité et à une proximité accrue avec les médecins par un maillage territorial affiné en fonction des besoins ;
- à une meilleure continuité des soins ;
- à une amélioration et un renforcement du lien ville/hôpital ;
- à un meilleur service au patient ;
- à une offre élargie de soins de santé en évitant la fuite des patients à l'étranger et en attirant des patients de la Grande Région.

b) de lutter contre une médecine à 2 vitesses en évitant que des patients doivent se déplacer à leurs frais à l'étranger pour bénéficier dans des délais corrects des prestations dont ils ont besoin.

2) Pour les médecins :

- à structurer l'exercice en groupe ;
- à améliorer le fonctionnement des cabinets médicaux et médico-dentaires en mutualisant les moyens et facilitant l'organisation quotidienne et la gestion d'un cabinet médical dans le but de rendre plus attrayante l'exercice de la profession médicale pour les jeunes générations de médecins notamment ;
- à pouvoir accompagner la transformation digitale dans le monde de la santé ;
- à faciliter l'exercice de la profession tout en organisant mieux le temps de présence et les astreintes, et les requis de la continuité des soins ;
- à rétablir un équilibre vie professionnelle/vie privée ;
- à travailler en réseau avec l'ensemble des structures de soins et des professionnels de santé ;
- à lutter contre la création d'une offre concurrentielle de clinique privée aux frontières ;
- à promouvoir la médecine ambulatoire en dehors des hôpitaux **à condition** d'établir un lien contractuel entre les médecins spécialistes regroupés en société avec un ou plusieurs hôpitaux pour garantir la continuité de soins et le service de garde publique.

3) Pour la CNS :

a) à réduire le coût per capita des soins de santé par :

- une meilleure efficience du système de santé grâce notamment à une meilleure coordination du parcours de soins du patient ;
- une diminution de la surconsommation et l'éviction des redondances inutiles d'examens médicaux potentiellement dangereux (exemple : examens ionisants prescrits aux urgences!) ;
- une diminution du nombre d'hospitalisations stationnaires ;
- une baisse du coût des transferts à l'étranger.

b) à arriver rapidement à un système de financement à l'activité du secteur extrahospitalier

4) Pour le virage digital des soins de santé :

- acquisition dans ces structures de programmes informatiques garantissant l'interopérabilité avec les programmes existants et futurs, compatibles avec le DSP et la plateforme de l'Agence eSanté et les services y relatifs (e-prescription, carnet radiologique électronique, certificat d'incapacité de travail, etc...) ;
- utilisation du système « médecin référent » pour les médecins généralistes.

5) Pour le marché du travail :

Création d'emplois à réelle valeur ajoutée (infirmier, personnel administratif, personnel de nettoyage, informaticien etc.).

5. Soins de santé hospitaliers

Accord de coalition :

Il y a lieu de suivre de près et annuellement, ensemble avec les parties prenantes, l'évolution des dépenses liées aux prestations de l'assurance maladie-maternité.

Spécifiquement, suite à la réforme du secteur hospitalier, toute mesure impactant l'équilibre de ce pilier de la sécurité sociale devra être évaluée en détail, notamment en ce qui concerne les normes de qualité, les réseaux de compétences à venir ou encore les présences sur site. De manière générale, il s'agit de veiller à faire concorder les divers mécanismes en place et à clarifier les modalités de financement des prestations et services.

Dans ce contexte, il convient de soulever l'importance à accorder à la planification budgétaire basée sur le mécanisme de l'enveloppe globale, voire l'intégration progressive de critères de tarification plus directement liés à l'activité médicale. Cette approche requiert une documentation hospitalière exhaustive afin de disposer d'une cartographie précise de l'activité hospitalière et ainsi de planifier au mieux les ressources et les services nécessaires pour répondre aux besoins des patients, respectivement des assurés, avec comme objectif un pilotage transparent, efficient et garantissant un haut niveau de qualité. Il y a lieu de suivre de près et annuellement, ensemble avec les parties prenantes, l'évolution des dépenses liées aux prestations de l'assurance maladie-maternité.

Spécifiquement, suite à la réforme du secteur hospitalier, toute mesure impactant l'équilibre de ce pilier de la sécurité sociale devra être évaluée en détail, notamment en ce qui concerne les normes de qualité, les réseaux de compétences à venir ou encore les présences sur site. De manière générale, il s'agit de veiller à faire concorder les divers mécanismes en place et à clarifier les modalités de financement des prestations et services.

Dans ce contexte, il convient de soulever l'importance à accorder à la planification budgétaire basée sur le mécanisme de l'enveloppe globale, voire l'intégration progressive de critères de tarification plus directement liés à l'activité médicale. Cette approche requiert une documentation hospitalière exhaustive afin de disposer d'une cartographie précise de l'activité hospitalière et ainsi de planifier au mieux les ressources et les services nécessaires pour répondre aux besoins des patients, respectivement des assurés, avec comme objectif un pilotage transparent, efficient et garantissant un haut niveau de qualité. Il y a lieu de suivre de près et annuellement, ensemble avec les parties prenantes, l'évolution des dépenses liées aux prestations de l'assurance maladie-maternité.

Spécifiquement, suite à la réforme du secteur hospitalier, toute mesure impactant l'équilibre de ce pilier de la sécurité sociale devra être évaluée en détail, notamment en ce qui concerne les normes de qualité, les réseaux de compétences à venir ou encore les présences sur site. De manière générale, il s'agit de veiller à faire concorder les divers mécanismes en place et à clarifier les modalités de financement des prestations et services.

Dans ce contexte, il convient de soulever l'importance à accorder à la planification budgétaire basée sur le mécanisme de l'enveloppe globale, voire l'intégration progressive de critères de tarification plus directement liés à l'activité médicale. Cette approche requiert une documentation hospitalière exhaustive afin de disposer d'une cartographie précise de l'activité hospitalière et ainsi de planifier au mieux les ressources et les services nécessaires pour répondre aux besoins des patients, respectivement des assurés, avec comme objectif un pilotage transparent, efficient et garantissant un haut niveau de qualité.

S'il est vrai que l'activité hospitalière est et restera indispensable dans tout système de santé, mais l'activité ambulatoire prendra inévitablement le dessus pour des raisons de convivialité pour le patient et pour des raisons économiques pour l'assurance maladie. Vouloir bétonner l'hospitalo-centrisme reviendrait à vouloir faire tourner le soleil autour de la Terre.

La loi hospitalière qui constitue la base légale de la planification hospitalière a fait l'objet de critiques multiples.

Une vraie politique de promotion des soins ambulatoires est indispensable pour plusieurs raisons :

1. le progrès médical ne peut être assumé financièrement en voulant l'intégrer par la force dans les structures hospitalières existantes ;
2. la demande des patients va dans le sens de réclamer des soins personnalisés à la fois d'un point de vue technique comme d'un point de vue humain ;
3. seules des structures conviviales et adaptables au cours du temps, offrent aux patients comme aux professionnels de santé un plateau technique gérable.

Sachant que l'enveloppe budgétaire hospitalière est substantielle en comparaison avec le budget de la CNS, ces dotations financières même majeures ne suffisent actuellement pas à garantir un accès suffisamment rapide aux patients. Toute volonté d'enfermer les médecins dans un nouveau carcan, aurait comme résultat d'étouffer définitivement le développement médical.

Médecine hospitalière : fonctionnement et coûts

L'activité médicale, extra- ou intra-hospitalière, s'effectue sous la responsabilité directe et majeure des médecins.

L'amalgame ou la confusion consistant à considérer sur un pied d'égalité l'organisation et la pratique médicale est inacceptable et contraire à l'attrait d'une médecine hospitalière.

L'hôpital n'est pas une fin en soi, mais avant toutes choses le cadre de l'activité médicale : d'abord et avant tout, l'interaction entre patient et médecin doit être respectée par les dirigeants hospitaliers et les questions d'organisation devenues plus complexes au gré des fusions hospitalières, pourraient se simplifier énormément en stimulant d'une manière crédible toute forme de 'lean management'. Or, dans la réalité du terrain, c'est l'évolution inverse qu'on peut constater, avec davantage d'intervenants de tous genres et à tout niveau, compliquant les discussions et rendant impossible les prises de décision.

En fin du compte, la responsabilité médicale est bien réelle et largement prépondérante à celle des autres. Elle doit en conséquence être accompagnée de moyens suffisants pour pouvoir l'assumer. Toute tentative d'immixtion dans cette responsabilité médicale suit toujours des prérogatives économiques, n'est jamais dans l'intérêt des patients et nuit ainsi gravement à l'attrait de la profession.

Perpétuer ce brouillard entre la responsabilité d'organisation et celle de l'exercice de la médecine, ne rend pas compte non plus des enjeux du développement futur, voire d'une vraie révolution médicale qui s'annonce. Les pratiques médicales changent substantiellement et se tournent d'une manière irrévocable vers les prises en charge ambulatoires. Les cholécystectomies ou les cures d'hernies abdominales peuvent actuellement être réalisées en ambulatoire. Même des prothèses de hanche pourraient se faire, sous certaines conditions, en mode ambulatoire. Sans oublier l'essor de la chirurgie robotique, trop longtemps sous-estimée voire combattue même par certains dirigeants hospitaliers. Autant dire que le monde de la chirurgie est en bouleversement profond. Les patients souffrant d'insuffisance coronarienne ou valvulaire sont de plus en plus traités efficacement grâce à des techniques dites mini-invasives remplaçant les chirurgies lourdes d'antan. Les pathologies oncologiques seront traitées dans un avenir proche non plus par des résections mutilantes mais pourront être soignées par des approches médicales hautement spécifiques engageant des techniques sophistiquées de nanotechnologies ou de thérapies géniques voire des combinés, le tout en ambulatoire.

Vouloir s'enfermer dans une structure hospitalière lourde et inerte, serait anti-phasé avec le développement extraordinaire dans le monde médical clairement orienté vers l'ambulatoire.

L'hospitalo-centrisme encore dopé par des fusions hospitalières multiples des années 2000 a longtemps caractérisé l'approche globale de l'assurance maladie-maternité.

Si la volonté de concentrer des activités lourdes n'est pas dénuée de sens, elle a également aspiré quasiment toutes les activités de médecine spécialisée, voire a empiété sur une activité de soins primaires, en embrouillant fortement la compréhension du public par rapport au système de santé ('health literacy'). L'encombrement des urgences se veut comme preuve

d'un manque de clarté de l'offre de soins. Les initiatives récentes du Ministère de la Santé visant à expliquer le système de santé au public et surtout aux quelques 25000 nouveaux arrivés chaque année, sont à féliciter.

Toujours est-il que l'hospitalo-centrisme impacte également les dépenses à un niveau très élevé, raisons pour lesquelles à l'issue de la réforme de 2010 a imposé un budget global des dépenses hospitalières. Si cette approche a permis de lisser évidemment la dynamique des dépenses hospitalière, cette logique touche actuellement à ses limites vitales.

D'une part, certaines ressources manquent indéniablement mais les hôpitaux sont actuellement en position de force dans les négociations budgétaires avec la CNS, car ils peuvent à tout moment, dans leur position de monopoliste, s'imposer dans les discussions budgétaires et faire valoir leur mission de santé publique pour faire passer à leur gré des budgets inédits. Comme l'AMMD n'est pas impliquée dans ces négociations, elle peut se poser la question si les budgets alloués respectent vraiment le critère de l'utile et du nécessaire si cher au système.

L'informatique et la transformation digitale est un vrai challenge pour la gestion moderne d'un établissement hospitalier. Durant les 10-15 dernières années, de nombreux informaticiens ont été engagés et des logiciels des plus divers ont fusé sans compter les approches disparates des différents établissements à construire un dossier patient informatique convivial, fonctionnel et intégré.

Il faut constater que la charge de travail pour les infirmières au lit du malade a fortement augmenté durant les dernières années et ceci pour plusieurs raisons : d'abord, les patients à soigner sont souvent plus lourds, mais surtout les charges administratives ont fortement progressé.

A ce titre, l'AMMD est interpellée par le nombre important de personnel hospitalier engagé sans rapport avec les soins directs des patients (d'après le rapport de l'IGSS de 2018, pages 37-39, le secteur hospitalier compte 8739 salariés contre seulement 4469 ETP pour le nombre de professions de santé non-médecins). De ces statistiques, il ne ressort pas quel serait le nombre de salariés occupés essentiellement par un travail administratif ou logistique, c'est-à-dire non directement en lien avec les patients. Et il serait utile d'évaluer le temps imparti aux tâches administratives par les professions de santé (les infirmières et infirmiers en particulier) dont la charge première est a priori de s'occuper des patients. Il est en effet à craindre que les charges administratives rampantes ont non seulement promu toute une armada de personnel spécifique dans les hôpitaux, mais que même le personnel directement impliqué dans les soins soit surchargé par des tâches bureaucratiques. Quel est finalement le rapport entre les heures de travail prestées « au lit du malade » par rapport au reste ?

Il serait utile en effet que les budgets de fonctionnement des établissements hospitaliers soient analysés par la Cour des comptes au même titre que les budgets d'investissement et de rénovation qui ont récemment fait l'objet d'une analyse critique par cette administration. Avant de gonfler davantage les budgets hospitaliers par quelque manière que ce soit, il faudrait s'assurer que les denrées publiques soient utilisées à bon escient dans le but de soigner au mieux les patients.

Pour ces motifs, l'AMMD revendique :

1. un audit externe quant au volume des charges administratives par rapport au temps imparti aux soins directs en faveur des patients ;
2. un audit externe quant aux coûts informatiques des établissements hospitaliers (coûts de personnel engagés dans les différents services, de licences, de leasing etc) ;
3. une analyse des budgets de fonctionnement des établissements hospitaliers par la Cour des comptes ;
4. un représentant assistant aux négociations budgétaires de l'enveloppe globale des établissements avec voix consultative.

6. Digitalisation des soins de santé

La digitalisation va modifier en profondeur tous les champs d'activités dans le domaine de la santé. En fait nous serons témoin d'une vraie révolution digitale de la société entière et notamment du domaine de la santé. La « e-santé » représentera un enjeu majeur pour favoriser et optimiser les échanges entre patients, médecins et autres prestataires afin de coordonner d'une manière conviviale et intelligente les parcours de soins des patients entre les différents professionnels de santé et comme cerise sur le gâteau, simplifier les démarches administratives des assurés.

Le numérique dans la santé va faire évoluer le comportement des assurés concernant la satisfaction de leurs besoins de santé et la manière des professionnels de s'informer, de décider et de pratiquer leur art. L'essor de l'intelligence artificielle aura pour vocation de mener à une médecine de précision, prédictive, personnalisée et préventive. A terme, elle bouleversera les soins de santé qui restent à présent un domaine géré au niveau national essentiellement.

Dans une Europe qui se cherche plus que jamais, le domaine de la santé reste pour le moment un domaine essentiellement national. En tant que petit pays, le secteur de santé constitue, et c'est ainsi qu'il faut voir l'opportunité du temps présent, une chance unique pour développer non seulement des soins de santé intelligents mais qui font envier nos voisins proches. A l'image de la révolution financière des années 80 où nos dirigeants ont anticipé habilement le tracé porteur du pays, ne ratons pas ce rendez-vous extraordinaire dans le vrai sens du terme.

Un travail global donc, qui concernera tous les protagonistes du secteur, patients comme professionnels, et qui sera visible dans chaque étape de la prise en charge.

L'AMMD en tant que représentant du pilier porteur du domaine de la santé et acteur principal, nous aspirons à assumer pleinement cette responsabilité et aider le pays à développer une stratégie ambitieuse visant à accompagner le programme gouvernemental actuel.

Un petit regard dans le rétroviseur, permet de constater que depuis la création de l'Agence eSanté en 2010, des moyens financiers substantiels ont été alloués par le législateur dans la digitalisation mais force est de constater que le Dossier de Soins Partagé (DSP) n'a pas encore pu être déployé de manière satisfaisante en raison de freins législatifs et réglementaires notamment. La convivialité de son utilisation par les assurés et les professionnels de santé n'en est qu'à ses premiers balbutiements.

La convivialité est pourtant un élément essentiel à l'adhérence tout azimut.

L'accord de coalition prévoit au niveau :

- de la **Gouvernance de l'assurance maladie-maternité**

Tout en réaffirmant la continuation des principes du fonctionnement de l'assurance maladie-maternité, une analyse globale de la gouvernance sera effectuée :

(...)

- au niveau de la mise en œuvre de la digitalisation programmée des processus organisationnels et administratifs, tant en ce qui concerne la coopération de toutes les administrations concernées, que plus particulièrement vis-à-vis des assurés et des prestataires, notamment du corps médical, par une meilleure coordination des ressources de la CNS, du Centre informatique de la sécurité sociale et de l'Agence eSanté ;

- de la **Prise en charge des soins de santé**

Un système électronique sera mis en place qui permettra un remboursement immédiat pour tous les assurés des frais de soins par la CNS

(...)

- du **Dossier de soins partagé et Agence eSanté**

L'Agence eSanté devra fonctionner de manière efficace afin de déployer la plateforme de partage et d'échange de données dans le domaine de la santé, notamment en ce qui concerne le Dossier de Soins Partagé (DSP).

A ces fins, le contrat d'objectifs et de moyens de l'Agence eSanté 2019-2021 sera résolument mis en œuvre.

Proposition de l'AMMD :

Une approche dirigiste, afin de promouvoir une digitalisation à 100% de la santé et accélérer la mise en place de l'accord de coalition la concernant, mènerait dans l'impasse. Il est dès lors essentiel de faire adhérer les parties prenantes, non seulement par un environnement formalisé comme l'Agence e-santé mais de les encourager à amplifier l'élan initial par des initiatives innovantes tout en respectant scrupuleusement l'autonomie du patient.

Dans cette foulée, l'AMMD se propose comme fédérateur du secteur de santé ayant comme but de favoriser les échanges électroniques entre les professionnels de santé, les assurés et la CNS. Outre l'utilisation, la promotion et la valorisation par les professionnels de santé et les assurés des services de l'Agence eSanté et notamment du DSP, l'AMMD aspire d'abord à permettre aux assurés de bénéficier notamment d'un remboursement de leurs mémoires d'honoraires acquittés en temps réel par leurs assurances obligatoires et complémentaires. Mais de plus, nos projets dépassent le cadre de paiement ou de remboursement de factures. Par le même outil, nous aspirons à rendre vivant pour le patient la digitalisation, qui s'y retrouvera efficacement accompagné.

A cette fin, l'AMMD s'est dotée des moyens nécessaires à :

- centraliser en une application digitale toutes les données et les fournisseurs de soins de santé (médecins, médecins-dentistes, pharmacies, laboratoires d'analyses médicales, kinésithérapeutes, etc...) dans un environnement parfaitement sécurisé ;
- construire une application mobile **conviviale** pour les patients qui leurs permettra de visualiser les données (RDV médicaux et paramédicaux, ordonnances médicales, images radiologiques, analyses médicales, factures, etc...), de donner les consentements prévus par la législation, opter leurs préférences, payer et transmettre les informations à des tiers autorisés (médecins spécialistes, pharmacies, assurances obligatoires et complémentaires, etc...).

En conclusion, l'AMMD a lu avec attention le programme gouvernemental ambitieux. Comme la digitalisation ne peut être organisée d'une manière centrale, l'AMMD se propose en tant qu'acteur principal et fiable du domaine de la santé, comme partenaire du Gouvernement en vue de concrétiser les démarches annoncées.

7. Système de santé : question d'opportunité ?

Développement d'un Health Hub économique européen et international – Smart health system- Nation branding

Premier centre financier de l'Eurozone et deuxième centre mondial de l'industrie de fonds, le Luxembourg est largement reconnu comme leader global dans les secteurs apparentés de l'administration de fonds d'investissement et de la banque privée. Le **hub financier** est un pilier central de l'économie nationale et en tant que tel non seulement créateur d'emplois, mais surtout source importante de recettes, notamment fiscales. Par ailleurs, le **hub pour technologies d'information et de communication** (ICT) jouit d'une reconnaissance internationale et s'est positionné en tant que centre d'excellence en matière de cybersécurité et de protection des données. Le "big data" hub du Luxembourg est devenu un des premiers endroits européens pour infrastructures ICT (centres de données, connectivité, trafic Internet) et offre une expertise particulière en matière de sécurité des données. Mais le Luxembourg s'est développé sur les dernières années également dans le domaine **logistique**, où il s'est établi comme **hub** intercontinental et multimodal au coeur de l'Europe. Récemment d'ailleurs, un nouveau centre de manutention dédié pour produits pharmaceutiques et de santé a été mis en service à l'aéroport.

Déjà en 2010, le gouvernement luxembourgeois avait identifié le Secteur des Sciences et Technologies de la Santé comme un des moteurs de développement et de diversification économique du Grand-Duché. Le Luxembourg BioHealth Cluster est l'initiative de promotion de ce secteur et fédère entreprises, laboratoires privés et institutions publiques de recherche luxembourgeois. Ses objectifs sont d'améliorer la réputation du Luxembourg en tant qu'environnement reconnu et attractif pour la recherche, le développement et l'innovation biomédicales et les entreprises afférentes, tout comme le soutien de la communauté et de ses membres dans leurs démarches de prospection d'opportunités de développement. Or, malgré un programme d'investissement ambitieux, cette initiative, pour des raisons de cloisonnements entre les domaines de la santé et de l'économie, n'a su développer son vrai potentiel à ce jour. Le Cluster se concentre aujourd'hui sur la médecine personnalisée, un domaine où le Luxembourg se veut avoir identifié des niches d'expertise avec le potentiel d'une compétitivité à échelle globale, dont font partie la digitalisation de la santé, les maladies neurodégénératives, le diagnostic moléculaire et l'immuno-oncologie.

Les auteurs du programme gouvernemental semblent cependant avoir reconnu l'énorme potentiel caché de ce Cluster.

L'**accord de coalition** prévoit :

Dans l'esprit de la Luxembourg Cluster Initiative, la création d'une plateforme regroupant et connectant les acteurs de la recherche, de la formation, des prestations et de l'économie en matière de santé sera étudiée. Ce nouveau cluster de la santé, en tant qu'évolution du Luxembourg BioHealth Cluster, pourrait constituer à la fois un écosystème propice aux besoins de santé futurs de notre population et augmenter l'attractivité et la compétitivité du pays en établissant un pilier de diversification économique.

La vision amorcée par le BioHealth Cluster doit être développée bien au-delà de ses éléments initiaux et poursuivre l'ambition de positionner le Luxembourg comme **hub de la santé** européen et international. Ce health hub se déclinerait selon les axes suivants : health data, health RDI, health training and education et health care. En regroupant et connectant les acteurs et projets existants du BioHealth Cluster et en les mariant à la fois aux nouvelles dimensions du hub de la santé et aux éléments complémentaires existants dans les hub financier, ICT et logistique, on pourrait assister à la naissance d'un écosystème propice à la diversification économique tout comme à l'amélioration de la prise en charge de la santé de la population résidente.

La médecine du futur sera dominée par l'intelligence artificielle, nourrie par des banques de données volumineuses structurées : la transformation digitale touchera tous les domaines de la médecine. Au coeur de cette transformation se trouvent les données de santé, individuelles et collectives, qui doivent être structurées, travaillées, stockées et appelées pour pouvoir répondre aux exigences des multiples applications digitales potentielles. L'expertise du Luxembourg, tant au niveau des infrastructures ICT que dans le traitement des données et dans les domaines de la cybersécurité et de la protection des données, prédestine le Grand-Duché à se positionner en tant que health data hub à vocation internationale.

Dans cette veine, les activités de recherche, qu'elles soient situées dans les domaines classiques de recherche pharmaceutique ou moléculaire, ou dans les domaines émergents de recherche d'applications de santé digitales, profiteront toutes du savoir-faire en matière de données de santé. L'attractivité de la place pour la recherche biomédicale, biotechnologique et digitale-médicale ne pourra qu'augmenter, avec comme conséquence l'attraction d'un éventail d'entreprises de tous bords du vaste domaine de la santé.

Il est logique dans ce contexte d'achever les ambitions académiques affichées les dernières années et de mettre enfin en place un cycle complet d'études de médecine, selon le modèle de la Luxembourg Medical School, avec un cursus orienté de façon conséquente vers la digitalisation. Un cadre cohérent devra accompagner la formation de spécialisation, qui

aujourd'hui se fait à peu près dans toutes les spécialités médicales, mais qui ne peut être sanctionnée d'un diplôme qu'en médecine générale, et bientôt, en neurologie et en oncologie. Finalement, la formation médicale continue, sous les divers aspects de la digitalisation et des nouvelles technologies médicales, est plus importante que jamais ; le Luxembourg pourrait, avec un concept cohérent de l'axe formation et éducation de son health hub, se positionner comme acteur de l'avant-garde en Europe.

Le grand défi aujourd'hui pour médecins et professionnels de la santé est la mise en phase du monde digital, qui dominera la médecine de demain, rapide, dynamique et innovateur, avec le monde analogue, dans lequel se rencontrent acteurs de la santé et patients, à échelle humaine, demandant empathie, savoir-faire et dévouement. Le rapprochement de la médecine clinique aux dimensions health data, RDI et formation et éducation au sein du hub de la santé amènera à un transfert de savoir organique qui sera au profit de tous les intervenants. En particulier, les patients, résidents et même d'ailleurs, dans ce nouvel environnement aspirant l'innovation et la qualité, bénéficieront plus rapidement des évolutions et des progrès de la recherche et de l'industrie. Un autre effet positif sera l'augmentation de l'attractivité du Luxembourg pour médecins et professionnels de santé de par sa position inédite de leader dans le domaine de la santé.

A l'aube de la transformation digitale de la santé, il est essentiel de reconnaître avec perspicacité les opportunités multiples qui se proposent au Luxembourg et de les saisir rapidement. Le développement du health hub à partir du Luxembourg BioHealth Cluster et la digitalisation à 100% de la santé doivent être accompagnés d'une transformation en profondeur de notre système de santé avec son assurance maladie-maternité. La synthèse du digital et de l'analogue, autour de la même ambition, à savoir offrir une prise en charge optimale à la pointe du progrès en matière de santé à tout individu, sera l'objectif principal amenant au développement d'un système de santé intelligent, adaptatif et convivial, qualifié de **smart health system**.

En matière de *Nation branding*, une diversification économique vers le domaine de la santé (health hub), couplée à un système de santé intelligent et moderne (smart health system), développant même une vision transfrontalière des soins de santé, permettra au Grand-Duché d'écrire un nouveau chapitre de son histoire socio-économique et de continuer sa narration d'un petit pays européen, dynamique, novateur et flexible, capable de s'adapter et de se réinventer dans la lumière des grands défis.

V. Résumé en 10 points essentiels

1. Loi extrahospitalière
2. Adaptation de la loi hospitalière en spécifiant les missions propres (high risk, high tech, high cost)
3. Création de « cabinets libéraux de médecins et médecins-dentistes » comme lien légal et utile et nécessaire entre les soins extra- et intra-hospitaliers
4. Financement extrahospitalier à l'activité (frais directs et indirects)
5. Digitalisation 100% de la santé
6. Adaptation du système du conventionnement actuel à la réalité européenne
7. Création d'un système de santé inter-régional
8. Développement d'un Health hub économique et européen
9. Consolider et développer le système de santé luxembourgeois comme pilier de l'identité nationale et comme moteur économique
10. Smart health system : « best care at best time to all »

VI. Conclusion

A travers l'analyse systématique du cadre légal et réglementaire du système de santé et de sécurité sociale du Luxembourg, l'AMMD a su porter à la lumière du jour les déficits majeurs de ce système, qui compromettent sérieusement la sécurité de nos patients. De surcroît, le constat est que ces déficits ont mené tout droit à une médecine à deux vitesses, en pleine voie d'accélération, les patients libres financièrement étant libres également de se déplacer au-delà de nos frontières pour se faire soigner.

A l'heure actuelle, la déclinaison de notre système de santé et de sécurité sociale déjà ne garantit plus la protection aux patients, comme elle est fortement orientée vers la rationalisation du périmètre de prise en charge.

En effet, ce système prétendu conventionnel, d'apparence compromis séduisant entre deux mondes qui s'affrontent, prend de plus en plus les formes d'un système étatique, sans pour autant l'afficher franchement. La composition et le fonctionnement de la commission de nomenclature se veut la caricature d'un semblant conventionnel, incapable de promouvoir le progrès médical à sa juste valeur. L'hospitalo-centrisme est un pendant obligé de ce processus d'étatisation, visant à cimenter le périmètre des prestations, en les aspirant dans un premier temps pour les étouffer dans un second par son manque de flexibilité intrinsèque. Fait marquant et troublant : les coûts hospitaliers n'ont jamais pu être réellement maîtrisés, malgré la budgétisation par enveloppe. Au gré des fusions hospitalières, la complexité grandissante de la gestion a provoqué un overhead administratif qui a généré des incompréhensions parmi les médecins et le personnel soignant, toujours plus confrontés avec des procédures de tout genre mais déconnectées des réalités médicales. Au milieu, le patient, ne s'y retrouve pas. Les incrédules trouveront les arguments décisifs en essayant de prendre rendez-vous dans les cabinets médicaux ou de s'asseoir dans les salles d'attente des services de polycliniques ou des services des urgences.

La combinaison d'un système de santé et de sécurité sociale ankylosé, confronté à une pénurie de médecins, est particulièrement délicate malgré le dynamisme des derniers.

La médecine de l'avenir sera davantage centrée sur des prises en charge ambulatoires, c'est-à-dire conviviales pour le patient. Les progrès ne sont qu'à leurs débuts, tenant compte des changements biotechnologiques, génétiques ou informatiques dépassant de loin l'horizon de l'imagination. L'avantage médical est évident, mais l'équilibre financier de la sécurité sociale ne pourra pas supporter ces enjeux en mettant en oeuvre les réflexes dépassés du passé. Cette réorientation médicale ne pourra se concrétiser que par un financement spécifique assorti d'une limitation des prestations hospitalières à l'utile et au nécessaire. La Tarmed, nomenclature suisse, considérant les actes médicaux et les actes techniques d'une manière séparée, pourra servir de modèle de financement. Elle permettrait une transition progressive des activités « in » vers les activités « out of hospital ». La proposition de l'AMMD vise à développer l'ambulatoire tout en sauvant l'activité hospitalière lourde, mais en réduisant la ressource « médecin » au minimum nécessaire à son bon fonctionnement. Pareille vision semble cohérente avec le constat que la pénurie n'est pas nationale mais européenne et qu'il sera de toute façon difficile à recruter de nouveaux médecins hautement qualifiés, encore moins en nombre excessif. Dans la même ligne, les cabinets de groupe pourront mieux répondre aux attentes des

patients en termes de disponibilité comme en termes d'organisation interne des médecins toujours plus spécialisés.

En respectant le programme gouvernemental, l'AMMD propose de nombreuses pistes concordantes visant à développer un système de santé moderne et intelligent, pouvant rencontrer les défis d'aujourd'hui et de demain, en offrant des services de haute qualité dans des délais courts aux patients, sans dérapage des dépenses en matière d'assurance maladie, mais en profitant de la transformation médicale et digitale pour développer un vrai créneau économique inédit.