

EN ATTENDANT LA FINALISATION DE SES AVIS SUR LES PROJETS DE LOI 8009 ET 8013
LA FHL RELÈVE DÈS À PRÉSENT UNE DÉRIVE SÉMANTIQUE QUI CONSISTE À ASSOCIER
LES NOTIONS DE « VIRAGE AMBULATOIRE » ET D'« EXTRAHOSPITALIER »

La FHL et les membres de ses différentes plateformes de travail se penchent toujours sur leurs avis conceptuels et juridiques concernant les projets de loi 8009 et 8013 en vue de les présenter aux instances politiques au mois de septembre.

C'est surtout le projet de loi 8013 qui alerte la FHL et les membres de ses groupes de travail. Ceux-ci mettent toujours en garde contre des **risques systémiques significatifs pour le secteur hospitalier** et analysent donc chaque détail juridique pour pouvoir remettre un avis fondé et constructif.

Au niveau du projet de loi 8009, la FHL souhaite dès à présent relever une **dérive sémantique** qui consiste à associer les notions de « virage ambulatoire » d'une part et d'« extrahospitalier » d'autre part. Cette dérive **fausse la perception du grand public** dans le débat actuel autour des deux projets de loi alors que celui-ci est crucial pour l'avenir de notre système de santé que la FHL souhaite rester solidaire, performant et attractif.

Les termes d'« **extrahospitalier** » et de « **virage ambulatoire** » sont actuellement source majeure de confusion conceptuelle, surtout par la tendance installée de longue date que nous avons à les associer, alors qu'il s'agit de notions totalement indépendantes. **Le « virage ambulatoire » qui relèverait de l'« extrahospitalier » constitue une véritable dérive sémantique déroutante et dangereuse.**

La FHL estime que notre système de santé ne souffre en réalité d'aucun hospitalo-centrisme. Par contre les soins primaires présentent un déficit systémique et organisationnel entraînant des difficultés d'accès aux soins.

Le **secteur extrahospitalier** actuel est en réalité et essentiellement constitué par le **secteur des « soins primaires »** - terminologie à privilégier et usuelle sur le plan international - relevant foncièrement de la médecine générale et de l'activité des membres de la COPAS (maisons de soins, réseaux de soins à domicile...). Toutes les activités médico-soignantes sans lien structurel avec l'hôpital relèvent donc de cette catégorisation (p.ex. consultations de médecine générale, activités de kinésithérapie libérale, analyses par un laboratoire privé, soins à domicile ou en maison de soins). L'ensemble de ces activités sont **par définition ambulatoires** (à l'opposé de « stationnaires »), puisque extrahospitalières .

Ce secteur des soins primaires relève historiquement exclusivement de la seule initiative des médecins et des professionnels de santé qui disposent du libre exercice de leur profession. Aucun autre cadre légal ne régle ni ne planifie ces activités par définition individuelles.

En effet, il n'existe actuellement **aucune carte sanitaire de l'ensemble de l'extrahospitaliers ni aucune planification nationale** (y compris concernant le concept de cabinets de groupe) qui permettrait de garantir un accès aux soins primaires dans les bassins de vie de la population. Ces déficits d'accès aux soins sont actuellement en partie compensés par le secteur hospitalier en général, et les services d'urgence hospitaliers

en particulier. Les parcours de soins intégrés devront à l'avenir intégrer de façon systématique les soins primaires et secondaires.

Le secteur hospitalier est et doit rester celui des « soins secondaires », ou encore de la **médecine hospitalière** et spécialisée.

Suite aux diverses fusions depuis 25 ans, les institutions hospitalières ont pu atteindre une taille critique adéquate et constituer de grandes équipes médico-soignantes pluridisciplinaires dans le but d'une spécialisation accrue et d'un renforcement des compétences au service des patients. Ces équipes spécialisées disposent ainsi d'infrastructures et d'équipements techniques à la pointe du progrès. Cette consolidation du milieu hospitalier s'est faite au bénéfice des patients pris en charge par des équipes multi-professionnelles de haut niveau. La mission historique de l'hôpital est la prise en charge de patients malades – soit en urgence, soit de façon élective ou programmée – dont l'état clinique justifie des soins spécialisés prodigués par des médecins spécialistes et des soignants 24/24 dans le cadre d'une admission stationnaire.

Afin de garantir un accès aux soins secondaires et permettre une utilisation rationnelle et efficiente des équipements financés par des deniers publics, les équipes médico-soignantes spécialisées et les plateaux techniques nécessaires sont évidemment mis à disposition des patients non hospitalisés et ambulants (consultations de médecins spécialistes, de soins spécialisés, d'exams de diagnostic divers, de radiologie, d'endoscopie, etc.) et qui n'ont pas besoin d'une hospitalisation.

La notion et le terme de « **virage vers l'ambulatoire** » doivent se lire dans le contexte général de l'ambition de séjours hospitaliers courts et si possible **sans nuitée à l'hôpital** (activités d'hôpital de jour, one day surgery, etc). Il s'agit d'activités médico-soignantes relevant de soins spécialisés généralement programmés et électifs, de médecine et de chirurgie spécialisées. De façon générale **l'activité ambulatoire hospitalière ne se décrète pas**, mais est le résultat d'une organisation minutieuse et d'un travail sur **l'amélioration du processus** de prise en charge du patient (avec planification en amont et en aval du bref séjour hospitalier).

Aussi, le **développement de l'activité hospitalière ambulatoire est constant et significatif depuis de longues années**, et exprime clairement une amélioration des prises en charge similaire à celle de nos pays voisins. Selon les chiffres récents de la carte sanitaire 2021, l'hospitalisation de jour a fortement augmenté et représente 44,8% du total des admissions en 2019 contre 31,0% en 2010. **La croissance des hospitalisations de jour de 6,7%/an depuis 10 ans est forte** tandis que le nombre de séjours en hospitalisation stationnaire reste stable (-0,1%/an). A titre d'exemple, en l'année 2020, le nombre total d'admissions hospitalières est de 121.178, dont 66.545 admissions stationnaires et 54.633 en ambulatoire. **Le « virage ambulatoire » existe donc bien de longue date et continuera à se renforcer.** Ce virage touche les soins hospitaliers de nature spécialisée et il continuera à relever essentiellement de la responsabilité des hôpitaux.

Quant au développement éventuel de certains plateaux techniques et d'activités de soins médico-soignantes spécialisées en dehors des murs de l'hôpital (**sous forme d'antennes ou en « extra-muros »**), il ne pourra se concevoir que s'il n'affaiblit en aucune façon ni la cohérence des équipements ni la cohésion des équipes médico-soignantes des sites hospitaliers et s'il est assorti d'un financement adéquat et équitable. Une carte sanitaire de l'extrahospitalier devra en révéler la raison d'être en mettant en évidence une plus-value en termes d'accès aux soins pour les patients dans leur bassin de vie, en prenant soin de maintenir les normes hospitalières de qualité et de sécurité.

La bonne définition de ces deux notions de « virage ambulatoire » et d'« extrahospitalier » est donc fondamentale dans le débat actuel autour des deux projets de loi et crucial pour l'avenir de notre système de santé que la FHL souhaite rester solidaire, performant et attractif.

*Communiqué par la Fédération des hôpitaux luxembourgeois
Bertrange, le 9 août 2022*