

VISION 20 30

POUR LES HÔPITAUX
ET LE SYSTÈME DE SANTÉ
LUXEMBOURGEOIS

VISION

20

30





Table des matières

Éditorial	4
La Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL), sa mission et ses rôles	6
Le contexte	9
Vision 2030	10
1. La médecine hospitalière en 2030	14
2. Les parcours du patient en 2030	24
3. La digitalisation en 2030	40
4. Le <i>Data Management</i> en 2030	62
5. Les ressources humaines en 2030	72
6. Le financement du secteur hospitalier en 2030	94
Annexes	106

Éditorial



La vision 2030 – un travail de fond autour de six enjeux clés

L'une des missions principales de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) est d'informer et de guider les décideurs politiques et les citoyens quant à la vision et aux développements stratégiques du secteur hospitalier luxembourgeois et du domaine de la santé dans son ensemble. Elle vise ainsi à contribuer à un meilleur état de santé et, en conséquence, une meilleure qualité de vie de la population.

La FHL regroupe quatre centres hospitaliers aigus et six établissements spécialisés avec au total plus de 9 000 salariés et 1 000 médecins. Il s'agit d'un impressionnant puits de compétences, qui, par le biais des représentants dans les groupes de travail, a permis à la FHL de formuler une vision 2030 pour les hôpitaux et le système de santé luxembourgeois.

Ce livre blanc n'a pas vocation à présenter une vision exhaustive pour le système de santé dans son ensemble, mais se focalise sur six thèmes essentiels pour les hôpitaux. C'est ainsi que la FHL pose les bases de discussions pour les décisions futures qui s'imposent autour de ces enjeux clés, avec le but ultime de renforcer le système des soins de santé au Luxembourg.

Les participants qui se sont investis dans les six groupes de travail mis en place par la FHL début 2022 étaient fort nombreux. Ils se sont pleinement engagés dans ce travail de fond, à côté de leur emploi du temps déjà très chargé, et ensemble, ils ont pu dégager une série de priorités pour le secteur hospitalier à l'échéance 2030 que je vous invite à découvrir sur les pages suivantes. Je leur en suis extrêmement reconnaissant.

Dr Philippe Turk
Président

La Fédération des hôpitaux luxembourgeois

Constituée en 1948, puis formalisée sous la forme d'une association en 1965, la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) regroupe l'ensemble des établissements hospitaliers du Luxembourg, dont quatre hôpitaux aigus, à savoir le Centre Hospitalier du Nord (CHdN), le Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM), le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) et les Hôpitaux Robert Schuman (HRS), ainsi que six établissements spécialisés, à savoir le Rehazenter, le Centre François Baclesse, le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHDN), l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INNCI), le Centre de Réhabilitation du Château de Colpach (CRCC), et l'Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS) - soit un total de 9 000 salariés et plus de 1 000 médecins spécialistes. Les structures hospitalières luxembourgeoises disposent d'une infrastructure de pointe régulièrement mise à jour et fournissent des soins de qualité à leurs patients. Les différents établissements représentés par la FHL constituent ainsi la colonne vertébrale du système de santé luxembourgeois.

La mission de la FHL

La FHL **contribue à l'amélioration continue** du système national de santé dans l'intérêt du patient. Elle **facilite la collaboration** et la complémentarité entre les établissements hospitaliers et les différents autres acteurs du secteur afin de proposer aux patients la prise en charge la mieux adaptée. **Unité fédératrice**, la FHL est ainsi en mesure de **défendre les intérêts de ses membres et des professionnels de santé** en général et de promouvoir les innovations et les progrès hospitaliers sous toutes leurs formes. Elle se donne également pour mission **d'informer et de guider les décideurs politiques** quant à la vision et aux développements stratégiques du secteur hospitalier luxembourgeois et du domaine de la santé dans son ensemble. En tant qu'ASBL, la FHL agit en toute indépendance.

Les rôles de la FHL

La FHL est porteuse de différents rôles destinés à améliorer le système hospitalier au Luxembourg et considère le patient comme un vrai partenaire dans l'élaboration des processus de prise en charge appliqués au sein des hôpitaux.

La FHL...

Représente le secteur hospitalier vis-à-vis des institutions publiques dans une approche sectorielle du système de santé en jouant son rôle de pilier central, fédérateur, dynamique et innovant, et en se basant sur les données de santé pertinentes partagées entre ses membres ;

Informe et guide les décideurs politiques sur les visions et les développements stratégiques du secteur hospitalier luxembourgeois et du domaine de la santé dans son ensemble ;

Facilite et développe la collaboration, la coordination et l'alignement entre les établissements hospitaliers et entre les acteurs des soins primaires et des soins hospitaliers spécialisés, dans le but d'améliorer le parcours du patient en créant un système intégré de soins ;

Gère et soutient les interfaces du secteur hospitalier avec les autres acteurs du système et se positionne comme plateforme d'échange pour le personnel médical, soignant et administratif. La FHL a pour ambition de mutualiser les services de support hospitaliers et de prise en charge des patients dans le but d'améliorer leur efficacité, leur efficience et leur qualité ;

Assure et coordonne le suivi des résultats cliniques et de la qualité des prestations dans le milieu hospitalier et promeut la recherche médicale et l'innovation technologique dans le cadre des soins hospitaliers, mais surtout la digitalisation du secteur dans son ensemble. Cette dernière est une condition *sine qua non* d'un développement ambitieux du secteur luxembourgeois de la santé, au service non seulement des patients, mais aussi du développement sociétal et économique en général ;

Dialogue avec le patient et souhaite l'engager comme partenaire de sa propre prise en charge dans son parcours de santé, une collaboration bénéfique tant pour le patient-partenaire que pour les structures hospitalières dans leur ensemble ;

Élabore des visions sur les sujets stratégiques du domaine de la santé. La FHL soutient et oriente les réflexions et le travail à mener sur l'avenir des éléments fondamentaux du système de santé et des modalités de son financement au Luxembourg ;

Sensibilise, informe et sonde le grand public sur les sujets de la santé et privilégie une communication ouverte avec l'ensemble des partenaires du système de santé. La FHL met tout particulièrement l'accent sur le dialogue avec les organisations de patients ;

Organise et promeut la formation professionnelle en termes de compétences les plus pertinentes pour l'ensemble des métiers de la santé. La FHL partage des bonnes pratiques pour le développement des compétences et des formations de base, en collaboration étroite avec les instituts de formation, parmi lesquels l'Université du Luxembourg et le LTPS. Avec tous les acteurs, elle contribue à positionner le secteur comme « employeur » de choix pour les différents métiers de la santé.

Le contexte

À la suite de l'épidémie de COVID-19, la société a plus que jamais pris conscience de l'importance de disposer d'un système de santé efficace et résilient, fondé sur la solidarité et le fonctionnement coordonné de ses différents acteurs. Cette crise sans précédent a donné toute sa légitimité à la FHL et confirme son rôle majeur dans le secteur de la santé luxembourgeois. Agissant en faveur du patient, de sa prise en charge optimale et de son accès aux soins, la Fédération – à travers les établissements hospitaliers qu'elle représente – a entamé en 2022 un travail de réflexion en profondeur sur les axes stratégiques prioritaires du secteur hospitalier et le système de santé national à l'horizon de 2030.

Le système de santé repose sur un principe fondamental qui vise à garantir à la population résidente un accès à des soins de qualité, qu'ils soient primaires (médecine générale), secondaires (médecine spécialisée et hospitalière) et tertiaires (établissements d'aide et de soins et les réseaux de soins à domicile). Aussi, la FHL souhaite recentrer le débat et placer la question de l'accès aux soins pour les patients – raison d'être du système de santé – au cœur des discussions.

D'ici 2030, la FHL souhaite engager le patient comme partenaire des professionnels du milieu hospitalier pour améliorer son parcours dans le système de santé. L'objectif est de l'impliquer pleinement dans l'amélioration de son expérience patient. Dans cette optique, des interfaces entre les soins primaires, secondaires et tertiaires devront également être définies, planifiées et mises en place dans le but de créer un système de santé intégré. Afin de mener à bien sa mission, la FHL a défini différents champs d'action nécessitant des réflexions approfondies. Des sujets stratégiques pour le secteur hospitalier et le système de santé luxembourgeois ont ainsi été adressés au sein de six groupes de travail thématiques. Les visions à l'horizon de l'année 2030 sont décrites ci-après.

Vision 2030



1. La médecine hospitalière en 2030

L'organisation du système de santé sera centrée sur le patient qui devient un partenaire dans la prestation des soins et dans l'organisation des soins et du système de santé. Les « parcours patient » sont définis au niveau national et la médecine hospitalière assure la prise en charge des patients nécessitant les compétences particulières du milieu hospitalier disposant d'équipes multidisciplinaires rodées. Le Luxembourg dispose d'un cursus complet d'études médicales, permettant aux étudiants d'obtenir les titres de docteur en médecine (MD) et/ou de docteur ès sciences (PhD), et propose des diplômes d'études spécialisées (DES) dans un grand nombre de spécialités médicales.

Le médecin hospitalier a une formation spécialisée lui permettant d'exercer sa (sous-)spécialité dans toute sa complexité. Selon ses compétences et sa volonté, il a la possibilité de s'impliquer dans la recherche clinique et translationnelle, dans l'enseignement médical et dans la gestion hospitalière. L'attractivité du secteur hospitalier permet d'attirer des talents nationaux et internationaux dans le domaine de la médecine et de toutes les professions de santé.

La pierre angulaire pour assurer l'attractivité de la médecine hospitalière est la relation entre le médecin hospitalier et l'hôpital, nécessitant un travail continu sur l'alignement stratégique entre le corps médical et l'organisme gestionnaire de l'établissement. Le système de facturation des actes par le médecin confère au système dit libéral un grand dynamisme, tandis que le lien de subordination d'un contrat de salarié facilite l'alignement stratégique dans un hôpital fonctionnant selon le mode du salariat. D'où l'intérêt d'un futur modèle hybride, sauvegardant la facturation individuelle des actes médicaux tout en introduisant, en complément, une valorisation forfaitaire des activités d'ordre institutionnel (p. ex. travaux d'organisation, de qualité ou d'innovation). Selon les intérêts,

compétences et qualifications de chaque médecin, ce contrat pourra inclure également les volets de l'enseignement, de la recherche et du management.

Le médecin hospitalier est l'expert de sa spécialité médicale. Il a la responsabilité de contribuer à l'amélioration continue de son environnement de travail et de participer activement à maintenir une organisation agile au service des patients. Les directions médicales de chaque établissement hospitalier soutiennent les projets d'amélioration, en assurent la priorisation et en facilitent l'implémentation.

Au sein de chaque établissement hospitalier, le Conseil Médical constitue la représentation légitime des médecins hospitaliers. Pour mieux définir les intérêts et besoins de la médecine hospitalière au niveau national, une communication structurée et des échanges réguliers entre les conseils médicaux et les directions hospitalières devront être créés. La FHL pourra catalyser ce processus et coordonner le pilotage stratégique des institutions hospitalières.



2. Les parcours du patient en 2030

Le patient est considéré comme un véritable partenaire des professionnels de santé qui l'accompagnent dans une recherche de solutions adaptées à son problème de santé. En lui attribuant un rôle central tout au long de son parcours de soins, le patient s'implique dans les processus de gestion de la qualité et des risques dans le milieu hospitalier.

Un nombre important de parcours de soins est déployé, répondant à l'évolution impérative du modèle de soins dans un contexte marqué par la prévalence accrue des maladies chroniques, par le vieillissement de la population et par les contraintes budgétaires. Ces parcours sont organisés et intégrés avec l'ensemble des acteurs et structures de santé du pays tant

dans les soins primaires que dans les soins secondaires. Les parcours en place concernent soit des pathologies spécifiques (p. ex. cancer, diabète, obésité), soit des populations particulières (p. ex. personnes fragiles : âgées, handicapées) soit des épisodes de la vie du citoyen (facilitation du retour à domicile après accouchement ou après intervention chirurgicale...).

Les différents acteurs du système se concentrent sur leur cœur de métier. Les soins et interventions sont délivrés de façon appropriée en étant gages d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient. L'accès équitable aux soins et leur continuité sont garantis et contribuent ainsi à un système de santé performant évoluant vers une logique de création de valeur (angl. *value-based healthcare*) et de mesure de résultats pour le patient dans une démarche qualité collective et transparente.

La transformation digitale – dont le Dossier de Soins Partagé (DSP) national – ainsi que de nouveaux modes de rémunération conduisent à l'application généralisée et partagée des parcours de soins. De nouvelles compétences professionnelles et de nouveaux métiers émergent, tels que le « *case manager* » et l'infirmier de pratiques avancées. Les nouvelles technologies soutiennent le patient grâce à la fluidité des informations tout au long de son parcours.



3. La digitalisation en 2030

L'écosystème digital favorise l'évolution significative du système de santé qui passe d'une approche fondée sur la gestion de la maladie à celle basée sur la promotion de la santé. Les données et les outils digitaux disponibles contribuent de manière notable à toutes les étapes de cette gestion, en amont dans la prévention et en aval dans la mesure de la valeur générée pour les patients.

Le secteur de la santé du pays s'est doté d'une gouvernance cohérente et transparente permettant à tous les acteurs d'implémenter une stratégie commune de numérisation coordonnée et sécurisée (*cybersecurity*). Les établissements hospitaliers et les autres acteurs disposent des effectifs et des outils informatiques adéquats qui permettent une évolution continue de leur transformation digitale.

Les technologies de la digitalisation ont un impact significatif sur l'amélioration de la prise en charge et le déploiement des parcours des patients ainsi que des processus d'organisation et de gestion. Les données numérisées fiables sur les PROMS et le PREMS permettent la transition vers un système de type « *value-based healthcare* ».

Le patient est soutenu dans son parcours grâce à l'accès aisé aux informations et données pertinentes par des outils communs (p. ex. applications mobiles, wearables). De façon générale, les nouvelles technologies (p. ex. robotique, intelligence artificielle, réalité augmentée) se développent au service de la qualité et la sécurité de sa prise en charge.



4. Le *Data Management* en 2030

Le *Data Management* contribue à l'évolution du secteur hospitalier vers des « *smart hospitals* », où la médecine est exercée entièrement selon les besoins et caractéristiques de chaque patient.

Le secteur dispose d'une charte de valeurs concernant la gestion des données – base de confiance indispensable – ainsi que d'une cartographie de données et de métadonnées permettant un pilotage sectoriel fondé sur des données consolidées. Le travail sectoriel collectif sur les données et leur gestion commune constitue une démarche d'amélioration de la qualité en elle-même par l'échange utile de bonnes pratiques dans tous les domaines. Les publications d'indicateurs de performance, de benchmarking et des rapports statistiques permettent au grand public une meilleure compréhension du système de santé dans son entièreté.

Les données mises à disposition contribuent à une médecine qui sera prédictive et personnalisée, basée sur l'évidence. Des concepts innovants comme celui du clone digital (« *digital twins* ») permettront une médecine résolument individualisée basée sur les données, plus spécialisée tout en réduisant considérablement les risques pour les patients.

Les données et informations disponibles permettront, par ailleurs, à la FHL de participer à la création d'un système de santé basé sur les données (angl. *data-driven healthcare*) et de guider les décideurs politiques et autres parties prenantes dans leurs décisions.



5. Les ressources humaines en 2030

Une gouvernance forte et cohérente identifie les compétences requises du secteur, prévoit et planifie le nombre de professionnels à former en tenant compte des remplacements naturels, des nouveaux besoins liés à la croissance démographique, au vieillissement de la population, et aux évolutions des pratiques de la médecine et de la technologie.

De nouvelles filières de formations des professionnels de santé existent au Luxembourg dont un Master en médecine, des DES spécialisés supplémentaires et des Bachelors dans diverses disciplines de « *nursing* ». La formation continue qualifiante complète ces socles de formations durant les carrières des collaborateurs du secteur en ouvrant de nouvelles possibilités d'évolution de compétences et de carrières. Avec ces avancées, le pays réduit sa dépendance aux ressources étrangères en disposant de nouveaux viviers de talents locaux et en promouvant l'attractivité de tous les métiers de la santé.

Chaque acteur du système de santé dispose de possibilités réelles de développement personnel au sein des organisations par l'acquisition de nouvelles compétences, de qualifications et de fonctions.

Les fonctions RH sont des partenaires stratégiques intégrant les directions des hôpitaux qui jouent un rôle crucial dans la culture d'entreprise, dans l'attraction, le développement et la fidélisation des talents.



6. Le financement du secteur hospitalier en 2030

La FHL entame les discussions sur un futur modèle de financement des hôpitaux et du système de santé en général en se basant sur une revue conceptuelle des modèles actuellement connus (enveloppe budgétaire globale, activités, *value-based healthcare*).

En 2030, le mécanisme de financement encourage les établissements d'opérer de manière performante et entrepreneuriale sur l'ensemble de leurs activités afin de stimuler et pérenniser l'innovation et la qualité au service du patient.

Les établissements hospitaliers ont la possibilité de générer des bénéfices sur les activités opposables (p. ex. par le biais de forfaits) qui sont réinvestis dans l'intérêt du patient et de la santé publique tout en laissant aux établissements hospitaliers la flexibilité dans cette réallocation.

La qualité et le résultat de la prise en charge sont considérés et encouragés par le modèle de financement (« *value-based healthcare* »). Le financement tient compte des notions de soins appropriés (« *appropriate care* ») – *evidence based care*, expertise clinique, orientation patient, utilisation responsable de ressources et équité – ce qui aura un effet positif sur l'efficacité et l'efficience de la prise en charge. À cette fin, des indicateurs seront identifiés, permettant d'évaluer si la prise en charge proposée est appropriée. Finalement la promotion de la santé et la prévention contribuent à réduire les prises en charge de nature curative et réduisent les coûts du système. De même, une meilleure compréhension du fonctionnement du système de santé dans sa globalité (soins primaires, soins secondaires et de suite) contribue à une navigation plus efficace du patient et évite l'engorgement de certains services hospitaliers comme notamment les services d'urgences.

Soucieuse de s'occuper et de traiter ces multiples thèmes avec l'attention qu'ils méritent, la FHL s'engage à faire évoluer le système de santé du pays veillant particulièrement à la qualité des résultats cliniques et de l'expérience des patients.



1

La médecine hospitalière en 2030

- Executive summary | 16
- Analyse de l'existant | 16
- Vision 2030 | 18
- Actions concrètes proposées | 20
- Conclusion | 23

1. Executive summary

Le cœur de métier de la médecine hospitalière porte sur la prise en charge du patient dont l'état de santé requiert un traitement ou un séjour dans une structure hospitalière. **La médecine hospitalière joue un rôle central pour la santé publique par l'assurance d'une continuité des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.** Les prises en charge souvent complexes demandent une approche interdisciplinaire intégrant différentes spécialités médicales et professions de santé. Au vu de la complexité et de l'urgence des tableaux cliniques des prises en charge, le médecin hospitalier doit se prévaloir d'une formation spécialisée et d'un intérêt particulier pour l'accompagnement de patients critiques ou présentant des pathologies complexes.

Dans le système luxembourgeois, l'article 33 de la loi hospitalière de mars 2018 pose le cadre légal pour la médecine hospitalière et définit les obligations du

médecin hospitalier (notamment dans le domaine du respect du règlement interne) : l'efficacité des soins (*cf. evidence-based medicine*), la qualité, la continuité, l'efficacité ou encore la documentation. Ce cadre légal protège la liberté thérapeutique du médecin ainsi que la relation individuelle avec son patient. Il précise la nécessité d'un lien contractuel entre médecin et institution hospitalière : soit un contrat de collaboration dans le cadre de la médecine hospitalière libérale soit un contrat de travail dans le cadre de la médecine hospitalière salariée.

Le présent papier stratégique se propose d'analyser l'état actuel de la médecine hospitalière afin de dresser une vision d'un fonctionnement futur optimal. Basé sur les forces et faiblesses du modèle actuel, il propose des actions concrètes pour les mois et années à venir afin d'atteindre la vision élaborée.

2. Analyse de l'existant

En 2019, le Luxembourg disposait de 2,98 médecins par 1 000 habitants. Bien que ce chiffre soit en croissance (2,15/1 000 en 2000), il reste plus bas que dans les pays limitrophes (France : 3,2 ; Belgique : 3,3 ; Allemagne : 4,2) . De plus, l'évolution de la pyramide des âges est défavorable avec 57 % des médecins âgés de moins de 55 ans en 2017 (contre 75 % en 2005) et 10 % des médecins âgés de plus de 65 ans en 2017 (contre 7 % en 2005). Le pourcentage de médecins féminins était de 36 % en 2019 (contre 26 % en 2005) mais reste bien inférieur à ceux des pays limitrophes (Belgique : 45 % ; France : 46 % ; Allemagne : 48 %).¹

Le développement du système de santé luxembourgeois a poussé la médecine hospitalière à y jouer un rôle capital. Outre son rôle de couverture des besoins élémentaires de santé publique (incluant la participation dans les programmes de prévention primaire et l'organisation des gardes), elle assure l'immense majorité de la médecine spécialisée (incluant la prévention secondaire). Le nombre de médecins spécialistes installés exclusivement en cabinet « de ville » est faible dans la majorité des spécialités, en particulier pour celles nécessitant des équipements techniques lourds ; s'implanter en dehors des hôpitaux n'est que difficilement réalisable.

¹ Health at a glance 2019, OECD.

En raison de l'obligation d'une continuité des soins, la médecine hospitalière couvre également quelques fonctions de soins primaires au Luxembourg. Ceci est dû à une structuration moins développée dans certains domaines, comme notamment dans l'organisation et la coordination de filières de soins de maladies complexes (p. ex. maladies rhumatologiques, inflammatoires chroniques, cardiovasculaires ou rénales).

Le système de santé luxembourgeois présente l'avantage d'être efficient illustré par des dépenses du système de santé national comparables à celles des pays avoisinants, et ce, malgré un PIB et un niveau des revenus nettement plus élevés (OCDE 2022). Cependant, l'évolution de la médecine hospitalière quant à elle a engendré plusieurs contraintes qui la rendent de moins en moins attractive :

- Des spécialisations médicales toujours plus poussées engendrent un nombre croissant de lignes de gardes à assurer et ainsi une augmentation considérable de la charge de travail pour chaque médecin hospitalier.
- Une documentation hospitalière structurée et exhaustive engendre une charge administrative croissante pour le médecin en milieu hospitalier.
- Le développement de systèmes de qualité accrédités (certes souhaitables) et la nécessité de produire des indicateurs quantitatifs et qualitatifs surchargent également le médecin hospitalier.

La majorité de ces tâches, tout comme **l'implication des médecins dans la formation de nouveaux professionnels de la santé, dans la recherche, dans l'enseignement médical ou encore dans la gestion hospitalière, ne sont pas financièrement valorisées.**

Au-delà des exigences liées à l'évolution de la médecine hospitalière, les hôpitaux se voient davantage confrontés à une génération de professionnels qui ne souhaitent plus s'investir sans limites dans leur vie professionnelle. Le concept de *work-life balance* est de plus en plus prôné parmi les jeunes professionnels médicaux qui cherchent à trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Souvent, cette approche rentre en conflit avec l'obligation d'assurer des gardes ou astreintes.

Finalement, l'opportunité de réaliser encore plus de prestations médicales en milieu extrahospitalier sans avoir les mêmes obligations et contraintes qu'en milieu hospitalier (p. ex. gardes et astreintes, charge administrative) risque de renforcer l'exode de certains médecins spécialistes qui préfèrent, alors, s'établir en dehors des hôpitaux (comme nous avons pu le constater récemment dans un de nos établissements hospitaliers). Ce phénomène menace d'engendrer une pénurie de médecins hospitaliers d'autant plus importante.

Nombre de médecins pour 1000 habitants



3. Vision 2030

Le Luxembourg dispose en 2030 d'un système de santé intégré avec un accès universel à des soins adaptés aux besoins de la population.

L'amélioration continue de la qualité est documentée par des indicateurs standardisés au niveau national qui permettent un benchmarking aussi bien au niveau national qu'au niveau international.

L'organisation du système de santé est centrée sur le patient qui en devient un partenaire ainsi que dans la prestation et l'élaboration des soins. Dans les « parcours patient » définis au niveau national, la médecine hospitalière assure la prise en charge spécifique des patients nécessitant des compétences particulières du milieu hospitalier disposant d'équipes multidisciplinaires rodées.

Le Luxembourg dispose en 2030 d'un cursus complet d'études médicales (Bachelor et Master) permettant aux étudiants d'obtenir les titres de docteur en médecine (MD) et/ou de docteur ès sciences (PhD) et propose des diplômes d'études supérieures spécialisées (DESS) dans un grand nombre des branches médicales.

Le médecin hospitalier a une formation spécialisée qui l'aide à couvrir sa (sous-)spécialité dans toute sa complexité. Il a les possibilités de s'impliquer dans la recherche clinique et translationnelle, dans l'enseignement médical et dans la gestion hospitalière. L'attractivité du secteur hospitalier incite des talents nationaux et internationaux dans le domaine de la médecine et de toutes les professions de santé à travailler dans le secteur de la santé au Luxembourg.

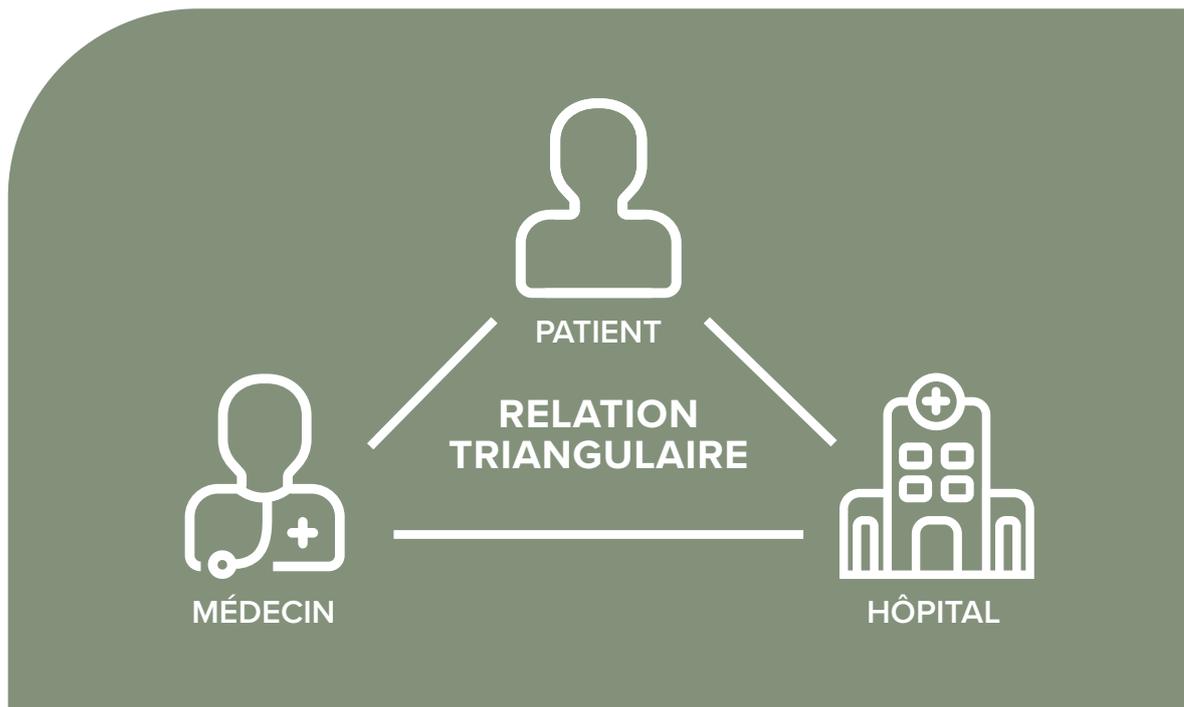
Afin d'assurer l'attractivité de la médecine hospitalière, la relation entre le médecin hospitalier et l'hôpital est la pierre angulaire du système de soins.

Le dispositif de facturation directe des actes par le médecin confère au système dit « libéral » un grand dynamisme alors que le lien de subordination d'un contrat de salarié facilite l'alignement stratégique dans un hôpital au fonctionnement dit « salarié ». D'où l'intérêt d'un modèle hybride qui sauvegarde la facturation individuelle des actes médicaux, tout en introduisant une valorisation forfaitaire adaptable des volets, aujourd'hui sous-valorisés, par un lien contractuel structuré avec l'hôpital (p. ex. pour la continuité des soins, le tour de salle, la disponibilité pour les urgences et la documentation structurée de haute qualité permettant des analyses épidémiologiques).

Selon les intérêts, les compétences et les qualifications, ce contrat structuré pourra inclure les volets de l'enseignement, de la recherche et du management. Cette approche favorise la précision de la mission propre à chaque médecin hospitalier ainsi qu'une valorisation adéquate tout en renforçant **la relation triangulaire médecin-hôpital-patient**. Une valorisation équitable et une structuration professionnelle d'activités (aujourd'hui sous-valorisées et partiellement non structurées) bénéficieront d'une telle démarche. Étant donné que ces domaines concernent la santé publique et l'éducation supérieure, les budgets correspondants sont négociés avec le Ministère de la Santé (MISA) et le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MESR).

Au sein de chaque établissement hospitalier, le Conseil Médical constitue la représentation légitime et officielle des médecins hospitaliers. Ses missions et prérogatives sont clairement définies dans la loi hospitalière de 2018. Afin d'améliorer l'alignement stratégique entre les différentes institutions et de mieux définir les intérêts et besoins de la médecine hospitalière au niveau national, des canaux de communication structurés et des échanges plus réguliers entre les conseils médicaux et les directions hospitalières seront créés. La plateforme des Directeurs médicaux de la FHL sert de catalyseur à ce processus.

Le médecin hospitalier est l'expert de sa spécialité médicale. Il a la responsabilité de contribuer à l'amélioration continue de son environnement de travail. Les directions médicales de chaque établissement hospitalier aident les professionnels du terrain à formuler des projets d'amélioration, en assurent la priorisation et facilitent l'implémentation. Sous la responsabilité des conseils d'administration, les directions générales garantissent le pilotage stratégique des institutions hospitalières en se basant sur une analyse externe et interne, en étroite collaboration avec les autres directions et le conseil médical.



4. Actions concrètes proposées

Pour assurer un fonctionnement durable de la médecine hospitalière et pour atteindre la vision dressée ci-dessus, l'attractivité de ce secteur doit être développée. Elle se décline selon différents axes stratégiques :

Valorisation financière

D'après les récentes négociations, la participation à des lignes de gardes présentes ou des astreintes (être joignable par téléphone) sera finalement valorisée. Or, la prise en charge d'urgences (par définition non programmables) complique considérablement l'organisation efficiente du travail. Pour cette raison, dans le cadre de prises en charge urgentes, nous proposons une valorisation différentielle des examens et autres actes techniques prestés dans les hôpitaux en faveur du médecin hospitalier. Ces mesures attireront plus de médecins dans le secteur hospitalier, permettant une *work-life balance* plus équilibrée et flexible.

Travail multidisciplinaire en équipe

La multidisciplinarité constitue un atout indissociable de la médecine hospitalière et profite immédiatement aux patients par l'augmentation de plusieurs aspects de la qualité de la prise en charge (efficacité, sécurité). Pour les maladies chroniques, des « parcours patient » seront définis sur le plan national et prévoiront l'organisation et la valorisation de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en analogie avec les RCP oncologiques organisées actuellement. Les réseaux de compétences constituent un premier pas vers le développement de ces parcours nationaux.

Spectre complet de l'offre médicale

Les hôpitaux créent un cadre qui offre un spectre complet d'activités médicales (des gestes les plus avancés au suivi ambulatoire de patients). Pour le patient s'en suit un accompagnement longitudinal personnalisé qui est fortement ancré dans la tradition médicale luxembourgeoise. Pour bon nombre de médecins hospitaliers, cette activité variée, stationnaire et ambulatoire, constitue un facteur d'attractivité considérable. Par ailleurs, la nomenclature médicale est à revoir régulièrement afin d'inclure et de valoriser de façon adéquate les prises en charge spécialisées innovantes incluant en particulier la prévention primaire et secondaire.

3

Compétences complémentaires essentielles

L'implication médicale dans le management hospitalier est un facteur de succès majeur pour l'organisation hospitalière. Une activité de recherche clinique et translationnelle solidement ancrée dans chaque structure hospitalière est indispensable pour développer et maintenir une excellence médicale permettant d'attirer, de développer et de retenir des talents dans le milieu hospitalier. Le développement de l'enseignement médical universitaire et post universitaire demeure capital afin de garantir la pérennité de notre système de santé. Ces compétences complémentaires demandent la création d'un cadre légal et réglementaire permettant aux médecins hospitaliers compétents et motivés de s'investir dans ces domaines tout en réduisant les effets collatéraux sur leur vie professionnelle ou privée.

4

Réduction de la charge administrative

La nécessité d'une documentation de plus en plus structurée et une organisation des soins entièrement informatisée imposent aux médecins hospitaliers des contraintes administratives en constante augmentation. Par exemple, la prise de rendez-vous pour des actes se déroulant à l'hôpital, la création de formulaires spécifiques pour ces examens, la documentation des résultats dans les logiciels hospitaliers et autres. Ces développements sont fondamentalement primordiaux dans l'évolution vers une médecine qualitative moderne et servent à toutes les parties prenantes et en particulier au patient.

Néanmoins, à l'heure actuelle, les médecins libéraux et leurs secrétariats présentent un grand nombre de processus administratifs indispensables au bon fonctionnement des hôpitaux, et ce, malgré des capacités de gestion souvent limitées. Les hôpitaux devraient disposer de moyens suffisants pour, d'une part, améliorer le fonctionnement du système (notamment la prise de rendez-vous), et d'autre part, pour contrôler le bon déroulement de leurs processus de prise en charge, notamment les interfaces de ceux-ci avec le patient ou avec les médecins des soins primaires (p. ex. prise de rendez-vous et communication électronique rapide des résultats).

Formation de médecins

Il sera important d'offrir au Luxembourg des cursus complets d'études médicales et de spécialisation (comme le relève le livre blanc de la FHL sur le thème des ressources humaines). Concernant les études médicales, l'organisation d'un master en médecine est à prévoir rapidement et des voies d'accès à des titres de docteur en médecine (MD) et docteur ès sciences (PhD) restent à définir. Dans le cadre de la formation de troisième cycle, des DES sont à élaborer dans les meilleurs délais pour les disciplines médicales les plus courantes.

5. Conclusion

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge au niveau national et d'assurer une évolution vers un système de santé centré sur le patient, de multiples mesures doivent être prises sans tarder, pour contribuer à l'augmentation de l'attractivité de la médecine hospitalière au Luxembourg.

Ces mesures sont centrées sur une redéfinition de la relation triangulaire médecin-hôpital-patient, une revalorisation des prises en charge lourdes, complexes et urgentes, une implémentation obligatoire de « parcours patient » nationaux pour les maladies chroniques, un suivi détaillé d'indicateurs de performance nationaux avec benchmarking international et une offre complète d'études médicales de premier, deuxième et troisième cycle.





2

Identification, standardisation et optimisation des « parcours de soins » des patients

- Executive summary et contexte général des « parcours patient » | 26
- Analyse de la situation actuelle | 31
 - Situation Actuelle - Acteurs, professionnels et structures | 31
 - Situation Actuelle - Forces et faiblesses | 31
 - Situation Actuelle - Opportunités et menaces | 32
- Vision FHL 2030 | 34
- Recommandations et plan d'action | 35
- Conclusion | 39

1. Executive summary et contexte général des « parcours patient »

Objectifs de ce livre blanc

Les objectifs de ce document sont de : i) montrer ce qu'est ou devrait être un « parcours patient » au Luxembourg à partir de l'existant (acteurs, structures, parcours formalisés/déjà utilisés) ; ii) démontrer comment son utilisation peut aider à améliorer l'efficacité du système de santé et les résultats pour le patient et, donc, ce qui est communément appelé son « expérience » ; iii) émettre des recommandations pour l'élaboration et le déploiement des « parcours patient » dans le pays (identification des parcours à cibler, structuration de la méthodologie, mise en place des outils pertinents, mise à jour des parcours établis...).

Executive summary

Le système de santé doit faire face au vieillissement de la population, à l'augmentation des pathologies chroniques, des contraintes budgétaires de l'évolution de la dynamique des soins de santé et de la technologie ainsi que du rôle de plus en plus central des patients. Dès lors, il devient de plus en plus nécessaire de promouvoir des approches systémiques pour trouver des solutions dans les soins de santé ; celles-ci améliorant la sécurité et la qualité des prestations de soins et les préoccupations générales de santé des citoyens.

Par ailleurs, les objectifs du patient, ceux des médecins et ceux des autres acteurs du système de santé n'étant pas toujours alignés (tout du moins en termes de hiérarchisation), l'articulation entre les

actions de soins primaires et secondaires se révèle capitale pour parfaire les résultats des prises en charge de santé et optimiser la prise en charge des patients sur tout le territoire luxembourgeois. À cet effet, il s'agira également de les « systématiser¹ » et de les évaluer. Un des outils majeurs étant l'identification et la cartographie des « parcours de soins ».

Par « parcours patient » ou « parcours de soins », ce papier se réfère à un plan de soins multidisciplinaires structuré qui décrit les étapes fondamentales pour les soins aux patients ayant un problème clinique spécifique. Les différentes phases d'un « parcours patient » incluent l'action des professionnels de santé en ville, à l'hôpital, dans les établissements de santé et médico-sociales, au domicile, en consultation des médecins généralistes ou spécialistes, ainsi que les actes de diagnostic ou de dépistage, l'hospitalisation, les traitements divers, le suivi à domicile... La cartographie, quant à elle, nécessitera l'extension d'une approche et d'outils standardisés au niveau national.

La vision de la FHL d'ici 2030 porte sur l'élaboration et le déploiement systématiques des « parcours patient » dans le pays. Ceux-ci répondront à l'impératif de progression du modèle de soins vers un système qui favorisera la rémunération des professionnels de santé sur une base des résultats pour les patients. Ce système sera réalisable grâce notamment à l'application réussie des parcours de soins prédéfinis avec le support de nouvelles compétences professionnelles et de nouveaux métiers, tels que les « case managers ». Les différents acteurs du système

1. Le papier (Kaplan G, Bo-Linn G, Carayon P, Pronovost P, Rouse W, Reid P, Saunders - *Institute of Medicine and National Academy Engineering, 2013*) définit l'approche systémique comme une approche « qui applique les connaissances scientifiques pour comprendre les éléments qui influent sur les résultats en matière de santé ; modélise les relations entre ces éléments ; et modifie la conception, les processus ou les politiques en fonction des connaissances qui en résultent afin de produire une meilleure santé à moindre coût ».

se concentreront alors, sur leur cœur de métier, si bien que les soins et interventions seront délivrés de façon appropriée et « pertinente », et seront des gages d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins.

Pour réaliser cette vision, la FHL met en avant, dans ce document, les principales recommandations suivantes :

- L'élaboration et le déploiement d'une gouvernance nationale pour favoriser les initiatives transversales en matière de santé telles que celles relatives au « parcours patient » ;
- **L'adoption d'une approche standardisée et des outils adaptés pour la priorisation et la cartographie des « parcours patient » ;**
- L'intégration des recommandations pertinentes du livre blanc de la FHL sur la transformation digitale du secteur hospitalier luxembourgeois, notamment quant à l'interopérabilité et l'accessibilité des outils, la disponibilité des informations numérisées et une centralisation de celles-ci via le DSP national ;
- La définition des critères pour la priorisation des parcours à cartographier en prenant en compte ceux déjà réalisés (diabète, cancer, obésité...) ciblant les pathologies chroniques, les populations fragiles ou vulnérables et les épisodes spécifiques de parcours de vie (naissance, intervention chirurgicale...) ;
- L'introduction d'un système de rémunération des professionnels considérant les résultats pour le patient et favorisant l'intégration et la coordination des parcours dans leurs prestations ;
- L'attractivité et la pérennité des métiers essentiels (tels que les « *case managers* ») au déploiement des parcours ;
- Le déploiement d'une stratégie de communication et d'accompagnement pour l'implication des acteurs et le développement d'une culture de « patient-partenaire » et de famille-partenaire au niveau national.

Si la cartographie des « parcours patient » apparaît comme un exercice fastidieux, elle n'en reste pas moins essentielle pour que le système national de santé basé sur un concept de gestion de la maladie évolue vers un système de gestion de santé basé sur le « value-based healthcare » comme le prône la FHL pour 2030.

Pourquoi et comment décrire un « parcours patient » ?

Du point de vue du patient

- La définition et la publication (publicisation) des « parcours patient » permettent de guider les patients (futurs ou actuels) et leur entourage au plus tôt vers les professionnels adéquats pour leur assurer l'accès aux soins adaptés par le(s) acteur(s) approprié(s) au moment propice et, ainsi, améliorer la communication à différentes étapes de sa prise en charge. Exemples : « **Est-ce que je dois aller aux urgences si... ?** » Ou bien « **Dois-je appeler le SAMU ?** » Ou encore, « **Dois-je aller consulter un spécialiste ou mon médecin traitant ?** »
- Le « parcours patient » requiert une approche multidisciplinaire et inclut la participation des citoyens et des patients en tant que contributeurs fondamentaux à sa conception, à sa mise en œuvre, à la prestation et à l'évaluation des services de santé.
- La participation citoyenne joue ainsi un rôle essentiel en apportant l'avis des patients et des membres de leur famille dans le débat sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Les patients, et plus généralement les citoyens, lorsqu'ils sont activement et systématiquement engagés, apportent des idées et des expériences qui peuvent soutenir un processus d'apprentissage collaboratif et réciproque entre les acteurs de la santé.
- L'implication des patients dans les soins de santé

est une opportunité peu coûteuse pour prendre en considération des points de vue externes (peut-être non conventionnels). Ceux-ci permettent de créer et de développer des connaissances complémentaires pour le parcours.

- Les compétences et les connaissances des professionnels de la santé et des patients sont acquises par l'expérience ou l'éducation individuelles et sont transférées aux organismes de santé dans une perspective de coproduction de soins de santé. C'est une fusion des efforts entre ceux qui produisent et ceux qui utilisent les soins pour résoudre des problèmes de santé. Une relation de confiance se crée et peut influencer sur l'efficacité de la prise en charge et responsabiliser, alors, toutes les parties prenantes.
- **La réduction/suppression des silos et les angles morts dans les prises en charge qui se produisent à différents endroits/moments du parcours de soins contribue à des améliorations significatives dans l'expérience du patient.**
- Le développement des liens émotionnels (empathie du professionnel de santé et sa volonté d'aider autrui), la compréhension du parcours d'un patient peuvent mettre en évidence les émotions associées et créer plus d'occasions de se connecter avec les patients au bon niveau/moment. Ceci favorise les sentiments de sécurité et de bien-être tout au long du parcours.
- La clarté et l'accompagnement du patient lors des différentes phases de soins successives l'amènent à une meilleure adhésion à un plan de soins et, donc, à moins de réadmissions en milieu hospitalier.

Du point de vue des professionnels de santé

- L'objectif de la définition d'un « parcours patient » est de permettre de décrire les standards d'une prise en charge efficiente afin d'obtenir des résultats plus satisfaisants pour le patient tout en contrôlant les coûts (limiter la surconsommation en définissant le nombre minimal de consultations/d'examen nécessaires pour parvenir au diagnostic (exemple : demande d'IRM ou scanner circonstancié).
- Le parcours permet d'identifier, ainsi, les acteurs engagés, le moment et le lieu de leur implication, et les prescriptions d'examen complémentaires.
- La réduction des « *pain points* » (des domaines de soins se démarquent négativement dans l'esprit du patient) passe par une meilleure compréhension de ces points. Ceci peut alors aider les différents acteurs à réduire ou à éliminer les événements négatifs.

Du point de vue des financeurs

- **La description d'un « parcours de soins » permet d'établir un « *benchmark* » national et de le comparer aux « *benchmarks* » internationaux. Il s'agit de vérifier que les parcours identifiés contribuent à assurer un niveau élevé de sécurité en toute équité, c'est-à-dire en assurant une accessibilité comparable sur tout le territoire national quelles que soient les ressources financières des personnes. Ce travail de description concourt à identifier les différents obstacles et les solutions déjà existantes ou à programmer des améliorations.**
- Le lien entre l'attractivité des métiers concernés et la pénurie : la gestion intégrée du « parcours de soins » sera déterminante afin d'optimiser nos ressources.
- La coordination/pilotage des « parcours de soins », leur respect et leur efficacité doivent revenir à l'acteur central/pivot, autrement dit aux représentants du secteur hospitalier.

- Le perfectionnement permanent de tout le système de santé et la capacité de recueillir et d'utiliser les données sur le parcours du patient sont vitaux pour développer une culture d'amélioration continue.

De manière générale

De meilleures expériences des patients entraînent, non seulement, moins de réadmissions en milieu hospitalier, moins de problèmes administratifs, mais surtout une meilleure utilisation des ressources et une meilleure orientation à travers le système de santé. Les avantages économiques dépendent du modèle de financement global, mais « faire les choses de manière plus efficiente, efficace et précise conduit à de meilleurs résultats »².

L'impact de la technologie sur la description du « parcours patient »

Si le concept du « parcours patient » est apparu au milieu des années 80, sa description est restée en majeure partie au stade de documents statiques rendant leur exploitation lente et fastidieuse.

Alors que le patient décrit son expérience au fur et à mesure qu'il progresse dans le continuum de soins, son parcours « numérique » commence souvent bien avant qu'il n'arrive chez le médecin. Les patients se renseignent sur les symptômes dans les médias sociaux, dans les communautés en ligne, sur des blogs, des forums et des applications mobiles afin de mieux comprendre le diagnostic de la maladie et, par conséquent, la gérer.

Les points de contact dans le parcours d'un patient ont ainsi augmenté de manière exponentielle et les développements technologiques devront être pris en compte pour la cartographie future des « parcours patient ». Les technologies suivantes seront tout particulièrement pertinentes :

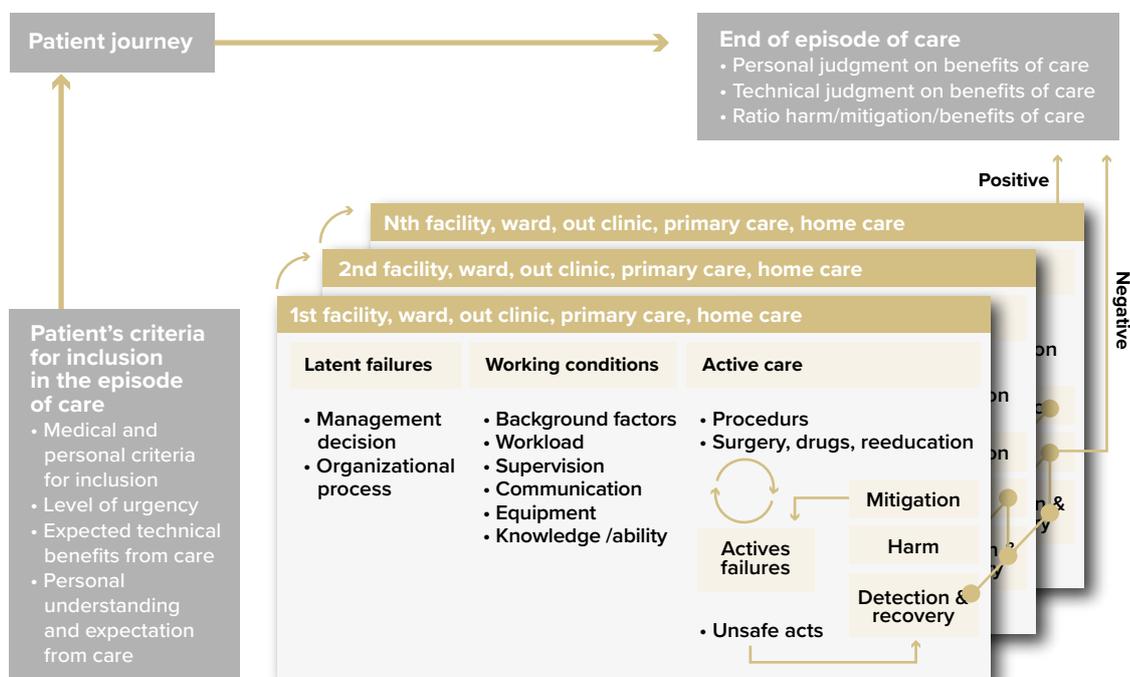
- L'intelligence artificielle (I.A.) rendra les machines encore plus efficaces dans le diagnostic des maladies et des traitements possibles ;
- Les équipements, les capteurs deviendront plus petits, plus efficaces et plus facilement portables ;
- Les données de santé deviendront de plus en plus interopérables (multiplateformes normalisées et réglementées) dans la prochaine génération de systèmes de dossiers de santé électroniques ;
- La télémédecine deviendra davantage courante, permettant la prestation de soins à un coût beaucoup plus bas, tout en augmentant son accès ;
- Les dispositifs portables dans les soins de santé passeront de simples enregistreurs d'activité à des instruments capables de suivre et de diffuser des données en temps réel vers le médecin et dans des dossiers de santé numériques ;
- Les nanobots seront utilisés pour surveiller en permanence notre corps à la recherche de maladies, délivrer des médicaments et transmettre continuellement ces informations au cloud pour une surveillance étroite par le personnel médical ;
- La réalité virtuelle (RV) et la réalité augmentée (RA) en tant qu'outils d'intervention médicale deviendront plus répandues et plus avancées.

2. Cavallo, M (2015, August 15) 3 Reasons Patient Journey Mapping Increases Efficiencies and Outcomes for Providers.

La digitalisation des « parcours de soins » nécessitera une approche adaptée et des techniques appropriées pour la cartographie des « parcours patient » dans le futur.

En effet, cette cartographie des différents parcours exigera un abord homogène et comparable. Au niveau national, ces outils d'approche systématique se devront d'être communs et interoperables.

Ci-après une vue synoptique d'un « parcours patient ». ³



3. Beleffi, E. Mosconi, P. et Sheridan, S. (2021). The Patient Journey

2. Analyse de la situation actuelle

2.1 Situation actuelle – Acteurs, professionnels et structures

Malgré la petite taille du pays, un grand nombre d'acteurs, de professionnels et de structures de santé sont susceptibles d'être impliqués dans le parcours d'un patient au Luxembourg, notamment :

Au niveau étatique

Ministère de la Santé (MISA), Ministère de la Sécurité Sociale (MSS), Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS) ; la Direction de la Santé (DISA), le Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS), la Caisse Nationale de Santé (CNS),...

Au niveau du corps médico-social

Établissements hospitaliers nationaux, centres de référence étrangers, maisons médicales (« MM »), médecins généralistes (« MG ») et médecins spécialistes (« MS ») exerçant en cabinets, service d'Aide Médicale Urgente (« SAMU »), services sociaux, les autres professionnels de santé exerçant en libéral ou dans les structures citées sous « prestataire de services divers » (infirmières, aides-soignants, thérapeutes, diététiciennes...), pharmaciens...

Au niveau des citoyens

Diverses associations de patients, entourage du patient (famille, aidants)...

Au niveau des prestataires de services divers

COPAS, FEDAS, sociétés de distribution de matériel médical, sociétés d'ambulances, laboratoires d'analyses, réseaux d'aides et de soins à domicile « RAS », centres spécialisés (réhabilitation, secteur handicap), centres de jour (personnes âgées, personnes en

situation de handicap, psychiatrie extrahospitalière), structures de long séjour, services sociaux...

2.2 Situation actuelle – Forces et faiblesses

Forces

Les principales forces sur lesquelles le secteur national de santé peut s'appuyer afin de faire évoluer le développement et le déploiement des « parcours patient » sont décrites ci-après :

- La taille du pays, l'accessibilité aux institutions et pouvoirs publics et une relative fluidité entre les acteurs du secteur de la santé permettent de promouvoir des initiatives diverses et le déploiement de concepts innovants.
- L'existence de plusieurs parcours déjà cartographiés au niveau national (CHL, HRS, INC, CSDS...).
- Le Dossier de Soins Partagé (DSP) géré par l'Agence eSanté permet (malgré ses limites actuelles d'utilisation) de regrouper au niveau national les informations de santé du patient.
- Comme relevé dans le livre blanc de la FHL sur la digitalisation, il ressort une forte volonté des instances publiques d'améliorer la digitalisation et la cybersécurité du secteur (p. ex. la Task force lancée par le MISA à ce sujet).
- Les compétences professionnelles multidisciplinaires requises sont présentes aussi bien au niveau des hôpitaux qu'au niveau du secteur extrahospitalier et des instances publiques.
- Une bonne coordination existe entre les Réseaux d'Aides et de Soins (RAS) à domicile et les hôpitaux (par le biais des conventions de collaborations, des infirmiers de liaison, des protocoles partagés, des fiches de transfert...).

Faiblesses

Les principaux freins au développement et au déploiement des « parcours patient » au niveau national sont les suivants :

- Malgré l'existence de parcours déjà établis par certains établissements, aucune réelle politique et approche en matière de développement et de déploiement des « parcours patient » n'a cours. De ce fait, il n'existe ni parcours prioritaires définis, ni outils pour leur cartographie, ni évaluations d'efficacité.
- La petite taille du pays engendre également une faiblesse essentielle : le manque de ressources expertes pour certaines pathologies.
- Certains déficits au niveau de la gouvernance nationale du secteur de la santé freinent la coordination et les décisions de quelques initiatives (dont l'élaboration et le déploiement des « parcours patient ») en matière de santé publique.
- Les incitations économiques limitées pour promouvoir une approche de « *value-based healthcare* » (par opposition à celle d'une « tarification au volume ») dont un pilier essentiel est la mise en place de parcours intégrés.
- Les contraintes légales et technologiques liées à la protection, la sécurisation, la digitalisation et la portabilité des données des soins patients engendrent une insuffisance de numérisation de ces informations. Ces dernières ne sont ni organisées de manière homogène ni collectées en un point unique (malgré l'existence du DSP national) - alors qu'elles sont essentielles pour le fonctionnement d'un « parcours patient ».
- Force est de constater l'absence de prise en charge de certains actes/frais (notamment ceux liés aux soins à domicile : téléconsultation, télé-suivi, accès à des dispositifs médicaux connectés, soins d'hygiène...) particulièrement utiles pour faire vivre les « parcours patient » par la Caisse nationale de Santé (CNS).
- Peu d'organisations patients et de forums citoyens sur les thématiques de la santé se trouvent dans le paysage luxembourgeois alors que des vecteurs

d'échanges structurés entre patients/citoyens avec les professionnels de santé sont nécessaires à l'élaboration, au déploiement et à l'ajustement des « parcours de soins ».

2.3 Situation actuelle – Opportunités et menaces

Opportunités

Le contexte actuel du secteur de la santé recèle diverses opportunités pour le développement et le déploiement d'initiatives en matière de « parcours patient ».

Pour une avancée significative au niveau national dans ce domaine, ce document recommande de les prendre en compte. Les voici décrites ci-après :

- La crise du COVID a contraint les politiques à repenser le système de santé. Elle a permis de faire reconnaître et généraliser des pratiques innovantes (lignes de garde de médecins, mise à disposition de médicaments à usage hospitalier pour les établissements de soins de longue durée, téléconsultations...) et des outils inédits liés aux nouvelles technologies. En effet, les différents acteurs du secteur et les citoyens sont plus ouverts à adopter divers concepts novateurs visant à améliorer l'efficacité et l'efficacité de la dispense de soins.
- Ce changement d'état d'esprit, couplé aux contraintes économiques grandissantes (contraintes budgétaires absolues, prévention de la surconsommation en matière de santé...) et aux souhaits des citoyens de mieux comprendre et gérer leurs alternatives en matière de santé, représente non seulement une opportunité, mais aussi une nécessité de faire évoluer notre système de santé d'une approche de « paiement contre un service » à une approche centrée sur les résultats escomptés. Et ce, en impliquant l'ensemble des parties prenantes, y compris le patient « partenaire » et le citoyen.

- L'émergence d'un nombre grandissant d'outils basés sur l'intelligence artificielle en santé reflète une réelle occasion d'améliorer et d'accélérer le déploiement de « parcours patient » (p. ex. les applications permettant l'identification de symptômes pour une première évaluation et un pré-diagnostic afin de guider le patient dans son parcours).
- Dans ce contexte, la promotion des startups par les instances politiques fournit un terroir propice pour les initiatives numériques en matière de santé et notamment pour le volet digitalisation (dans le sens le plus large du terme) du « parcours patient ».
- L'émergence et la prise en charge par la CNS de nouveaux métiers essentiels pour faciliter l'organisation et le pilotage des parcours (case manager, coordinateur de parcours, infirmiers de liaison...) s'accélèrent.
- La volonté des autorités de privilégier les initiatives en matière de « virage ambulatoire » est une incitation supplémentaire à optimiser et à sécuriser les « parcours patient ».
- L'Observatoire national de la santé, créé récemment et dont les attributions sont « de guider les décisions et les politiques de santé, d'en évaluer l'impact en mettant en réseau les données pertinentes », pourra être un important ambassadeur de la promotion des « parcours patient ».
- « La journée nationale du patient partenaire », les associations de patients sont d'autres promoteurs potentiels.

Menaces (freins à la généralisation des « parcours patient »)

L'encadrement et la systématisation du développement et du déploiement des « parcours patient » étant à un stade encore peu avancé au niveau national, nous ne pouvons pas parler de menaces en tant que telles. Sous le présent chapitre, ce document identifie de préférence les éléments pouvant constituer des freins et/ou des risques (sans être des faiblesses pour l'instant) à la généralisation des pratiques en la matière.

Ces principaux obstacles et les solutions pour les surmonter sont abordés ci-après.

- La digitalisation des parcours comporte le risque de générer un sentiment (ou même une réalité) d'éloignement, d'isolement et de déshumanisation pour certaines catégories de patients. Des accompagnements ciblés devront donc être envisagés pour celles-ci (âges, handicaps, groupes socio-économiques...).
- La résistance au changement devra être surmontée par des campagnes de sensibilisation et de communication adéquates.
- Les conflits d'intérêts entre les pratiques de paiement à l'acte versus paiement en fonction des résultats et de la satisfaction des patients requerront des changements du modèle de financement du système et de rémunération des professionnels pour les aplanir.
- La standardisation des filières de soins qui doit viser une homogénéisation et une complémentarité des outils devra veiller à ne pas perdre de vue la médecine « personnalisée » le « patient empowerment », les maladies rares et l'importance du libre choix de son médecin.
- La disponibilité de la médecine de ville est un élément primordial pour le parcours du patient. Or, l'évolution de la démographie médicale risque d'avoir un impact négatif sur la coordination du « parcours patient ».
- Même si nous avons relevé sous le chapitre « Opportunités » le développement et le financement de nouveaux métiers requis pour la coordination du parcours de soins, il est important de réfléchir à leur pérennisation. Actuellement, par exemple, le financement des soins infirmiers à l'acte ne permet ni de financer le volet du rôle propre de l'infirmier ni les soins infirmiers « spécialisés » au sein du secteur extrahospitalier.
- L'absence d'intégration adéquate des services du secteur extrahospitalier dans la carte sanitaire pourrait causer une certaine redondance dans les services déployés à la population.

3. Vision FHL 2030

Un nombre important de parcours de soins sont déployés, répondant à l'évolution impérative du modèle de soins dans un contexte marqué notamment par la prévalence accrue des maladies chroniques, le vieillissement de la population et les contraintes budgétaires. Ces parcours s'appuient sur un ensemble de dispositifs de coordination et d'intégration des structures et acteurs du pays. Les parcours en place s'adressent à des pathologies spécifiques (cancer, diabète, obésité...) ou bien à des populations particulières (personnes fragiles : âgées, handicapées...) ou encore à un épisode de la vie du citoyen (facilitation du retour à domicile après accouchement, après intervention chirurgicale...).

Le déploiement du DSP national, la transformation digitale, l'accès aisé aux données ainsi que de nouveaux modes de rémunération ont conduit à l'application généralisée des parcours. Par conséquent, de nouvelles compétences professionnelles et de nouveaux métiers ont émergé, tels que les « *case manager* » et les infirmiers de pratiques avancées.

Les différents acteurs du système peuvent ainsi se concentrer sur leur cœur de métier ; les soins et interventions sont délivrés de façon appropriée et « pertinente », et sont gages aussi bien d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, que d'efficacité, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins - contribuant ainsi à l'évolution du système de santé vers une logique de création de valeur (angl. *value-based healthcare*) et de mesure de résultat pour le patient.

4. Recommandations et plan d'action

Les recommandations suivantes sont, de l'avis de la FHL, fondamentales pour la généralisation coordonnée et réussie du développement et du déploiement des « parcours patient » au niveau national.

1. **Élaborer et déployer une gouvernance nationale pour favoriser les initiatives transverses en matière de santé**

Les éléments suivants nous paraissent fondamentaux pour favoriser et accélérer les initiatives transverses telles que celles relatives au « parcours patient » :

- Renforcement du rôle du Conseil scientifique du domaine de la santé : EBM/indicateurs/*Benchmark* international/recommandations (ex : HAS/KCE,...) ;
- Mise à disposition d'un DSP national centralisant les données médicales et de soins du patient sur une base numérique exploitable : le partage des données est un élément central au déploiement des parcours (cf. livre blanc DPI) ;
- Création d'un comité de pilotage et d'évaluation (ex : représentant CNS/membre du CSDS/membre de l'observatoire de la Santé/membre de la société savante nationale concernée, membre des associations de patients...).

2. **Adopter une approche et des outils pour la cartographie des « parcours patient »**

L'élaboration et la généralisation des « parcours patient » devront faire partie d'une philosophie des soins de santé. Selon un consensus, une cartographie des processus à couvrir sera à définir. De plus, il demeure capital d'identifier et de déployer un outil digital commun de cartographie pour les différents acteurs au Luxembourg afin de faciliter la participation des parties prenantes, la publication et l'évaluation.

Capitaliser sur les nouvelles technologies

Les recommandations du livre blanc de la FHL sur la transformation digitale du secteur hospitalier luxembourgeois sont pertinentes pour l'élaboration, le déploiement et la généralisation des parcours de soins ; en particulier concernant l'interopérabilité et l'accessibilité des outils, la disponibilité des informations numérisées et une centralisation de celles-ci via le DSP national.

3

Définir des critères pour la priorisation des « parcours patient » à cartographier

Le Conseil scientifique de la santé définirait la priorisation des parcours sur base des données épidémiologiques, financières, notamment, et/ou des impératifs d'actualité et selon les pathologies et classes de patients.

Le Conseil scientifique établira une liste des parcours prioritaires, et donc des premières actions à mettre en œuvre, puis les actions requises pour leur déploiement effectif et leur mise à jour régulière.

Dans ce cadre, nous recommandons les actions suivantes :

- Utiliser et faire vivre l'existant – divers parcours de soins ont déjà été cartographiés (diabète, cancer, obésité) ;
- Cibler les pathologies chroniques, les populations fragiles ou vulnérables (personnes âgées, handicapées...), les épisodes spécifiques de parcours de vie (naissance, intervention chirurgicale,...).

4

Adapter le système de rémunération des professionnels de santé

Pour l'adoption généralisée des parcours de soins, un des leviers cruciaux est la rémunération des professionnels de santé concernés. En effet, la mise en place d'une rémunération à la performance et à la qualité avec des incitatifs s'avère capitale pour l'intégration et la coordination des parcours ; par exemple, en instituant un système de « paiement par capitation » où le coordinateur du parcours est rémunéré sur base du respect du parcours applicable.

Par ailleurs, ce système de rémunération sous-entend également des financements adéquats pour les métiers essentiels dans la gestion des parcours, tels que les « *case managers* ».

5

Attirer et pérenniser les métiers essentiels au déploiement des parcours

Pour le développement et la coordination des « parcours patient », seront à identifier : premièrement, les métiers à développer/à pérenniser, tels que les « *case managers* » essentiels au développement et à la coordination des « parcours patient » et, deuxièmement, les besoins et les modes de financement avec la CNS.

Déployer une stratégie de communication et d'accompagnement pour l'implication des acteurs

Le déploiement et la généralisation des parcours de soins nécessiteront un accompagnement pertinent pour développer une culture de « patient-partenaire » et de famille-partenaire, et promouvoir les changements d'attitudes indispensables des acteurs du système.

Nous recommandons ainsi que soit élaborée, en amont, une campagne de communication et d'accompagnement pour la coordination et l'implication réussie des différents acteurs du secteur cités précédemment dans ce papier. L'approche adoptée par la France, telle que documentée dans un rapport émis par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Public (EHESP) en 2021 serait une source d'inspiration appropriée⁴ ; la participation des organisations de patients et l'intégration d'initiatives comme « La journée du patient » lancée en décembre 2022 par la FHL étant particulièrement pertinentes dans un tel programme.



4. Calvez, C. (2021, novembre). Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination. Dossier documentaire, – EHESEP.

5. Conclusion

Si la cartographie des « parcours patient » apparaît comme un exercice fastidieux, elle n'en demeure pas moins essentielle pour l'évolution de notre système national de santé.

Aujourd'hui, celui-ci fonctionne selon un concept de gestion de la maladie (avec une rémunération des professionnels de santé essentiellement à l'acte) plutôt que de promotion de la santé. Demain, notre système de santé se devra d'œuvrer selon un concept élargi autour de celui de « *value-based healthcare* » ; il rétribuera, donc, le personnel de santé en fonction des résultats pour les patients et de leur satisfaction.

Les « parcours patient » sont incontournables pour atteindre cette vision, car elles permettent de prescrire des soins de manière plus efficiente, efficace, précise, sécurisée et équitable pour de meilleurs résultats pour toutes les parties concernées. Elles améliorent, ainsi de manière significative l'expérience du patient et l'utilisation des ressources durant son parcours.

Ce livre blanc recommande, par conséquent, le développement d'une approche nationale structurée et concertée afin de systématiser l'élaboration et le déploiement des « parcours patient » identifiés comme prioritaires à travers les initiatives citées précédemment.





3

Transformation digitale du secteur hospitalier luxembourgeois

- Introduction et executive summary | 42
- Situation actuelle | 43
 - Ecosystème digital du secteur de la santé luxembourgeois | 43
 - Le contexte de la transformation digitale du secteur | 47
 - Les différents niveaux et aspects de la « Digitalisation » | 48
- Vision 2030 | 53
- Recommandations et plan d'action | 54
- Conclusion | 61

1. Introduction et executive summary

Introduction

Ce livre blanc s'efforce de résumer les enjeux de la digitalisation du secteur hospitalier du Luxembourg à travers le prisme des membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL). Pour autant, cette approche est située dans le cadre de l'écosystème global du secteur de la santé du pays avec pour préoccupation ultime l'amélioration de l'expérience du patient-partenaire.

Executive summary

En raison de la législation, des contraintes budgétaires et des évolutions technologiques, le secteur de la santé se transforme à un rythme accéléré. En effet, nous assistons à une explosion d'innovations dans de multiples disciplines, notamment la génomique, la biotechnologie, la robotique, les soins à distance et connectés, l'internet des objets ou Ido (IoT en anglais), ainsi qu'à l'intégration et à l'exploitation des données cliniques.

Dans le même temps, force est de constater que les augmentations de coûts ne sont pas soutenables. En outre, toutes les parties prenantes (gouvernement, professionnels de la santé, patients...) exigent que plus d'accent soit mis sur la qualité et la « valeur » des prestations de santé en particulier du point de vue des patients, ce qui appelle une nouvelle définition de la notion « valeur ». Pour atteindre cet objectif, la digitalisation du secteur est donc essentielle à plusieurs titres :

- Alléger la charge de travail administratif afin d'augmenter le « temps patient » des professionnels de santé ;
- Augmenter la qualité d'un codage structuré et nationalement harmonisé afin de permettre une véritable transformation digitale du secteur. Cela passe par une mise à disposition facilitée des données médicales essentielles des patients aux acteurs concernés (durant son parcours, au niveau de la recherche, etc.), une convivialité améliorée et des services digitaux pour ces derniers (p. ex. pour la prise de rendez-vous IRM au niveau national) ;
- Sécuriser les informations et infrastructures hospitalières contre les actes de piratage grandissants (cf. les nombreux cas à l'étranger ces derniers mois).

À la suite du déploiement d'une gouvernance nationale cohérente et transparente concernant la digitalisation du secteur, à l'amélioration (significative) du financement des effectifs et des outils informatiques, à un encodage et un traitement des données standardisés, la vision 2030 de la FHL en matière de transformation digitale soulève le constat suivant : les établissements hospitaliers du pays auront réussi une partie significative de leur transformation digitale.

Le Luxembourg peut, dès lors, passer d'une approche basée sur la gestion de la maladie à celle de la promotion du bien-être et à un système axé sur la valeur (approche de « *value-based healthcare*¹ »). Pour réaliser cette vision ambitieuse, la FHL recommande diverses actions et initiatives résumées comme suit :

- L'élaboration et le déploiement d'une gouvernance nationale forte et un cadre législatif adéquats, par la prise en compte des besoins et des contraintes des médecins et des soignants pour la transformation digitale du secteur avec une définition claire des rôles et responsabilités des différents acteurs ;
- L'inclusion dans cet exercice des acteurs pertinents pour profiter des multiples compétences et

réussites déjà existantes avec la FHL jouant le rôle de représentant de la médecine hospitalière ;

- L'amélioration du financement des ressources humaines et des outils informatiques des établissements hospitaliers afin d'accélérer l'informatisation du secteur ;
- L'adoption d'une approche standardisée et holistique pour la collecte et la gestion des données ;
- Le déploiement de solutions pertinentes en matière de Dossier Partagé Informatisé (DPI) et de *Health Information Systems* (HIS).

2. Situation actuelle

2.1 Écosystème digital du secteur de la santé luxembourgeois

Forces

Existence de plateformes digitales fonctionnelles

Les établissements de santé luxembourgeois ont réussi, au fil des années, à développer diverses solutions et plateformes digitales à travers la collaboration des établissements via la FHL et LuxITH - et ce, malgré une absence de coordination et de gouvernance nationale cohérente (cf. chapitre « faiblesses »). Ces solutions et plateformes sont certes fragmentées et insuffisamment connectées et mutualisées, mais elles démontrent la dynamique et le savoir-faire des acteurs du secteur.

Les établissements hospitaliers sont également, via LuxITH, arrivés à s'entendre sur une plateforme d'échange d'information unique se basant sur des standards du secteur au niveau international (Mirth, HL7, ...). Toutefois, quelques projets complexes, telle que l'implémentation de Microsoft 365 au niveau du secteur, ne progressent pas en raison, d'une part, de l'insuffisance des effectifs et outils à disposition des établissements hospitaliers et, d'autre part, du cadre réglementaire inadapté dans certains domaines.

Existence du Dossier de Soins Partagé (DSP)

L'Agence eSanté (AeS) a mis en place un DSP qui devrait permettre, à terme, de centraliser les informations essentielles de santé d'un patient en un endroit unique. Si l'AeS répond insuffisamment aux défis de la digitalisation², elle représente néanmoins un atout pour le secteur. Voire, elle représente une force pour

1. Voir définition et références.

2. Non pas à cause de sa philosophie ou de ses solutions techniques, mais par le manque de données structurées et exploitables qu'elle contient – celles-ci étant essentiellement sous forme de « PDFs » rendant leur consultation par les professionnels de santé laborieux (ce qui explique en partie leur réticence pour l'utilisation du système).

le pays en passant par une gouvernance globale cohérente du secteur et une concertation (plus) étroite avec les professionnels de santé (dont les établissements hospitaliers) dans les décisions stratégiques pour son évolution.

Initiatives et volonté des autorités pour investir dans la transformation digitale

Au fil des années, les autorités du pays ont démontré une volonté d'investir dans l'amélioration de l'infrastructure digitale du secteur. Cependant, peu de résultats probants en ressortent du fait, en majorité, de l'absence d'une gouvernance centrale et cohérente, ainsi que d'une concertation insuffisante avec les professionnels du secteur quant au ciblage de leurs besoins spécifiques.

Faiblesses

Fragmentation des acteurs du secteur et absence de gouvernance globale

Les acteurs impliqués dans l'informatisation et la digitalisation des secteurs hospitaliers et de la santé sont multiples avec des rôles et des responsabilités qui se chevauchent et/ou ne sont pas suffisamment clairs. Ces principaux acteurs sont : Le Ministère de la Santé (MISA), la Direction de la Santé (DISA), la Caisse nationale de santé (CNS), l'Agence eSanté (AeS), les établissements hospitaliers, la FHL, LuxITH, la Task force digitale intergouvernementale et la Task force dédiée au secteur de la santé.

S'y ajoutent d'autres intervenants du domaine informatique pur, de la sécurité, etc., tels que INCERT

GIE (mandaté pour le volet cyber sécurité du secteur hospitalier, notamment « SOC »), le Centre des technologies de l'information de l'état (CTIE) ainsi que différents intervenants spécifiques, comme Le Haut-Commissariat à la protection nationale (HCPN) ou bien l'Institut luxembourgeois de régularisation (ILR - pour les établissements OSE) ou encore la Commission nationale de la protection des données (CNPD).

Ces multiples interlocuteurs agissent sans une gouvernance de fond cohérente et globale. Ce qui conduit à la duplication inutile d'initiatives et d'investissements en ressources (RH, matériel, consultance...). Aucun « leader » responsable de la coordination n'est identifié ni pour élaborer et déployer de façon coordonnée une vision globale de la digitalisation du secteur (de la santé en générale et du secteur en particulier) ni pour coordonner les différentes initiatives convenues avec une définition des rôles et des responsabilités des nombreux intervenants concernés.

Diversité des solutions en matière de DPI³ et de HIS⁴

Au fil des années, les établissements hospitaliers du pays ont adopté des approches et des solutions diverses et indépendantes pour leurs DPI et leurs HIS avec peu de concertation mutuelle. Par conséquent, les résultats aujourd'hui sont : i) des dossiers informatisés de patients au Luxembourg indépendants et logés dans différentes structures hospitalières et extra hospitalières (une unification manifeste se met graduellement en place dans le cadre du DSP de l'AeS) ; et ii) des solutions en matière de HIS à améliorer de

3. Un DPI (Dossier Patient Informatisé) contient les données administratives médicales et de soins du patient et offre un grand nombre de fonctionnalités autour de l'alimentation et la consultation de celles-ci par les administratifs, les soignants et les médecins.

4. Un HIS (Health Information System) fait référence à un système conçu pour gérer les données de santé. Cela comprend les systèmes qui recueillent, stockent, gèrent et transmettent le DPI d'un patient et la gestion opérationnelle d'un hôpital. Ils peuvent être utilisés par tout le monde dans les soins de santé, des patients aux cliniciens en passant par les responsables de la santé publique. Ils recueillent des données et les compilent de façon à les utiliser pour prendre des décisions en matière de soins de santé. Le sujet d'un DPI national est souvent confondu avec celui d'un HIS national – donc la mise en place d'un système d'information hospitalière unique. Les HIS sont spécifiques aux besoins des Hôpitaux et couvrent bien plus de besoins que les DPIs. Ils sont d'autant plus complexes et basés sur mesure des processus et cultures différentes des différents hôpitaux – représentant un sujet plus vaste que la mise en commun des données.

façon notable (pour certains établissements spécialisés les solutions sont même très inadéquates).

Insuffisance d'intégration des professionnels du secteur dans les décisions et initiatives stratégiques

Les professionnels du secteur (le corps médical, souvent indépendant, et les équipes de soins) sont les mieux informés des besoins du métier et des patients. Ainsi, il est primordial de les intégrer dans un environnement avec des règles et des éléments susceptibles de les inciter à participer aux efforts digitaux majeurs (outils, encodage, etc.).

Dans le cas contraire, les professionnels risquent de ne pas soutenir ces initiatives. (Les sujets de la gestion du changement et des « incentives » nécessaires pour convaincre et motiver les professionnels du secteur de s'impliquer pleinement dans les initiatives de digitalisation sont adressés dans le livre blanc de la FHL sur la médecine hospitalière.)

Sous-dotation de ressources humaines et financières

Force est de constater des déficits avérés en matière de financement aussi bien au niveau des ressources humaines (voir étude du cabinet de conseil « EY » de la CNS en 2020/2021) que des outils dans l'informatique des établissements hospitaliers du pays.

La surpondération des spécificités luxembourgeoises dans les solutions déployées

L'existence de différences organisationnelles, culturelles et transculturelles (p. ex. Europe et USA) dans la définition des besoins de planification et d'outils des établissements hospitaliers est indéniable. Si l'Europe connaît aussi cette disparité, le Luxembourg se singularise d'autant plus par son système de santé et la provenance éparse de sa population (Grande Région).

En effet, le pays s'est souvent inspiré de façon ciblée chez ses pays voisins en reprenant des éléments législatifs et organisationnels pertinents et variés. Cela représente, certes, plusieurs avantages dans certains domaines, mais aussi un obstacle à la digitalisation. En faisant du « *pick & mix* », nous nous privons, en général, de la possibilité de nous procurer des solutions digitales « *out-of-the-box* » disponibles chez nos voisins. Un éditeur ne saurait être intéressé par le développement d'une solution sur mesure et de la commercialiser hors du pays au vu de la taille de celui-ci.

Il conviendrait, dans le futur, d'adopter des nomenclatures/cadres légaux, etc. internationaux holistiques sans y ajouter des « particularités luxembourgeoises » significatives. En effet, ceci rend complexes et irréalistes les solutions de digitalisation envisageables.

Opportunités et menaces

Le contexte global du secteur (cf. partie « forces et faiblesses ») offre diverses opportunités à exploiter pour une évolution rapide de la transformation digitale du secteur.

Pour ces dernières, citons par exemple : la volonté des établissements de mutualiser leurs efforts et leurs compétences pour le développement de la transformation digitale, le potentiel d'évolution du DSP de l'AeS, ainsi que la volonté de déploiement de la digitalisation du secteur par les autorités.

Pour autant, dressons également la liste des menaces qui pèsent sur celles-ci : un échec potentiel du déploiement des projets par manque de gouvernance ou de cadre législatif adéquat, une absence d'adhésion des médecins (notamment les résistances à adopter les classifications retenues jugées éloignées de la pratique médicale), une absence d'acceptation des processus hardcodés dans les logiciels implémentés (ce qui engendrerait des demandes de modifications « sur mesure » qui, si elles sont réalisées par l'éditeur, auraient par la suite un effet néfaste sur les migrations de version). Ces deux aspects se retrouvent directement ou indirectement sous l'inventaire des « faiblesses ».

Sous ce chapitre, nous abordons la menace grandissante de la cybercriminalité (comme nous l'a démontré encore récemment l'attaque contre le Centre hospitalier de Corbeil-Essonnes⁵). Selon une étude RBC Capital Markets, d'ici 2025, le tiers des données produites chaque année seront médicales – cette masse augmentant de 36 % contre 6 % dans l'industrie, 10 % dans le domaine financier ou 11 % pour les médias et le loisir. Selon le leader israélien de la cybersécurité, CheckPoint, le secteur de la santé a subi 830 cyberattaques par semaine en 2021 (augmentation de 71 %), au point qu'il est devenu le plus ciblé par les pirates devant le secteur public, les banques et l'industrie

manufacturière. « L'IoT est facile à hacker et difficile à « patcher » » affirme encore l'entreprise, qui relève « qu'on peut accéder à ces objets de n'importe où, qu'ils ont des mots de passe faibles, qu'ils n'ont pas été construits avec des impératifs de sécurité, qu'ils ne sont plus opérés avec des outils modernes et qu'ils ne sont même parfois plus opérés du tout⁶ ».

Les menaces et faiblesses en matière de cybersécurité sont bien connues et définies dans des lignes directrices, des recommandations et des normes européennes. L'évolution du travail à domicile par le personnel administratif durant les périodes de pandémie accentuant les sources/causes des risques comme le relève le document de Hitachi Vantara *Transform Healthcare – A data-driven strategy for digital transformation* que nous citons ci-après.

- **Les établissements de santé sont confrontés au défi de la transition vers des hôpitaux connectés** dans lesquels les systèmes d'information, les équipements, les installations et les applications interagissent directement avec les utilisateurs, ce qui n'est pas sans risque.
- **Les données des patients n'ont pas de date d'expiration.** Contrairement à une carte bancaire qui peut être bloquée en cas de vol, les données personnelles des patients (numéros d'assurance, carte d'identité, résultats médicaux) peuvent être diffusées en pareille circonstance.
- **Pénurie de personnel dans les services informatiques.** Plusieurs études démontrent le manque de spécialistes en informatique et en cybersécurité dans les hôpitaux. Par ailleurs, elles montrent aussi que le personnel hospitalier a de manière générale un niveau insuffisant de sensibilisation aux technologies de l'information.
- **Matériel et logiciels potentiellement accessibles.** Les hôpitaux sont des bâtiments ouverts dont l'accès n'est pas toujours strictement réglementé.
- **Inadéquation des investissements.** Les hôpitaux doivent investir de manière conséquente pour

5. Selon le site spécialisé Zataz, les hackers Lockbit 3.0 ont diffusé le 25/9-2022 plus de 11 Go de contenus sensibles.

6. Paperjam du 23/9/2022

suivre le rythme de la numérisation et de la digitalisation. Beaucoup d'entre eux, en particulier les établissements de petite taille, n'ont pas les fonds nécessaires pour déployer les mesures de sécurité informatique requises en parallèle.

- **Risques de technologie obsolète et manque de mises à jour.** Les systèmes d'exploitation, dont la prise en charge a été interrompue, sont toujours utilisés dans certains domaines et représentent une passerelle pour les logiciels malveillants. En outre, dans de nombreuses institutions, il existe des développements internes sans protocoles ni contrôles stricts.

Pour toutes ces raisons, il demeure impératif de prendre en compte cette menace réelle. Menace qui aurait des conséquences significatives non seulement pour les établissements victimes mais aussi pour le secteur de manière générale.

2.2 Le contexte de la transformation digitale du secteur

Le secteur de la santé du pays, comme beaucoup d'autres, subit d'importantes pressions issues des contraintes budgétaires, du vieillissement de la population, de l'incidence accrue des maladies chroniques, de la pénurie de ressources qualifiées et de citoyens de mieux en mieux informés et exigeants en matière de soins.

Ces derniers demandent de plus en plus aux prestataires de soins de leur mettre à disposition des « solutions » électroniques. Cependant le plus souvent, celles-ci sont peu disponibles. En effet, la digitalisation du secteur a pris du retard comparé à d'autres secteurs et ce pour plusieurs raisons, comme un sous-investissement dans les technologies de l'information.

Bien que la saisie des données dans des environnements numériques grandisse, la normalisation de celles-ci et l'interopérabilité des systèmes n'ont pas suivi de manière conséquente. Ajoutons la présence d'obstacles à l'accès et au partage des données, tels que la cybersécurité, les règlements sur la protection de la vie privée et la sensibilité des données⁷.

Toutefois, divers facteurs de recherche indiquent clairement que la gestion structurée et intelligente des données de qualité, l'intelligence artificielle, ainsi que l'extension des réseaux de télésanté, amélioreront la qualité des soins, la gestion des ressources et la pérennité du système de santé⁸. Ce qui requiert l'adoption de technologies et outils adaptés reposant sur les capteurs et l'IoT, l'IA, l'analyse de données, la blockchain, la robotique... De nombreux défis sont posés par la numérisation et le rôle croissant de l'uti-

7. *World Economic Four white paper on the digital transformation of the healthcare industry*

8. *From big data to smart health: putting data to work for the public's health - Portuguese National Health Service*

lisation des données afin de prendre en compte les tendances fondamentales identifiées dans diverses études pertinentes qui toutes requièrent un focus croissant sur la transformation digitale⁹ :

- **Évoluer vers un système centré sur le patient**¹⁰ – passant d'un système de gestion de la maladie à une approche basée sur le bien-être et la prévention ; la technologie jouant un rôle majeur en permettant et en encourageant les consommateurs à prendre en charge leur propre santé.
- **Mettre en place des parcours de soins personnalisés**¹¹ – Les interventions et les traitements de demain évoluant vers plus de personnalisation et de précision tout en étant moins invasifs et moins chers.
- **Bâtir un système de santé résilient**¹². – La personnalisation des parcours de soins au sein d'un système de santé complexe où de multiples acteurs et parties prenantes interagissent en flux continu, requiert l'évolution technologique des hôpitaux pour garantir sa résilience en solutionnant notamment les déficits en nombre et en compétences des effectifs spécialisés.
- **Un focus grandissant sur la valeur ajoutée**¹³ – L'escalade des coûts dans le traitement des maladies chroniques demande l'évolution du système de santé d'une approche basée sur le volume (« *fee-for-service* ») prévalant depuis des décennies, à une approche davantage axée sur la qualité et « *l'outcome* » (PROMS/PREMS).

2.3 Les différents niveaux et aspects de la « digitalisation »

Périmètre et objectifs de la digitalisation dans le secteur hospitalier

Le but de la digitalisation est d'apporter une optimisation et une amélioration de l'expérience patient, tributaire d'un écosystème digital efficace, où toutes les parties s'impliquent pour un objectif commun. Le périmètre de la digitalisation est donc très large et inclut le citoyen/patient lui-même et les différents acteurs du monde de la santé.

Prenons quelques exemples :

- En effectuant un « scan » de documents patients ou bien en rentrant directement des données dans un formulaire électronique, est née la version primaire d'un DPI. Les avantages sur l'accessibilité, le partage et le backup des dossiers sont flagrants. Il en va de même de l'imagerie pour le partage interne des photos digitales jusqu'au partage avec le patient (p. ex. via CD/USB-Stick)
- La téléconsultation et la télésurveillance amènent aussi leur plus-value en supprimant (partiellement) le besoin d'une présence physique sur un même lieu pour le patient et son professionnel de la santé.

9. En plus de ceux cités expressément dans ce document, nous mentionnerons les études suivantes : « DELOITTE (2021). *A journey towards smart health - The impact of digitalization on patient experience*; KPMG (2021). *Accenture Health and Life Sciences - Experience Survey-US findings*; "Healthcare CEO Future Pulse"; "Kodak alaris - Supporting Healthcare's Digital Transformation Ambitions: Strategy, Implementation and Best Practices"

10. Luxinnovation (2021) - DIGITALISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ - ANALYSE DE MARCHÉ

11. Ibid.

12. Ibid.

13. Hitachi Vantara. *Transform Healthcare - A data-driven strategy for digital transformation*.

Cependant, il ne s'agit pas de la digitalisation *stricto sensu*, mais d'informatisation ou de numérisation – nous passons de l'analogique au digital. La digitalisation est effective quand des données structurées rendent possibles des interactions complexes et créent de la valeur pour tous les acteurs. L'informatisation/la numérisation est davantage liée à la technique (l'objet même) et le digital à la pratique (l'expérience) qu'en a l'utilisateur et la plus-value qu'il en retire. Suivent quelques exemples de la plus-value (significative) de la digitalisation aux plus hauts niveaux :

- La prescription digitale (structurée) de médicaments peut vérifier, sur base du catalogue des substances actives de ces dernières, des alertes sur des interactions indésirables (voire le contrôle des substances actives par rapport aux allergies d'un patient, documentées, elles-mêmes et configurées dans son dossier) ;
- La digitalisation du circuit de médicaments garantit une haute sécurité pour les patients (notamment en évitant des erreurs d'identitovigilance et en permettant le travail en équipe entre médecins, pharmaciens et soignants) ;
- Les données structurées de la pratique médicale peuvent être réutilisées pour la recherche clinique afin d'identifier des meilleures pratiques pour l'amélioration des traitements futurs ;
- Le flux digital de l'admission et de la prise de rendez-vous facilite l'accessibilité pour le patient et libère les professionnels pour les tâches à plus haute valeur ajoutée et nécessitant l'intervention de l'humain ;
- Les patients attendent que tous les acteurs de son parcours (intra-, inter- et extrahospitalier) partagent, de manière fluide et sécurisée, les informations pertinentes (comptes rendus ambulatoires et hospitaliers, bilan laboratoires et radiologiques, données transversales comme les antécédents, les allergies, le traitement) afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de leurs parcours de soins.

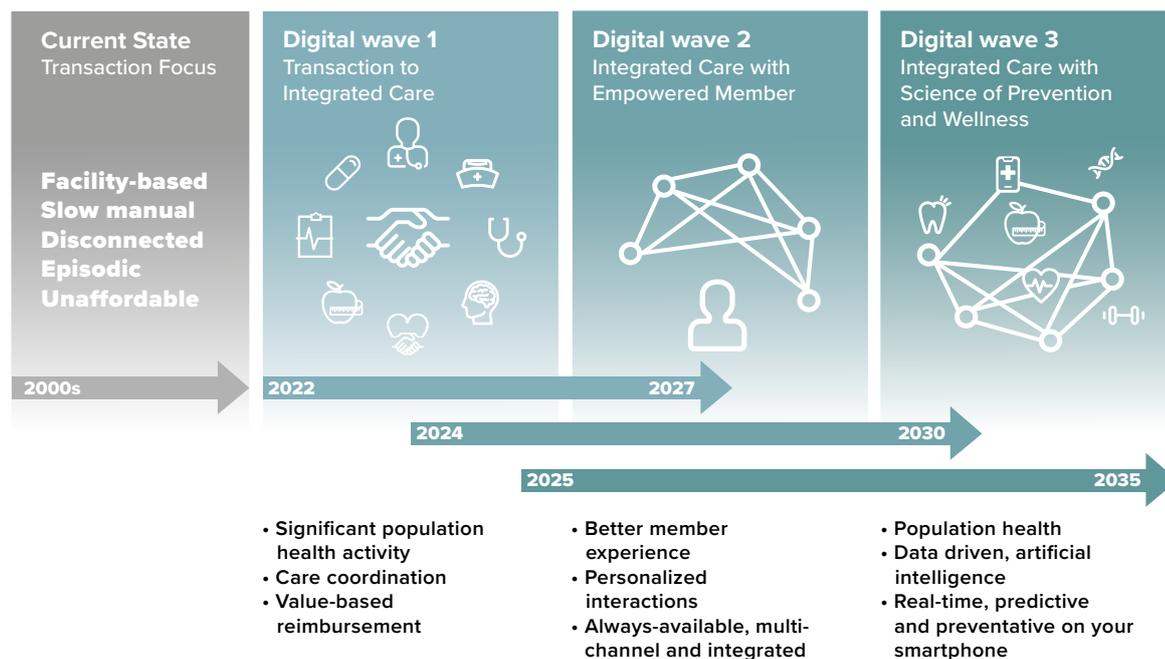
Les paliers de la transformation digitale dans le secteur de la santé

Comme nous l'avons relevé dans les parties précédentes, la digitalisation des dossiers de santé et des données cliniques, l'utilisation (croissante) des objets portables et connectés et les IoT contribuent à un véritable flux de données. L'évolution des technologies transforme celles-ci en données structurées et partagées afin d'améliorer l'expérience du patient ainsi que l'efficacité du système hospitalier.

Pour cela, s'impose la nécessité d'intégrer des sources multiples qui incluent les données de santé des patients, les rapports cliniques, les historiques des patients, etc. et de s'assurer de l'interopérabilité des systèmes, de la disponibilité de stratégies et des outils analytiques de données performants.

Les différents paliers d'évolutions de la transformation digitale du secteur peuvent être schématisés comme suit¹⁴ (les dates du document de Hitachi Vantara ont été adaptées au contexte luxembourgeois) :

Paliers d'évolutions de la transformation digitale :



14. Hitachi Vantara. *Transform Healthcare - A data-driven strategy for digital transformation.*

Pour atteindre le niveau ultime de la transformation digitale, le Luxembourg se doit d'adopter une perspective nationale pour le secteur de la santé – sa taille et son contexte culturel et géographique particulier ne lui permettent pas de suivre l'approche fragmentée suivie par le passé. Dès lors, les impératifs à adresser dans ce cadre sont les suivants :

- Regrouper les documents de l'imagerie issus de différentes institutions (sous condition d'une nomenclature nationale commune) dans une base de données commune pour un partage de ces informations vitales au-delà d'une institution spécifique (cf. projet ANIM de LUXITH) ;
- Consolider les données de soins (CR opératoire, lettre de sortie...) dans le DSP de l'AeS sur base d'une nomenclature nationale commune et les mettre à disposition de chaque professionnel de santé traitant le patient ;
- Regrouper les prescriptions digitales dans une base de données unique afin de permettre aux professionnels de santé d'avoir une vue quasi exhaustive sur les médicaments du patient (ceci représentant une vraie valeur ajoutée pour les médecins et les pharmaciens) – idem pour les résultats structurés des analyses des laboratoires ;
- Développer un portail national comme porte d'entrée unique pour les citoyens pour la prise de rendez-vous par exemple en imagerie (radio, IRM), selon leurs besoins et les disponibilités de toutes les institutions offrant ces services ;
- Digitaliser les flux liés aux ordonnances médicales et aux factures (du tiers payant).

Pour arriver à ce stade de digitalisation, il va de soi que l'informatisation tout comme les données structurées et standardisées au niveau national (gouvernance et processus) sont des conditions *sine qua non*. Ceci requiert une analyse exhaustive de l'écosystème digital national du secteur de la santé et une révision fondamentale des rôles et responsabilités des différents acteurs du secteur. Le but étant d'installer une gouvernance robuste et transparente qui vise à établir un vrai leadership en matière de la transformation digitale du secteur.

La numérisation des parcours de soins et la digitalisation des « parcours patient »¹⁵

La digitalisation du parcours de soins concerne le processus/la numérisation du parcours alors que le « parcours patient » cible son expérience au fur et à mesure qu'il progresse dans le continuum de soins pour une maladie ou une affection spécifique. Le concept des PROMS/PREMS permet de tracer et d'évaluer cette expérience patient.

Numérisation des parcours de soins

Le concept de parcours de soins est apparu pour la première fois en 1985. Plus de 35 ans plus tard, les parcours de soins n'ont pas réussi à dépasser le stade de documents « statiques » (p. ex. affiches papier et PDF), ce qui rend leur exploitation lente et fastidieuse. La digitalisation des parcours de soins est ainsi un élément incontournable pour une utilisation plus généralisée permettant de les mettre à jour, de les améliorer régulièrement tout en impliquant les patients dans leur propre santé. Les « parcours patient » numériques donnent la possibilité de faciliter la normalisation des soins sur la base des meilleures données disponibles – et donc réduire la variabilité des soins dispensés. Sans cette numérisation, il est impossible de visualiser et d'intégrer les multiples

15. Voir par ailleurs le livre blanc de la FHL "Identification, Standardisation et Optimisation des « parcours de soins » Pour une amélioration du Parcours des patients"

acteurs, outils, systèmes et processus concernés pour les parcours de soins.

Digitalisation des « parcours patient »

Le parcours typique commence par l'apparition des symptômes, suivie de la visite chez un médecin pour son diagnostic. Le parcours numérique du patient débute cependant bien avant qu'il n'arrive chez le médecin. Avant même le diagnostic de la maladie, les patients se renseignent dans les médias sociaux, dans des communautés en ligne, sur des blogs, des forums et des applications mobiles afin de mieux comprendre le diagnostic de la maladie et donc la gérer. Les points de contact dans le parcours d'un patient ont ainsi augmenté de manière exponentielle et les développements technologiques devront être pris en compte pour la cartographie future des « parcours patient ».

Les technologies suivantes seront tout particulièrement pertinentes :

- L'IA rendra les machines encore plus efficaces dans le diagnostic des maladies et des traitements possibles ;
- Les capteurs deviendront plus petits, plus efficaces et plus facilement portables ;
- Les données de santé deviendront de plus en plus interopérables dans la prochaine génération de systèmes de dossiers de santé électroniques ;
- La télémédecine deviendra davantage courante, permettant la prestation de soins à un coût beaucoup plus bas, tout en augmentant son accès ;
- Les dispositifs portables dans les soins de santé passeront de simples enregistreurs d'activité à des

instruments capables de suivre et de diffuser des données en temps réel vers le médecin et dans des dossiers de santé numériques ;

- Les nanobots seront utilisés pour surveiller en permanence notre corps à la recherche de maladies, délivrer des médicaments et transmettre continuellement ces informations au cloud pour une surveillance étroite par le personnel médical ;
- La réalité virtuelle (RV) et la réalité augmentée (RA) en tant qu'outils d'intervention médicale deviendront plus répandues et plus avancées.

3. Vision 2030

Le secteur de la santé du pays s'est doté d'une gouvernance cohérente et transparente permettant aux établissements hospitaliers en partenariat avec tous les acteurs et les instances annexes concernés de développer une stratégie de numérisation concertée et coordonnée du secteur, et ce en tenant compte de ses forces comme de ses faiblesses.

Les besoins en effectifs et en outils informatiques du secteur sont mieux financés et donnent la possibilité aux établissements hospitaliers de progresser de manière importante dans leur transformation digitale. Ces progrès conséquents sont visibles aussi bien dans l'amélioration clinique que dans les processus opérationnels avec une mise à disposition d'outils et de technologies hautement digitalisés pour l'accompagnement des patients dans leur parcours. Ceci a été rendu possible grâce à la numérisation réussie de la collecte, du traitement et de la gestion des données (*Data Management*).

Cet écosystème digital a favorisé l'évolution significative du système de santé ; il est passé d'une approche fondée sur la gestion de la maladie à celle basée sur la promotion de la santé. Les données et les outils digitaux disponibles contribuent de manière notable à toutes les étapes de cette gestion que ce soit en amont, dans la prévention, ou en aval, dans la mesure de la valeur générée pour les patients grâce à des données numérisées fiables sur les PROMS et le PREMS – c.-à-d. un système évoluant vers celui d'un « *value-based healthcare* » et d'un « *data-driven healthcare system* ».

4. Recommandations et plan d'action

Élaborer une gouvernance forte et un cadre législatif adéquat

La faiblesse majeure relevée dans ce papier est l'absence d'une gouvernance forte en matière de digitalisation (et même simplement en ce qui concerne la base de la digitalisation, l'informatisation). Ainsi, un facteur clé du succès de la digitalisation du secteur de la santé de manière générale, et du secteur hospitalier en particulier, réside dans l'élaboration et le déploiement d'une gouvernance centralisée et forte.

La création de LuxITH a réuni les établissements hospitaliers autour de projets IT mutualisés, mais les faiblesses relevées sous la partie 3.2 de ce papier doivent impérativement être adressées comme préalable pour une transformation digitale réussie du secteur.

Nous recommandons ainsi que soient identifiés et évalués les rôles et périmètres de responsabilités des acteurs publics (y incluant le régulateur) et parapublics intervenants dans le domaine de la santé, avec pour objectifs de :

- Établir une cartographie de leurs différents rôles, responsabilités et marges de manœuvre ;
- Identifier les domaines de croisement des périmètres de leurs responsabilités ;

- Redéfinir leurs rôles afin d'éliminer les redondances de responsabilités et de prestations entre eux ;
- Définir une gouvernance cohérente et transparente avec une instance globale responsable pour la définition de la stratégie de l'informatisation, de la digitalisation et de la transformation digitale du secteur ainsi que de la coordination et du suivi des initiatives découlant de cette stratégie – et ce, en intégrant les professionnels du secteur dans toutes les étapes clés.

Dans le cadre de cette future gouvernance, les rôles de l'AeS et de LuxITH devront être revus et clairement différenciés ; aussi bien mutuellement qu'avec d'autres organes publics (MISA, DISA, PNED...) et paraétatiques (INCERT, CTIE). Le rôle de LuxITH en matière de stratégie digitale devra être cohérent avec ses statuts.

Nous recommandons qu'une revue et une adaptation de la législation et de la réglementation nationale accompagnent la revue et la révision de la gouvernance globale en matière de digitalisation du secteur afin de pouvoir faciliter le déploiement de solutions avancées de types cloud et autres qui, aujourd'hui, ne se produisent pas à cause de certains blocages juridiques (*cf.* le projet « Microsoft 365 »).

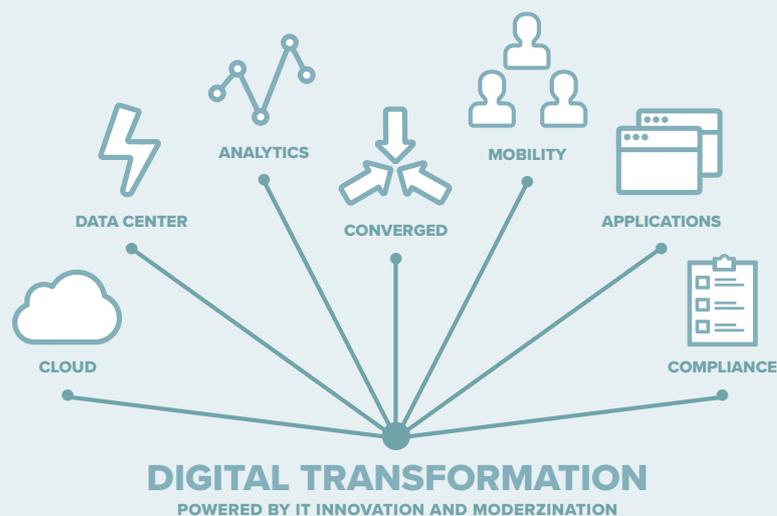
Accélérer l'informatisation du secteur pour réaliser sa transformation digitale

Comme relevée sous le chapitre 3 de ce papier, une digitalisation accrue du secteur est un impératif majeur pour réduire la fragmentation de l'information et les inefficiences qui en découlent avec des conséquences sur les coûts et sur la qualité.

Les établissements hospitaliers sont tenus de mieux comprendre les coûts de leurs prestations de services, la mesure et l'étendue de la valeur ajoutée de ceux-ci ainsi que les risques inhérents à leur fonctionnement.

En dehors de l'introduction de nouvelles technologies, les hôpitaux doivent éliminer progressivement les applications et les infrastructures obsolètes.

La modernisation de l'informatique représente, bien entendu, un élément fondamental de la transformation digitale du secteur (schéma¹⁶)



16. Hitachi Vantara. *Transform Healthcare - A data-driven strategy for digital transformation.*

Adopter une approche standardisée et holistique pour la collecte et la gestion des données

Ce papier recommande que l'informatisation accrue du secteur pour réaliser sa transformation digitale passe par une collaboration très étroite des établissements hospitaliers (nécessitant au préalable l'établissement d'une gouvernance forte et cohérente) avec à terme le ciblage d'une approche digitale standardisée et holistique (dans ses grandes fonctionnalités tout du moins).

Cette approche devrait permettre de :

- Assurer l'interopérabilité des systèmes IT de l'écosystème du secteur santé luxembourgeois ;
- Augmenter l'efficacité du fonctionnement des établissements et la dispense de services ;
- Améliorer la planification des ressources ;
- Faciliter via l'automatisation l'accès aux données des intervenants ;
- Capitaliser sur les évolutions en matière d'intelligence artificielle et de robotique ;
- Améliorer le processus de la prise en charge du patient, sa sécurité, son expérience et son autonomie à travers la digitalisation de tout son parcours, aussi bien au niveau hospitalier qu'extrahospitalier.

L'amélioration du processus de prise en charge du patient nécessitera la numérisation du parcours de soins (les processus) tout comme la digitalisation du « parcours patient » (son expérience). Ce qui requerra, entre autres :

- Le déploiement de solutions d'autosuivi du patient à domicile (via des Apps) ;
- Des solutions de télésurveillance (IoT/Apps avec transmission automatique des données vers un professionnel) ;
- L'intégration de téléconsultations dans le « parcours patient » ;
- La digitalisation des flux administratifs (prise de rendez-vous, admission, facturation) ;
- La disponibilité des informations pertinentes du patient pour les professionnels de santé afin de dispenser des services adéquats en temps utile (l'échange et/ou la centralisation de ces données est indispensable. Pour cela, il existe une base exploitable, le DSP de l'AeS, mais ses freins/obstacles d'utilisation actuels devront être étudiés et adressés en conséquence).

Au cours de toutes ces réflexions, les questions éthiques, juridiques ainsi que la conduite du changement (dont la motivation des professionnels de santé pour s'engager pleinement dans les initiatives de digitalisation) doivent nécessairement figurer au premier plan.

Déployer des solutions adéquates en matière de DPI et de HIS

4

Soulignons maintenant un point très important : la confusion entre la discussion d'un DPI national et celle d'un HIS national – donc la mise en place d'un système d'information hospitalière unique.

Si les HIS sont spécifiques aux besoins des hôpitaux et sont d'autant plus complexes (avec la prise en compte des processus, du fonctionnement, de la culture, etc. des différents établissements), la question de la mise en place d'un ou plusieurs HIS pour les hôpitaux a, cependant, toute son importance. En effet, il demeure le « système de production » essentiel pour un hôpital, et, par conséquent, primordial pour l'échange d'information.

Le choix de la solution et son implémentation ont un impact significatif sur la productivité de l'hôpital et ne doivent pas être minimisés sous prétexte que le « DPI national mérite une attention plus prioritaire ». Sans logiciel(s) HIS adéquat(s) disponible(s) pour tous les acteurs hospitaliers, aucune transmission efficiente des données relatives aux séjours hospitaliers vers le DPI national n'aura lieu.

Toutefois, il est important de considérer les difficultés de la mise en place d'un HIS national – comme le relate le document décrivant les problématiques rencontrées au Danemark qui conclut que de telles approches « point toward more challenges than solutions ». Des conclusions similaires ont été soulevées concernant l'implémentation de la solution EPIC en Norvège (National Integration Components Challenge of the Epic implementation in Central Norway.¹⁷)

Comme évoquée précédemment, la question ne se limite cependant pas à l'outil en lui-même, mais couvre aussi le volet de la gouvernance globale du secteur et l'harmonisation de solutions techniques. Puisque l'interopérabilité technique (ou même une solution unique) ne garantira pas un cadre d'interopérabilité sémantique (nomenclatures) sans une résolution de ces deux sujets.

Après une clarification de la gouvernance globale, nous recommandons de réaliser un inventaire des besoins consolidés des acteurs du secteur en impliquant fortement la FHL et LuxITH afin d'établir un cahier des charges.

Celui-ci servira de base pour effectuer une étude et une consultation du marché pour des solutions adéquates en matière de DPI, HIS ou autre ; unique ou non. Il permettra d'adresser les principaux enjeux actuels et futurs selon une approche pragmatique de « 80 : 20 » – recherchant potentiellement des solutions existantes capables de couvrir un périmètre commun des besoins des différents établissements avec un minimum d'adaptations spécifiques (soit particulières au pays soit à chaque établissement).

17. European Federation for Medical Informatics (EFMI) and IOS Press. (2022)

Améliorer le financement des effectifs et outils informatiques

De manière générale, les établissements hospitaliers du pays sont sous-dotés en ressources et en compétences informatiques et digitales, tant pour les ressources humaines qu'en outils souvent obsolètes. En outre, un déséquilibre persiste entre les charges de travail requises pour les diverses missions des équipes informatiques et leurs dotations en financement et en RH.

Sur fond d'une étude détaillée (le rapport du cabinet de conseil « EY » de 2020/2021 pour la CNS étant une base à exploiter), il conviendrait d'agir sur les besoins des établissements hospitaliers du pays, de les comparer aux financements effectifs et d'élaborer un plan d'action. Comblant les déficits relevés au niveau du financement des effectifs¹⁸ comme des outils conduirait à créer un environnement performant et sécurisé. Tout ceci en suivant une stratégie globale et commune au secteur.

18. Le secteur a un déficit de compétences RH non seulement dans les métiers dits « de base », mais dans des métiers hautement spécialisés tels que « SecOps », « RSSI », « DPO », « data manager » - une multitude de profils qui ne sont aujourd'hui peu/pas prévus dans les dotations de la CNS malgré des demandes répétées de la part des hôpitaux.

Améliorer la cybersécurité

En digitalisant, le nombre de solutions informatiques augmente automatiquement et par conséquent le périmètre d'attaques du type cyber également. Dans ce domaine, réside un potentiel d'amélioration notamment en matière de contrôle des infrastructures.

Ceci concerne des sujets tels que le SOC (Security Operations Center), WAF (Web Application Firewall), NextGen Firewall, SIEM (Security Information Event Management), EDR (Endpoint Detection and Response), etc.

Ces points sont discutés depuis longtemps avec diverses initiatives lancées, mais avec peu de résultats. Nous recommandons ainsi qu'une grande priorité soit accordée aux éléments suivants :

- L'élaboration d'un programme stratégique afin de sécuriser le domaine de la santé à tous les niveaux contre des attaques cyber potentielles ;
- Une clarification des rôles et responsabilités entre l'AeS, INCERT, LuxITH,... ;
- La mise en place d'un comité de pilotage « cybersécurité », composé de représentants de la Direction de la santé, et des différents établissements hospitaliers et acteurs transverses pertinents au secteur.

Intégrer les considérations du « *Benchmarking* » et du « *Data management* »

Une des finalités importantes de la digitalisation est la disponibilité de données cliniques et PREM/PROMS en vue d'avancer dans le *benchmarking* l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de santé.

Des contrôles qualité et *benchmarking* s'appuient sur des données robustes ; le sujet du « *Data Management* » (administratif, soins et médical) reste ainsi un élément essentiel dans la gestion globale de la qualité et de la satisfaction du patient ; ce qui évidemment dépend de la disponibilité de données structurées et harmonisées comme prérequis de la digitalisation et de la transformation digitale.

Nous renvoyons le lecteur au livre blanc de la FHL sur ce sujet qui souligne l'importance de la mise en commun des données pour un *benchmarking* et pilotage dans et du secteur de santé luxembourgeois afin d'améliorer de manière concrète la prise en charge et le traitement des patients.

5. Conclusion

Les organisations de tous types s'intéressent à la transformation digitale (utilisation des technologies numériques pour créer ou modifier les processus métier, la culture et les expériences client) pour se développer et garder une longueur d'avance sur la concurrence, et les hôpitaux ne font pas exception à cette tendance. Lors de l'évocation de la transformation numérique dans le secteur de la santé, nous avons tendance à nous concentrer sur les volets cliniques. Cependant, cette transformation numérique dépasse l'amélioration clinique ; en effet, elle a également un rôle important à jouer dans l'optimisation de la prise de décision opérationnelle des hôpitaux. Cela peut donc conduire à des améliorations de la qualité et de l'efficacité des soins et de l'accès des patients à ceux-ci.

La transformation digitale des hôpitaux est un pilier incontournable, aussi bien pour l'amélioration des aspects cliniques que pour les volets organisationnels et opérationnels tels que l'organisation des flux des patients, la planification du personnel et la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Pour y parvenir, le secteur hospitalier luxembourgeois a besoin de s'appuyer sur une gouvernance cohérente et transparente (pour la numérisation de l'ensemble du secteur de la santé), sur des investissements adéquats dans le personnel et les outils informatiques, sur un DPI unique et fortement digitalisé pour le pays et sur la définition d'une approche standard et homogène pour la collecte et la gestion des données.

Ce document met donc en avant des recommandations essentielles pour atteindre ces objectifs.





4

Le Data Management à la FHL – Vision 2030

- Executive summary | 64
- Introduction | 65
- Situation actuelle | 66
- Vision 2030 | 67
- Plan d'action | 68
- Conclusion | 71

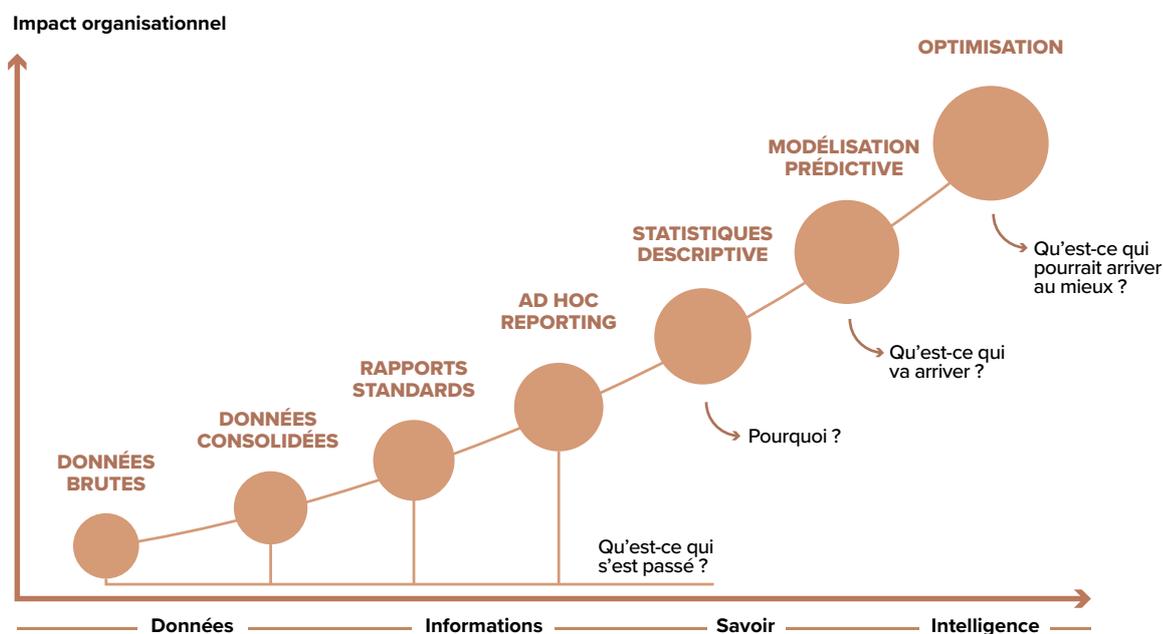
1. Executive summary

Afin de soutenir l'évolution des établissements du secteur hospitalier dans leur ambition d'amélioration continue vers des *smart hospitals*¹ – où la médecine peut être exercée de manière performante et entièrement adaptée aux besoins du patient – la FHL veut fédérer un partage de données, d'informations et de savoirs entre hôpitaux.

Elle souhaite ainsi répondre à ses missions et contribuer au pilotage stratégique compétent du secteur hospitalier. Ce partage pourrait concerner, à titre d'exemple, les données d'activités cliniques et de « parcours patient » comme les données de qualité, et de gestion des ressources.

Par ailleurs, **le partage des données entre établissements hospitaliers est important pour permettre un benchmarking inter-hospitalier et l'échange de bonnes pratiques.** À ce jour, les données brutes échangées ne sont souvent que peu comparables puisqu'elles se basent sur des définitions divergentes. Une homogénéisation des définitions des données collectées (métadonnées) entre établissements demeure donc primordiale pour la consolidation de ces données qui donneront une perspective fiable sur le fonctionnement et la performance des hôpitaux et leur impact sur la santé publique et le système de santé en général.

Figure 1 : Évolution de la collecte de données vers l'intelligence du big data



1. De l'enregistrement à l'imagerie, les hôpitaux intelligents déploient l'intelligence artificielle, l'Internet of Things, les réseaux 5G et d'autres technologies de la périphérie au cloud pour une connectivité améliorée et un partage de données sécurisé afin d'offrir de meilleures expériences aux patients, de rationaliser les flux de travail et de réduire les coûts.

La statistique descriptive, qui donne lieu à une analyse approfondie des informations collectées, contribue à une gestion plus efficace des différents établissements et du secteur hospitalier dans son entièreté. De plus, elle aide à mieux évaluer la qualité et l'impact des différentes prises en charge. Le *Data Management* ira sans doute au-delà d'un simple échange d'informations de manière à en extraire un savoir nouveau.

Finalement, les techniques de modélisation, de simulation et d'optimisation constitueront les outils futurs d'une vraie intelligence pour le secteur hospitalier. Ce dernier sera alors capable d'effectuer des prévisions pertinentes quant aux orientations stratégiques futures, d'anticiper des événements indésirables, de mieux planifier et d'exploiter de manière optimale les infrastructures à disposition – et cela bien évidemment dans l'intérêt du patient et de la santé publique.

2. Introduction

La mission² de la FHL est de contribuer à une amélioration continue du système national de santé dans l'intérêt du patient. Son rôle est de fédérer ses institutions hospitalières-membres dans le pilotage collectif du secteur hospitalier, en promouvant la **collaboration** et l'**alignement** entre les établissements hospitaliers par le partage de bonnes pratiques :

- Le **partage de connaissances et de savoir** en s'appuyant sur une analyse approfondie des données par rapport aux actions et comportements des multiples intervenants dans le secteur de la santé ;
- L'identification d'objectifs réalistes pour faciliter l'**innovation** et le **changement**.

Les systèmes de santé au niveau international sont actuellement engagés dans le pilotage par les données (angl. *Data driven healthcare*) avec l'objectif d'augmenter la performance du système de santé, de prédire des évolutions en matière de santé ou de maladies, de promouvoir la prévention et d'éviter des comportements à risque.

Le *Data Management* est un développement indispensable pour la FHL au vu des différents rôles³ qu'elle entend assurer au sein du système de santé national.

Le *Data Management* vient, par ailleurs, en support des sujets de la médecine hospitalière, des « parcours patient », des ressources humaines, de la digitalisation ou encore du financement. De plus, les exigences de partage de données au niveau international soulignent davantage la nécessité d'une gestion professionnelle de données pour le secteur hospitalier.

Le présent papier stratégique a comme ambitions successives :

- D'analyser l'état actuel des données disponibles ;
- De dresser une vision 2030 pour les données et leur gestion avec la visée de développer les techniques de modélisation dans un but d'optimisation de la performance du secteur hospitalier ;
- De proposer un plan d'action.

2. Source ; FHL, <https://fhlux.lu/web/association/missions/>

3. Rôles de la FHL : Dialoguer avec le patient en tant que partenaire proactif dans son parcours de santé ; Élaborer des visions sur les sujets stratégiques du domaine de la santé ; Informer et guider les décideurs politiques ; Faciliter et développer la collaboration, la coordination et l'alignement entre les établissements hospitaliers ; Organiser et promouvoir la formation professionnelle en termes de compétences ; Sensibiliser, informer et sonder le grand public sur les sujets de la santé ; Gérer et soutenir les interfaces du secteur hospitalier avec les autres acteurs du système ; Assurer et coordonner le suivi des résultats cliniques et de la qualité des prestations ; Représenter le secteur hospitalier vis-à-vis des institutions politiques.

3. Situation actuelle

Pour piloter le secteur hospitalier au sens large et guider le patient dans son parcours de santé, trois types de données sont nécessaires :

Données des établissements hospitaliers :

Parmi les données des établissements hospitaliers, il s'agit de distinguer entre :

- **Données de performance** : p. ex. les données sur le nombre de patients pris en charge/admissions, les délais d'attente, les informations sur l'accès général aux soins et à certains actes techniques (p. ex. IRM).
- **Données de qualité** : p. ex. les événements indésirables, les infections nosocomiales, l'évaluation du résultat d'une prise en charge, la gestion des plaintes, les PREMs et les PROMs.
- **Données sur les ressources** : p. ex. les finances et les modalités de gestion, le budget disponible, les ressources humaines (compétences, formations...), et autres.

Ensemble, ces données permettent d'analyser et d'évaluer le fonctionnement au sein d'un établissement. En les consolidant à un niveau sectoriel, elles aideront à comparer la performance et la qualité entre établissements et engendreront naturellement le partage de bonnes pratiques.

Données du patient :

Ces données permettent de créer la perspective du patient et/ou la perspective sur la santé de l'individu. Elles peuvent inclure notamment des données sur une prise en charge particulière, sur un parcours et de manière consolidée, sur l'évolution de l'état de la santé du patient. Vu leur haute sensibilité, il est important qu'elles ne soient utilisées que sous forme anonymisée.

En consolidant et/ou en croisant ces données au niveau national, il sera possible de créer une perspective de **données de santé publique**.

Données socio-démographiques :

Ces données incluent les chiffres actuels et les projections de la population usagère du système de santé national au Luxembourg, notamment les citoyens résidents du territoire luxembourgeois et les assurés et/ou coassurés de la grande région ayant accès aux infrastructures hospitalières au Luxembourg (p. ex. population, pyramide d'âge).

Pour chacun de ces types, **les données demeurent partiellement inaccessibles, incomplètes, voire inexistantes, et leur qualité reste difficile à mesurer**. Dans cette évaluation, la disponibilité, la qualité, l'accessibilité, l'interopérabilité et la comparabilité des données et les métadonnées y afférentes sont à analyser.

Les producteurs de données stockent la majorité des données brutes. Ces systèmes locaux de stockage ne sont, pour la plupart, ni interconnectés, ni accessibles de l'extérieur.

Un système de gouvernance commun relève, dès lors, d'une condition sine qua non pour un meilleur échange des données, leur comparaison, leur standardisation, leur optimisation et leur consolidation.

En outre, il n'existe pas de données de santé des patients potentiellement standardisées⁴ selon des normes internationales.

4. Les données de santé des patients standardisées selon des normes internationales sont cruciales pour améliorer la qualité et la sécurité des services de santé, pour permettre l'innovation et l'évolution scientifiques médicale et clinique, pour favoriser la mise au point de nouveaux concepts thérapeutiques de prise en charge et pour étudier et évaluer des modèles novateurs de prestation de service.

Enfin, la définition des multiples données institutionnelles varie considérablement. À ce titre, envisager une consolidation des indicateurs sans préambule ou bien une comparaison/*benchmarking* entre établissements s'avère illusoire.

4. Vision 2030

Le secteur hospitalier luxembourgeois est considéré comme humain, performant, transparent, et dans lequel les patients et tous les acteurs ont pleine **confiance**. Les publications ainsi que les rapports statistiques favorisent au grand public une meilleure compréhension du système de santé dans son entièreté – un rôle central qui fait partie des missions de la FHL.

Le *Data Management* contribue à l'évolution du système de santé vers une logique de création de valeur (angl. *value-based healthcare*) et de mesure de résultats.

La vision de la FHL s'appuie sur une évolution du secteur hospitalier vers des *smart hospitals*, où la médecine est exercée entièrement selon les besoins et caractéristiques de chaque patient. Le système repose sur un processus de **digitalisation** cohérent et innovant, mettant à disposition de tous les acteurs des outils efficaces et fluides qui facilitent une prise en charge de pointe en milieu hospitalier et au-delà.

Les données mises à disposition participent à **une médecine prédictive et personnalisée**, basée sur l'évidence (angl. *evidence-based medicine – EBM*). Des concepts innovants comme celui du clone digital⁵ (angl. *digital twins*) laissent place à une médecine résolument individualisée et plus spécialisée basée sur les données, tout en réduisant considérablement les risques pour les patients.

Le travail sectoriel collectif sur les données et leur gestion commune constitue une démarche d'amélioration de la qualité en elle-même par l'échange incontournable de bonnes pratiques dans tous les domaines.

En somme, les données et informations disponibles permettront à la FHL de peser et d'orienter les décideurs dans leur politique de santé et d'assister ses membres dans leurs négociations avec les financeurs du système hospitalier.

5. Le clone digital d'un patient permet, par exemple, de comprendre l'effet de certains médicaments basé sur les spécificités physiques du patient et de proposer ainsi des traitements personnalisés et de précision. Ceci aide également à faire évoluer la prévention des patients en fonction de leur mode de vie et facteurs de risques et donc de leur proposer un accompagnement personnalisé.

5. Plan d'action

Système global de gouvernance

Un système global de **gouvernance** du *Data Management* sectoriel demeure capital. Ceci inclut non seulement une gestion de projet cohérente, mais aussi la clarification de la gouvernance du cycle de vie des données. Ainsi, l'organe assurant l'orientation stratégique du *Data Management* (pilotage stratégique) de même que les équipes en charge du pilotage opérationnel seront à identifier et leurs tâches et responsabilités respectives à clarifier.

Dans le cadre d'une gestion de projet solide, le *change management* est à considérer dès le départ, en tenant compte de toutes les parties prenantes et en les impliquant dans les différentes étapes de ce projet.

Charte de valeurs

Avant d'harmoniser et de consolider les données disponibles dans les différents établissements hospitaliers, **une charte de valeurs sera à concevoir pour l'utilisation des données** du secteur hospitalier. Celle-ci synthétisera le travail commun entre les différents acteurs du secteur pour que toutes les parties prenantes portent le projet de *Data Management* au niveau national.

L'homogénéisation des données

L'homogénéisation des données disponibles dans les hôpitaux permettra d'établir une **nomenclature commune** (des données et métadonnées) qui facilitera le *benchmarking* au niveau national et international. S'orienter selon les nomenclatures européennes existantes s'avèrera indispensable pour contribuer à un échange de données au sein de l'Union européenne.

En raison de la large comparabilité de leurs activités et de leur masse critique, les quatre centres hospitaliers échangeront leurs informations (démarche primordiale). Les établissements spécialisés feront d'emblée partie intégrante du projet. En amont et en aval du séjour hospitalier, le projet englobera l'ensemble des acteurs du système de santé, tels que les soins primaires, les établissements de long séjour, et autres activités extrahospitalières.

Cartographie des données disponibles et homogénéisation

Afin d'éviter de s'investir dans une approche « green field », une **cartographie des données** disponibles dans les différents établissements s'avèrera impérative. Le travail sur les métadonnées permettra d'élaborer un mécanisme de traduction des données déjà recensées. De plus, il conviendra de réaliser une analyse différenciée en intégrant les spécificités des différents établissements. Au-delà de l'analyse du système hospitalier, il sera également utile de considérer les données de santé disponibles au niveau national (p. ex. IGSS, MISA, CNS, Observatoire de la santé, Statec) et d'évaluer dans quelle mesure celles-ci – sous forme anonymisée – s'intégreront judicieusement dans ce projet de *Data Management*.

En outre, une homogénéisation progressive des données cartographiées sera favorisée. Ce travail conduira, selon une priorisation transparente, à un **référentiel sectoriel de métadonnées**. Pour chacune de ces métadonnées, une **fiche descriptive** sera élaborée ce qui assurera une compréhension claire de chaque indicateur et de leur processus de production ou de mesurage.

Afin de maintenir la cohérence des indicateurs locaux des hôpitaux, autrement dit, de permettre aux cadres et aux directions des hôpitaux de continuer à comparer l'évolution de leurs performances, la transition vers la standardisation sectorielle par la FHL s'élaborera progressivement et conjointement. Dans ce contexte, soulignons l'importance de l'application uniforme de la documentation hospitalière dans les différents établissements afin de permettre une comparabilité des données.

Solution technologique

La FHL ayant pour missions de faciliter et de mutualiser les activités sectorielles – identifiera, dans une démarche consensuelle et commune, une **solution technologique** afin d'aider au recensement, à l'évaluation et au partage de ces données du secteur hospitalier, ainsi qu'à la sécurisation de cette solution et à la gestion des droits d'accès.

Sans vouloir anticiper sur le potentiel de la gestion de données au-delà de l'année 2030, la vision dressée pose les fondations pour la production de données et d'informations prévisionnelles. Ainsi, une meilleure planification des capacités hospitalières et l'utilisation de l'intelligence artificielle feront évoluer le secteur hospitalier dans la qualité et dans l'efficacité de ses prises en charge.

5

Gestion du changement

Pour réaliser la vision dressée, la gestion du changement et la mise en œuvre technologique constituent les deux défis importants de ce projet. Dès lors, il s'agira d'éviter une approche « big bang », ayant l'ambition de concevoir d'emblée la solution idéale. L'approche à proposer sera donc itérative, progressive et agile. Le travail débutera sur un sous-ensemble bien limité d'indicateurs à identifier. Puis, le périmètre d'indicateurs s'étendra progressivement et d'un commun accord pour aboutir aux objectifs ambitieux décrits ci-dessus.

6

6. Conclusion

La gestion des données basée sur **la confiance et la transparence entre nos membres constitue une condition incontournable** et un support nécessaire pour la nouvelle démarche stratégique sectorielle et les diverses missions de la FHL. La défense de notre secteur hospitalier et de son rôle primordial pour la santé publique nationale ne pourra se passer de ce travail créatif et collectif basé sur une charte de valeurs et un bon système de gouvernance.

Le *Data Management* joue, en effet, **un rôle capital pour réaliser la transition vers des hôpitaux intelligents et connectés** ainsi que vers un système de santé moderne, performant et tourné vers l'avenir d'une médecine prédictive et personnalisée.





5

Planification, attraction, développement et fidélisation des talents du secteur hospitalier luxembourgeois en 2030

- Executive summary | 74
- Situation actuelle | 75
- Vision 2030 | 83
Vision FHL en matière de ressources humaines
à l'horizon 2030 | 83
- Recommandations et plan d'action | 84
- Conclusion | 93

1. Executive summary¹

Une des principales préoccupations du secteur de la santé (aussi bien au niveau local qu'international) depuis plusieurs années est la raréfaction croissante des ressources humaines (RH). Les difficultés de recrutement de médecins et de certaines professions de santé sont soulignées par l'allongement du délai de recrutement et de la distance pour rechercher des candidats potentiels.

Par ailleurs, la pyramide des âges des médecins indique qu'un pourcentage élevé partira en pension dans les 15 prochaines années, causant un risque réel de pénurie au Luxembourg. Le secteur de la santé sera confronté non seulement à la nécessité de remplacer les départs de son personnel à la retraite, mais aussi à l'augmentation des besoins causés par le vieillissement de la population, la longévité accrue de celle-ci, l'évolution des maladies chroniques, l'émergence des nouveaux métiers de l'hôpital du futur, le déploiement de nouvelles approches (généralisation des « parcours patient »...) et la transformation digitale du secteur.

La capacité du pays à former les professionnels de santé demeure limitée et les initiatives pour pallier les lacunes actuelles ne produiront des effets qu'à long terme.

Le Luxembourg continuera à dépendre des professionnels de santé étrangers. Le marché de l'emploi des médecins et des soignants étant tendu dans tous les pays européens, la difficulté de recrutement de ces ressources perdurera. Le Luxembourg se doit donc de prendre des initiatives judicieuses pour mieux les attirer et les fidéliser tout en développant ses capacités de formation en parallèle.

Ces tensions au niveau des RH se combinent avec les ambitions du Luxembourg d'évoluer vers un système de « *value-based healthcare* » (VBHC) qui favorise les résultats pour les patients vs la quantité des actes prestés. Système qui exige également que les intervenants à tous les niveaux et stades des prestations (administratives, médicales, soins...) jouent un rôle primordial et soient compétents, motivés et performants, et ce, avec le patient au centre de leurs préoccupations². Voici ce qui représente des défis importants pour le pays. Ceux-ci requièrent, par ailleurs, des actions significatives et concertées au niveau national afin de mieux organiser la planification de ces ressources professionnelles de santé, d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine et dans les professions de santé, de développer la capacité nationale à les former et à les attirer, d'optimiser leur emploi, et de valoriser et promouvoir l'ensemble des professions et leur cadre de travail – en ligne avec les attentes des nouvelles générations et des changements d'attitudes que la crise du COVID-19 a instillés dans le marché du travail.

1. Il est à noter que les contributions des participants ont été largement complétées par les réflexions et constats de diverses études notamment celle très complète de M^{me} M.L. Lair-Hillion (rapport Lair-Hillion-2019, « *État des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg* ») référencée à différents endroits de ce document.

2. Mayo clinic. *The best interest of the patient is the only interest to be considered.*

Ce livre blanc explore les améliorations stratégiques et opérationnelles à envisager en matière RH pour une évolution des pratiques vers la vision 2030 du secteur. Il établit un constat de la situation actuelle et émet des recommandations pour mieux piloter, attirer, et gérer les RH du secteur. Les principales actions proposées ici sont :

- Élaborer et déployer une gouvernance nationale pour le pilotage des besoins RH du secteur ;
- (mieux) promouvoir le pays, le secteur hospitalier et les professions de santé afin d'améliorer le développement des vocations et l'attraction des talents ;
- Développer et déployer des incitatifs financiers adéquats pour pallier certaines faiblesses du système de rémunération ;

- Améliorer l'encadrement et la facilitation de la formation des médecins ;
- Améliorer la promotion, la valorisation et la planification des cursus des professions de santé ;
- Adapter les pratiques RH et de management pour mieux attirer, développer et retenir les talents ;
- Adresser les défis en matière de financement afin d'aligner plus favorablement le mode et les niveaux de financement avec ses besoins réels (actuels et projetés), autant en termes de volume des effectifs que de l'évolution des (nouveaux) métiers.

2. Situation actuelle

Planification des effectifs médicaux et de soins

Selon les recommandations de promotion et de prévention de l'OMS³ et de l'OCDE, l'autorité publique a la responsabilité de piloter l'adéquation entre l'offre et la demande en ressources professionnelles multidisciplinaires pour répondre aux besoins de santé d'un pays. En Europe, cette gouvernance est souvent assumée par le ministère qui a la santé dans ses attributions et une division est consacrée à cette mission.

Au Luxembourg, cependant, pour citer l'étude Lair-Hillion (2019) « pas moins de 22 instances interviennent, à un moment ou à un autre, dans la gestion des ressources professionnelles de la santé, sans qu'il y ait véritablement de concertation globale sur les problèmes rencontrés ».

« ... l'étude a montré une insuffisance de gouvernance des ressources professionnelles de la santé (...il n'y a pas de plateforme de communication entre les besoins et les offres de professions médicales. Il n'existe pas de véritable stratégie partagée concernant la planification, la régulation, l'organisation, le développement des ressources en professionnels de la santé nécessaires au fonctionnement hospitalier, aux soins extrahospitaliers, aux soins primaires, à l'assurance dépendance et à l'action sociale. Personne n'est véritablement redevable de garantir la meilleure adéquation possible entre les ressources professionnelles, les compétences et les besoins. »)

Ainsi, il paraît urgent de pallier les lacunes relevées ci-devant – ce que nous développons dans la partie « Recommandations » de ce livre blanc.

3. L'OMS a publié deux documents de référence sur les ressources humaines dans le domaine de la santé particulièrement pertinentes pour le Luxembourg : i) *Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé*. https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1 ; ii) *Ressources humaines pour la santé : Stratégie mondiale à l'horizon 2030*. 2 https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf

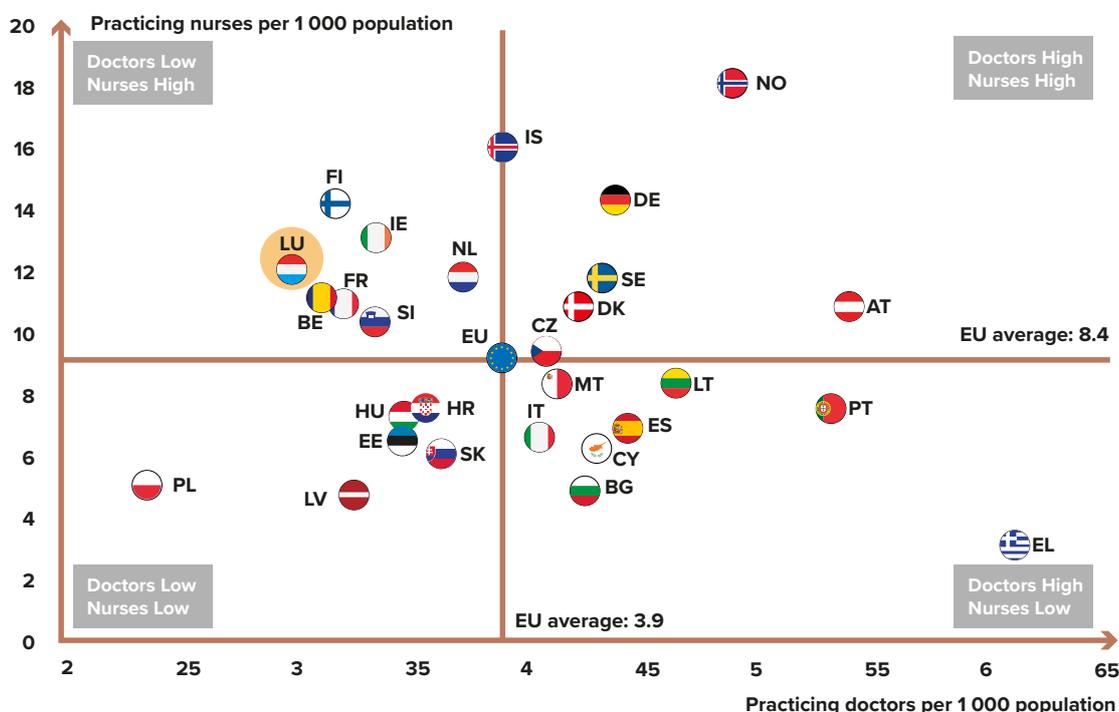
État actuel et projection des effectifs – Commentaires généraux

Selon une étude réalisée par des experts de la Commission européenne et de l'OCDE⁴,

« Le Luxembourg a le deuxième plus faible taux de médecins dans l'UE, avec environ 3 médecins pour 1 000 habitants en 2019 (contre 3,9 dans l'UE) et ce, malgré une augmentation de 39 % depuis 2000. La faible densité de médecins est principalement liée à l'absence de formation médicale dans le pays, ce qui le rend dépendant de médecins formés à l'étranger. »

Le premier diplôme national en médecine générale a débuté en 2021. La part des médecins vivant à l'étranger, mais exerçant au Luxembourg a presque doublé entre 2008 et 2017 (de 15,6 % à 26,4 %), et seulement environ la moitié des médecins en exercice sont des ressortissants luxembourgeois (IGSS, 2021).

Les effectifs médicaux vieillissent : plus de la moitié des médecins généralistes en exercice (54,4 %) et près des deux tiers des spécialistes (60 %) avaient plus de 50 ans en 2017. En revanche, le nombre d'infirmières au Luxembourg n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années et sa densité est l'une des plus élevées de l'UE (environ 11,7 contre une moyenne de l'UE de 8,4 pour 1 000).



Note: The EU average is unweighted. In Portugal and Greece, data refer to all doctors licensed to practise, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30 % in Portugal). In Greece, the number of nurses is underestimated as it only includes those working in hospitals. Source: Eurostat Database (data refer to 2019 or the nearest year).

4. State of Health in the EU Luxembourg Country Health Profile 2021.

Plus des deux tiers des infirmiers en exercice vivent dans les pays voisins que sont la France (29 %), l'Allemagne (24 %) et la Belgique (12 %) (Lair-Hillion-2019). Cela a rendu le Luxembourg particulièrement vulnérable aux fermetures de frontières lors du premier confinement de la pandémie de COVID-19 en 2020.

État actuel et projection des effectifs – Professions médicales

Les complications croissantes de recrutement de médecins causées par la juxtaposition des besoins grandissants du pays en professionnels de santé et la diminution progressive de ces ressources démontrent une pénurie de celles-ci corroborée par plusieurs indicateurs que sont (étude Lair-Hillion-2019) « l'absence de chômage chez les médecins, l'absence de liste d'attente de candidats potentiels, les refus d'accepter de nouveaux patients, les longs délais d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste qu'il soit demandé par le patient ou par un médecin généraliste, la diminution annuelle depuis 10 ans du nombre de visites à domicile facturées par les médecins à la CNS, le délai pour recruter des médecins généralistes dans les institutions à séjour continu... ». D'après cette même étude, « le pays sera confronté jusqu'en 2034 à des départs prévisibles de médecins et de nombreux médecins spécialistes sont concernés ».

Indicateurs et projections des effectifs – Professions de santé

L'insuffisance des ressources est également un sujet préoccupant pour les professions de soins (notamment par sa dépendance encore plus élevée aux ressources frontalières⁵). D'après l'étude Lair-Hillion-2019, « plusieurs indicateurs forment un faisceau de présomption de pénurie en professions de santé formées au Luxembourg : absence de professions de santé au chômage, jeunes diplômés avec des contrats d'engagement avant l'obtention de leur diplôme. Cette pénurie est encore actuellement compensée par l'apport de ressources transfrontalières qui arrivent à combler les besoins même si des délais de recrutement existent. »

À la différence de la pénurie médicale, celle dans certaines professions de santé spécialisées peut être compensée par le recrutement d'une autre qualification dans d'autres services.

5. En effet, comme le souligne l'étude *State of Health in the EU Luxembourg Country Health Profile 2021*, « le Luxembourg dispose d'un nombre d'infirmiers par 1 000 habitants ou par médecin qui se compare favorablement aux autres pays de l'UE, mais sa production en infirmiers nouvellement diplômés est au plus bas, expliquant sa forte dépendance des pays frontaliers dans ce domaine ». Le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants était de 10,7 pour le Luxembourg en 2019, le situant en avant-dernière place des 35 pays de l'OCDE ayant participé à la comparaison, alors que la France était à 38,9, la Belgique à 49,7, l'Allemagne à 54,5 et la Suisse à 93,4. Ce chiffre explique à lui seul la difficulté du Luxembourg à répondre à ses propres besoins et permet de comprendre pourquoi il a recours aux pays frontaliers. Sa capacité à produire des infirmiers pour le marché de l'emploi luxembourgeois est trop limitée.

Formation des professionnels de santé

Professions médicales – Médecins en formation

Pour se former, les étudiants luxembourgeois en médecine s'orientent vers plus d'une vingtaine de pays. Le MISA et la DISA n'ont pas de données consolidées sur leur nombre, les pays où ils suivent leur formation, les spécialisations, etc.

Le Centre de Documentation et d'Information sur l'Enseignement Supérieur (CEDIES) dispose d'informations seulement si l'étudiant a fait une demande d'aide financière. Cependant, lorsque l'étudiant devient interne, il ne bénéficie plus de cette aide et l'information sur la spécialisation n'est alors plus disponible au CEDIES. L'Association Luxembourgeoise des Étudiants en Médecine (ALEM) dispose uniquement de renseignements sur les étudiants qui en sont membres.

Bien qu'il n'existe pas de cycle complet de formation en médecine dans le pays, un programme de Bachelor en Médecine (BMED) et des Diplômes d'études supérieures (DES) se retrouvent dans trois spécialités (oncologie, neurologie et médecine générale⁶ – cursus permettant de faire des parcours dans des établissements hospitaliers luxembourgeois) à l'Université du Luxembourg (UNI). À la suite de l'évaluation des premières promotions de 2023 et 2024, sera statuée l'opportunité de proposer un cursus de maîtrise – pour 2025, au plus tôt.

Professions médicales – Médecins en voie de spécialisation (MEVS)

Les MEVS souhaitant réaliser un stage au Luxembourg doivent être autorisés à exercer par le MISA. Ils sont répertoriés dans le registre professionnel des médecins, mais il existe peu de visibilité sur leur activité réelle. Alors que de nombreux étudiants de facultés de médecine étrangères réalisent une ou deux années de formation spécialisée dans nos hôpitaux, ceux qui réalisent l'ensemble de leurs stages à l'étranger ne sont pas inventoriés ici et ne sont donc pas connus du MISA ou de la DISA. Les données sur les MEVS luxembourgeois sont par conséquent incomplètes.

Professions de soins

La formation qualifiante de soins est dispensée par le Lycée Technique pour Professions de santé (LTPS). Pour l'infirmier en soins généraux (IRSG), la sage-femme et l'ATM de radiologie. Elle est actuellement de niveau BTS sur une durée de 4 ans dont 2 ans sous l'égide du Ministère de l'Éducation nationale et 2 ans (avec l'obtention d'un baccalauréat) sous l'égide du Ministère de l'Enseignement supérieur⁷. La formation se compose d'un enseignement professionnel (théorique et pratique) et d'un enseignement général.

Évolutions futures

Cette formation évoluera dès l'année académique 2024/2025 vers une formation de niveau Bachelor dispensée par l'UNI Luxembourg. Quant aux professions soignantes dites « spécialisées », comme p. ex. l'infirmier en anesthésie

6. Des spécialités additionnelles (psychiatrie, pédiatrie et médecine du travail) sont à l'étude par le gouvernement et l'UNI Luxembourg.

7. De plus, le Ministère de la Santé ayant un rôle à exercer afin que les formations répondent aux attentes du système de soins de santé il y a effectivement 3 ministères concernés - ce qui complexifie les concertations et les prises de décisions.

et réanimation, l'infirmier pédiatrique, l'infirmier psychiatrique, l'ATM de bloc opératoire..., elles évolueront, dès l'année académique 2023/24, d'un niveau de BTS spécialisé vers un niveau de Bachelor.

Ces deux niveaux de formation continueront à être offerts en parallèle au moins jusqu'en 2027 (année de bilan après la fin de la 1^{ère} promotion IRSG de niveau Bachelor). Ceci aura comme conséquence que, pendant une certaine période, des étudiants de promotions calendaires et attributions identiques auront des diplômes de base différents : d'une part un diplôme de niveau universitaire « Bachelor » (diplôme de fin d'études de niveau Baccalauréat suivi de 3 années d'études universitaires avec 240 ECTS) et, d'autre part, un diplôme de niveau BTS (après 4 années d'études, 128 ECTS) mais non conforme au système « Bologne » sur base du système en vigueur actuellement.

Limites actuelles des compétences d'infirmier et dépendance des ressources étrangères

Les pénuries médicales ont amené les systèmes de soins de santé à se reconstruire autour de pôles alliant les médecins et les infirmiers, et à déléguer des actes médicaux. Les travaux en cours par la FHL sur le sujet des « Métiers hospitaliers du futur » relèvent que dans le cadre de la généralisation de la prise en charge des patients basée sur un parcours de soins, qui débute avant l'hôpital, et se poursuit également en dehors de ses murs et la raréfaction croissante des ressources, une délégation grandissante des médecins vers les soignants s'avère nécessaire. Ceci requerra une augmentation des compétences de ces derniers afin d'assurer un niveau de qualité constant.

Ainsi, le Luxembourg a tout autant besoin que les autres pays d'infirmiers aux compétences de plus en plus pointues et élargies. Aujourd'hui, le recrutement à l'étranger pour près des deux tiers de la profession lui offre sur le territoire des infirmiers disposant des compétences requises et lui permet de compenser la formation nationale.

Cependant, si le pays souhaite atteindre la stratégie 2030 de l'OMS, préconisée, aussi, par la FHL, il se doit de réduire de manière significative son recrutement à l'étranger d'ici là. En conséquence de quoi, comme le recommande l'étude Lair-Hillion-2019, le pays doit prendre « des dispositions pour organiser un système de formation des infirmiers lui permettant de maîtriser les enjeux de santé publique. »

Attraction, intégration et fidélisation des collaborateurs

Critères d'attractivité du pays et du secteur

Le Luxembourg est un pays très attractif sur le marché de l'emploi international comme le démontre diverses études et rapports⁸ Il arrive en tête du classement « *Most attractive countries for international job seekers*⁹ » où il devance, d'après le portail « indeed.com » de 2022¹⁰, la Suisse et le Royaume-Uni. Néanmoins, les différents éléments d'attractivité du pays sont insuffisamment mis en avant dans les processus de recrutement des établissements hospitaliers alors qu'ils pourraient s'appuyer sur ceux-ci dans leurs campagnes et processus de communication pour les améliorer. Nous reprenons ci-après les principaux critères pouvant être inclus dans ces procédés.

Les éléments d'attractivité générale du pays sont principalement :

- Les niveaux de rémunération (à l'exception de certains domaines, notamment des MEVS) ;
- L'accès au temps partiel, au congé parental et le télétravail – avantages importants pour le personnel féminin et, de plus en plus, par les nouvelles générations ;
- Le classement du pays parmi les pays les plus riches du monde tout en se retrouvant en 6^e place dans le « World Happiness 2022 » ;
- Un environnement naturel écologique avec des paysages et une ruralité attirants ;
- Le hub multiculturel qu'est le Luxembourg au centre de l'Europe où sont recensées des dizaines de nationalités avec « tout ce qu'il faut à portée de main » et « proche de tout ».
- Des transports publics gratuits ;

- L'absence de « fuite des cerveaux » au Luxembourg – bien au contraire ; le pays se classe même devant la Suisse et du Royaume-Uni exposés aussi à un phénomène de « gains de cerveaux ».

Les éléments d'attractivité spécifiques au secteur de la santé sont principalement :

- Les perspectives d'emplois stables (moins soumis aux aléas économiques/financiers), des environnements de travail très confortables, un excellent accès au matériel et des dispositifs médicaux de bonne qualité ;
- De bonnes, voire très bonnes, dotations en personnel ; p. ex. les statistiques de l'OCDE concernant le ratio nombre d'infirmiers pour 1000 habitants placent le Luxembourg dans les pays les mieux dotés ;
- L'atout de la CCT-FHL, la favorisation de l'accès à la formation continue et la très bonne protection sociale des professionnels de santé ;
- Le positionnement géographique du Luxembourg qui permet de profiter des expériences des 3 pays frontaliers et la bonne réputation des établissements hospitaliers du pays dans ces derniers ;
- Le travail des soignants en toute sécurité sur base de protocoles ou sur des prescriptions médicales ;
- La possibilité d'accéder à des services très spécialisés : chirurgie cardiaque, maternité de niveau 3, néonatalogie intensive ;
- L'allègement des cas cliniques globalement ; l'hôpital luxembourgeois réalise des prestations en ambulatoire pour des patients qui, à l'étranger, seraient pris en charge par des cliniques privées, ce qui contraint les hôpitaux à gérer les cas les plus critiques (p. ex. en imagerie médicale).
- La possibilité de proposer et de développer des projets de soins innovants ;

8. Lair-Hillion (2019). *Most attractive countries for international job seekers. Hiring lab* (2022, juin) *L'indice de performance environnementale (IPE). Rapport World happiness 2022*. « indeed.com »

9. *Hiring lab* (2022, juin) *Brain Gain or Drain? How Shifts in International Job Search Are Accelerating Global Competition for Talent*

10. Le pays figure également en deuxième position des marchés du travail les plus résilients après la pandémie, sur la base des offres d'emploi publiées sur le portail d'annonces, juste entre le Danemark et le Royaume-Uni.

- Le salariat des médecins au CHL qui constitue une sécurité pour une primo installation ;
- La possibilité pour les médecins d'exercer en milieu hospitalier avec le statut libéral. Ils disposent, dans la grande majorité des cas, de personnel hospitalier formé et en nombre adéquat. Ils sont soumis à de faibles contraintes au niveau du matériel et ils ont une totale autonomie et liberté de prescription (avec une accessibilité aux thérapies coûteuses pour leurs patients, avec très peu de limitations) ;
- Le libre choix du médecin par les patients et la garantie de l'accès direct au médecin spécialiste (même si pour certaines spécialités, les délais d'attente sont très longs) ;
- La compétitivité des rémunérations, dans certaines disciplines ;
- La convention pour tous les médecins, aucune concurrence à ce niveau ;
- La possibilité de mener des projets de recherche et d'enseignement.

En parallèle à ces forces, il existe des faiblesses d'importance : le coût du logement, les problèmes de circulation et la qualité des services annexes (aux métiers médicaux et de soins) qui n'atteint pas toujours le niveau professionnel exigé des professionnels de santé et comparable aux autres secteurs (tableaux de suivi, gestion des talents, pilotage de l'activité...).

Les défis en matière de financement

Le calcul des dotations accordées aux hôpitaux pour leur fonctionnement est influencé par l'activité hospitalière estimée, dans ses aspects quantitatifs (comptabilisation des présences des patients à minuit) et qualitatifs (au travers d'outils de recensement de la charge en soins tel que le « PRN »). Or, aussi bien la quantité que la nature de l'activité hospitalière varient dans le temps de manière peu prévisible, alors que le système de financement hospitalier, lui, repose sur des budgets prédéfinis. Il existe donc un risque permanent d'un alignement inadéquat des moyens et des ressources sur les besoins et l'activité réelle des établissements hospitaliers. Ce qui conduira inévitablement à des épisodes de surcharge de travail.

Le référentiel temps de travail (RTT) – calcul théorique du nombre d'heures « au lit du patient » à prester annuellement par chaque équivalent temps plein – influence aussi les dotations financées. Ce facteur quantifie forfaitairement les absences (maladie, récupération, formation, etc.) et valorise insuffisamment plusieurs critères d'attractivité, ce qui limite les établissements hospitaliers dans leur possibilité de conduire des politiques d'attraction, de développement et de fidélisation des talents. En conséquence, si les formations professionnelles continues ou le développement des compétences du personnel dépassent le plafond théorique forfaitaire¹¹, alors les équipes voient les heures supplémentaires augmenter ou ont une surcharge de travail significative. Ce constat reste identique lors de l'implication des collaborateurs dans des projets institutionnels de développement ou d'amélioration des services.

11. 40 heures par ETP par an pour le personnel des unités d'hospitalisation et des unités médico-techniques et 15h par ETP par an pour le personnel administratif et logistique.

Pratiques RH et de management

Un livre blanc de Siemens (datant avant la crise du COVID-19) « *Approaches for a successful HR strategy* » in *Healthcare - Necessities, challenges and opportunities in recruiting and retaining medical professionals* a exposé les défis RH futurs des établissements de santé en ces termes : « à mesure que leurs populations et leurs besoins en matière de soins de santé augmentent, les pays ont du mal à fournir un nombre suffisant de professionnels de la santé formés et qualifiés, en particulier des médecins et des infirmières. La recherche, l'attraction et la rétention d'employés expérimentés font partie des principaux défis de la direction de ces établissements.

La productivité et la qualité du service dépendent de la capacité d'une organisation à gérer les ressources humaines. En plus du recrutement et de la rétention, il s'agit de l'évaluation, de la formation, de la rémunération et de la motivation.

De plus, les hôpitaux et les systèmes de santé sont confrontés à un changement de paradigme : ils auront besoin d'employés dotés de nouvelles compétences en leadership pour répondre aux besoins futurs tels que les infirmières praticiennes avancées, adjoints au médecin, spécialistes de la technologie médicale et experts en TI pour l'intégration et la normalisation de données provenant de sources multiples ».

Ces différents défis sont toujours d'actualité. Avec la difficulté d'attirer des talents, accentuée par la crise du COVID-19, les pratiques RH et du management des ressources sont appelées à évoluer ; et ce, d'autant plus, si le secteur veut augmenter sa capacité d'attraction et de rétention pour les aborder. Nous relevons sous la partie « Recommandations » les améliorations qui nous semblent les plus pertinentes¹².

12. Ces différents domaines sont les sujets récurrents de divers papiers sur les défis RH actuels et futurs (comme la 3^e édition – 2020 – du rapport d'Adecco Priorités RH dans le secteur de la santé -État des lieux et clés pour agir qui met en avant comme priorités le recrutement, la fidélisation, la « QVT » (la santé et la qualité de vie au travail) et l'accompagnement du déploiement du numérique.)

3. Vision 2030

3.1 Vision FHL en matière de ressources humaines à l'horizon 2030

En 2030, selon la FHL, une gouvernance forte et cohérente identifie les compétences requises du secteur, prévoit et planifie le nombre de professionnels à former en tenant compte des remplacements naturels, des nouveaux besoins liés à la croissance démographique, au vieillissement de la population, aux évolutions des pratiques de la médecine et de la technologie. De nouvelles filières de formations des professionnels de santé sont développées au Luxembourg (notamment un Master en médecine, des DES spécialisés supplémentaires et des Bachelors dans diverses disciplines de « *nursing* »). Ceci grâce notamment à l'évolution de l'UNI (dont la santé est un de ses pôles de compétences en 2030) et un système de rémunération modernisé tenant compte de la diversité des fonctions et compétences dans le secteur.

Celui-ci favorise la formation continue qualifiante pour compléter ces socles de formations durant les carrières des collaborateurs du secteur. Avec ces avancées, les établissements hospitaliers ont à leur disponibilité des viviers de talents locaux plus importants et, par conséquent, réduisent leur dépendance aux ressources étrangères.

Dans ces mêmes établissements, **les fonctions RH comptent comme des partenaires stratégiques intégrant les directions des hôpitaux et jouent un rôle crucial dans la culture d'entreprise, dans l'attraction, le développement et la fidélisation des talents** – en ligne avec les meilleures pratiques du marché.

En 2030, le pays reste toutefois encore très dépendant des ressources étrangères. En effet, les déficits projetés, les délais de déploiement et la durée même des cursus de formation ne comblent pas encore de manière significative les déséquilibres actuels.

4. Recommandations et plan d'action

Élaborer et déployer une gouvernance nationale pour le pilotage des besoins RH

- Disposer au sein du MISA d'un organe chargé de la gouvernance et des registres des professionnels de santé¹³ ; avec pour mission de piloter des effectifs (professionnels médicaux et de soins), d'assurer la gestion de l'ensemble des problématiques des professionnels de santé (promotion des professions, formation initiale, formation continue, recrutement, attributions, registres, statistiques, indicateurs et monitoring, suivi des flux migratoires des professionnels de santé...) en adéquation avec la politique de santé et la politique d'action sociale et de la vision à 10-15 ans de l'organisation du système ;
- Piloter l'implantation de médecins spécialistes afin de ne pas surcharger les disciplines pour lesquelles la pyramide des âges est adaptée et promouvoir celles où des pénuries existent ou sont projetées ;
- Développer les expériences pour accroître l'efficacité et l'efficience des pratiques médicales (télémédecine, téléexpertise, développement d'une approche multi-professionnelle des soins¹⁴...) afin d'alléger la charge de travail des médecins ;
- Définir ou réviser dans la loi, pour chacune des professions, son champ d'exercices et ses domaines d'activités réservés pour plus de souplesse dans l'exercice professionnel sur le terrain, tout en garantissant la qualité et la sécurité aux bénéficiaires des prises en charge ;
- Donner un rôle aux sociétés médicales et aux associations professionnelles dans l'actualisation des professions tant au niveau des propositions de recommandations de bonnes pratiques au CSDS, des contenus de formation initiale et continue que des attributions professionnelles ;
- Développer une plateforme unique d'échange électronique d'informations entre les institutions ou associations de médecins et les étudiants en médecine concernant, d'une part, les postes vacants de médecins au Luxembourg, et d'autre part, les départs naturels à prévoir sur 10 à 15 ans et enfin, les projets nécessitant des compétences médicales spécifiques ;
- Améliorer les données disponibles sur les professionnels de santé¹⁵.

13. Et intégrant tous les acteurs impliqués afin, comme le recommande l'étude Lair-Hillion-2019, « de développer une véritable politique de ressources professionnelles et des stratégies communes coordonnées, pour mieux répondre aux besoins du système de santé ».

14. La généralisation du concept de parcours de soins et l'évolution de « l'hôpital du futur » (cf. travaux en cours entre la FHL et le MISA sur les « Métiers hospitaliers du futur ») rendent nécessaire l'évolution d'une approche multiprofessionnelle (ce que prône également l'étude « *State of Health in the EU - Luxembourg Country Health Profile 2021* »).

15. Ce qui nécessitera notamment une collaboration rapprochée avec le CEDEIS (informations relatives aux étudiants en médecine – qui étudient dans plus d'une vingtaine de pays), ainsi que d'améliorer les informations disponibles sur les MEVS (une source non négligeable en effectifs médicaux) et d'apporter des aménagements aux fichiers de la CNS (voir divers exemples dans le rapport Lair-Hillion-2019)

Promouvoir résolument le pays, le secteur hospitalier et les professions de santé

Le secteur hospitalier est un secteur attractif : non seulement le travail effectué est porteur de sens¹⁶, mais les établissements du pays ont aussi de multiples avantages dans de nombreux domaines (infrastructures, organisation...) comparé à l'étranger. **Le pays affiche divers critères d'attractivité (cf. partie « situation actuelle »), mais ceux-ci ne sont pas promus de manière ciblée, structurée et cohérente par les recruteurs du pays envers les professionnels de santé** – que ce soit au niveau des établissements individuels ou au niveau des différents acteurs dans leur ensemble. Cette absence de communication est constatée par les professionnels qualifiés (étrangers), ainsi que par les cibles potentielles luxembourgeoises (étudiants du secondaire¹⁷, MEVS...).

C'est pourquoi nous recommandons la création d'un comité de promotion du secteur afin de définir une stratégie de communication et d'en développer les supports pour porter le secteur¹⁸ et ses différents métiers¹⁹. Ces supports serviront dans les campagnes individuelles de recrutement. Cette stratégie de communication tendra alors à redorer l'image des professions de santé auprès du grand public et à initier des vocations au niveau des étudiants du pays.

16. On devient rarement médecin ou soignant « par hasard » contrairement à beaucoup d'autres professions.

17. Dans ce cadre, le MISA a lancé une campagne de promotion des métiers de santé dans les établissements du cycle secondaire. Le recrutement commençant dans la phase d'orientation des études, il est primordial d'être présents dans les cycles secondaires et d'ouvrir les portes des hôpitaux pour susciter des vocations aussi bien dans des professions médicales que de soins.

18. Et informer sur ce qu'est un hôpital, sur les nombreux métiers qui le composent, et expliquer comment réconcilier les attentes des nouvelles générations avec les contraintes de l'activité hospitalier.

19. La promotion des métiers doit également inclure les métiers administratifs sous tension telle l'informatique.

Améliorer la gestion des carrières et certaines incitations financières

De manière générale, les niveaux de rémunération du secteur sont compétitifs, notamment au niveau de la CCT-FHL²⁰. Cependant, quelques carences existent et voici nos recommandations à ce propos :

- Le coût du logement au Luxembourg est élevé. Par conséquent, l'étude d'incitatifs spécifiques visant à alléger le coût d'installation s'avère judicieuse. Ils concernent aussi bien certaines professions particulièrement rares et provenant de régions éloignées que les professionnels luxembourgeois revenant au pays après leur formation (afin de diminuer, par exemple, les contraintes sur les gardes hospitalières notamment) ;
- Le système de rémunération de la CCT-FHL qui récompense essentiellement le diplôme et l'ancienneté ne favorise ni la formation continue ni l'acquisition de compétences spécialisées. Les discussions autour du développement d'un système de rémunération par fonction doivent se renouer (elles remontent à une quinzaine d'années) et se négocier en tripartite. Une révision de ce système nécessitera également celle des professions réglementées afin de les intégrer dans la liste des métiers dits « du futur » (cf. travaux de la FHL conjointement avec le MISA sur ce sujet) ;
- De plus, à cet effet, les partenaires sociaux discuteront de la mise en place d'un système de gestion des carrières avec un entretien annuel de développement (appréciation annuelle) et de reconnaissance de la performance (prime, prime exceptionnelle, échelon supplémentaire, formation diplômante, avantages sociaux...).

Améliorer l'encadrement et la facilitation de la formation des médecins

- Initier des rapprochements entre les étudiants en médecine et le MISA dès le démarrage des études ;
- Prévoir des connexions entre le CEDIES, la DISA et l'ALEM afin de disposer d'informations pertinentes sur les étudiants en médecine et sur les MEVS au Luxembourg et à l'étranger ;
- Renforcer les partenariats avec les universités pour les formations des futurs médecins et MEVS ;
- Accélérer le développement d'un cursus de formation complète des médecins à l'UNI ;
- Élargir les possibilités de formation des MEVS (luxembourgeois) au Luxembourg.

20. Il existe quatre systèmes de rémunérations pour les professions de soins (étatiques, FHL, SAS, privé).

Améliorer la promotion, la valorisation et la planification des cursus des professions de santé

Sur les 24 professions de santé réglementées, seulement 10 font l'objet d'une formation au Luxembourg (réalisée par 3 acteurs différents). Avec plus de 60 % de personnel étranger, le Luxembourg est fort dépendant de la main-d'œuvre étrangère. Ainsi, dans le cadre de la gouvernance du pilotage des effectifs du secteur, nous recommandons une réflexion fondamentale pour une refonte en profondeur de la promotion, de la valorisation, de la planification des cursus et de la reconnaissance des professions de santé comme le conseille le rapport Lair-Hillion-2019²¹.

Dans le but d'inciter le développement des compétences/spécialisations des professions de soins par un dispositif de promotion et de reconnaissance, il serait pertinent d'introduire un système de rémunération par fonction.



21. Le rapport recommande dans ce cadre de « revoir le niveau d'entrée requis (baccalauréat), de réaliser la formation d'infirmier en soins généraux en 3 années post Bac (reconnaître cette formation en tant que Bachelor), d'inscrire cette formation dans un cursus académique à l'UNI, d'établir des ponts avec la formation des médecins, d'envisager si nécessaire une solution intermédiaire de type Haute École et de ne pas faire coexister deux formations d'infirmier en parallèle (infirmier BTS et infirmier Bachelor - source de confusion) »

Faire évoluer l'approche de l'apprentissage

Dans le cadre du développement des cursus universitaires dispensé par UNI il est primordial pour l'atteinte des objectifs de l'enseignement clinique, un nouveau modèle d'apprentissage, fondé sur un travail en partenariat rapproché entre l'UNI et le LTPS soit institué.

Ce modèle requerra une implication plus importante des acteurs de l'enseignement clinique de l'hôpital nécessitant une valorisation et une reconnaissance adéquates.

Adapter les pratiques RH et de management

Dans la partie « situation actuelle », nous relevons les défis auxquels le secteur est confronté pour l'attraction, l'intégration et la fidélisation des collaborateurs dans son ensemble. Le secteur devra alors, dans ce contexte, adapter certaines pratiques RH et de gestion des ressources humaines pour répondre aux besoins évolutifs, notamment des nouvelles générations. Ce papier de réflexion émet des améliorations les plus pertinentes ci-après. Notons qu'un forum de ressources humaines dédié aux évolutions stratégiques du secteur représenterait, au niveau de la FHL, une mesure importante pour étudier ces différentes pratiques.

Le « sourcing » des ressources, les processus de recrutement et l'intégration des nouvelles recrues

- Développer des campagnes de communication adéquates afin de mettre en avant les nombreux critères d'attractivité relevés sous le chapitre 2 de ce papier ;
- **Optimiser les processus de recrutement des établissements hospitaliers et leur cohérence envers tous les candidats** – certains subissant « un parcours du combattant » (p. ex. des candidats venant de régions lointaines et confrontés à un large panel de recruteurs) alors que les établissements devraient tout mettre en œuvre pour les « séduire »²² ;
- Professionnaliser et systématiser les processus d'intégration non seulement au sein des institutions mais aussi dans le système de santé luxembourgeois (la recherche indique qu'un « *on boarding* » réussi contribue de manière significative à la fidélisation à terme des collaborateurs) ;
- Mieux accompagner et former les stagiaires (tous métiers confondus) afin de donner une image (plus) positive du secteur et à fidéliser des candidats futurs potentiels.

22. Le périmètre de ce document ne permet pas de concevoir des améliorations de pratiques de recrutement, mais recommande aux établissements de s'inspirer des meilleures pratiques (telles que p. ex. celles relevées dans le document de l'« *US Bureau of Labor Statistics* », 12 common mistakes for every HR manager to avoid when hiring qui sont souvent des « quick wins ».

Gestion (proactive) des talents et des compétences

- Maintenir la motivation des collaborateurs de plus en plus épuisés par les exigences de la profession. **Le changement d'attitude des nouvelles générations passe en partie par une gestion proactive des compétences et la proposition de formations continues qui permet aux professionnels de la santé de rester dans le secteur tout en transformant leur poste ;**
- Gérer des compétences reste cependant à lancer dans plusieurs établissements (p. ex. peu de modèles de compétences servent de base à des politiques de développement cohérentes) et le secteur devrait entamer une étude en profondeur pour professionnaliser et systématiser ce thème.

Innovations/nouvelles technologies pédagogiques

- **Valoriser les nouvelles technologies de formation (e-learning, simulation...) auprès de collaborateurs et des stagiaires pour améliorer l'apprentissage des compétences et développer une image d'organisation RH moderne.**

L'empowerment des employés

- Alléger la charge mentale que représente le travail (à présent composante intrinsèque de celui-ci). Pour les médecins, cela peut passer par des accueils « clé en main » où, épaulés par la mise à disposition d'un local de consultation, d'un secrétariat, de services de support, ils peuvent simplement se consacrer à l'Art de la médecine sans autre contrainte.

Passer du WORK-LIFE balance au LIFE-WORK balance

- **Permettre aux professionnels de santé de se reposer. Leur résistance s'est amoindrie avec la pandémie Covid et les contraintes d'adaptation constantes.** Ils se fatiguent plus rapidement. Ce repos peut prendre différentes formes : dans la flexibilité du temps de travail, dans la création de nouveaux emplois qui déchargent les professionnels de santé (*case manager*, référents douleur, infirmiers de liaison en interne...) et, pour les plus âgés, par une augmentation du temps de repos ;
- Proposer des solutions adaptées aux besoins spécifiques de chacune demeure primordial : temps partiels ; horaires adaptés ; horaires mobiles ; télétravail ; compte épargne temps ; congé sans solde ; congé social ; congés individuels de formation... Les différentes générations qui cohabitent au sein de l'hôpital n'ont pas ni les mêmes aspirations ni des conceptions identiques de la vie et du travail. Les mesures de flexibilisation du temps de travail suivantes sont envisageables :

Mesure	Service support	Médecin	Soignant
Télétravail	X	?	NON
Horaire mobile	X	?	NON
Temps partiel	X	X	X
Travail à distance (téléconsultation, permanence)	X	X	NON
Congé sans solde	X	X	X
DHS	X	X	X
Congé social	X		X
Congé individuel de formation	X	X	X

Transformation des fonctions RH

- **Offrir un suivi individualisé aux collaborateurs dans tous les aspects de leur carrière : du recrutement à la pension, en leur permettant de maintenir et de développer leurs compétences, de se former, et d'être épaulés dans leurs démarches, quelles qu'elles soient.**

Auparavant, la gestion du personnel consistait principalement à organiser les heures de travail, calculer les salaires et disposer d'un dossier personnel. Aujourd'hui, les services RH sont devenus un partenaire stratégique des institutions ;

- Souligner que les RH (à côté de cette mission institutionnelle) sont un facteur de développement et de renforcement des valeurs et de la culture d'entreprise²³. Coachs, ils soutiennent les collaborateurs et les directions pour réaliser la vision stratégique de l'établissement ;
- Faire évoluer les pratiques RH hospitalières et mieux communiquer sur ces dernières afin de montrer les enjeux, la performance et le professionnalisme RH des hôpitaux (concurrentiel avec les autres secteurs) sont des enjeux importants. La création d'un forum RH dédié aux thèmes stratégiques RH du secteur au sein de la FHL représentera un élément contributeur important dans ce domaine.

23. Le sujet des valeurs et de la culture d'entreprise sont compris et abordés de manière très variée (et malheureusement avec peu de « maturité », de structure et de « conviction ») au niveau des établissements alors qu'ils ont des impacts potentiels considérables pour l'attraction, la motivation et la fidélisation des effectifs, notamment les nouvelles générations.

L'accompagnement des équipes dans les étapes de la transformation digitale

- Comme le souligne le document de l'OCDE (juillet 2021) *Empowering the health workforce Strategies to make the most of the digital revolution*, « la réussite de la transformation numérique dans le secteur de la santé n'est pas une simple question d'évolutions technologiques, mais nécessite des adaptations complexes dans les attitudes et les compétences comportementales ainsi que dans l'organisation du travail et les cadres juridiques et financiers connexes. Les technologies numériques ne fournissent que les outils et ne peuvent pas transformer le secteur de la santé à elles seules, mais doivent être utilisées de manière productive par les professionnels de santé et administratifs et les patients ». **Ainsi, les équipes RH et les cadres des établissements hospitaliers doivent déployer de manière proactive des initiatives, en particulier pour la gestion du changement afin de motiver et d'impliquer les différentes sections de leurs effectifs dans la transformation digitale en cours.**
- La digitalisation est à la fois un facteur d'attraction et son contraire. La génération Y demande toujours plus de digitalisation. À l'inverse, la génération X affirme n'avoir pas choisi une profession soignante pour « travailler sur un ordinateur ». S'ensuit un phénomène de « *reverse mentoring* » consenti ou non, dans lequel la jeune génération forme la génération X avec parfois l'émergence de frustrations ; cette dernière perd son statut de mentor et se sent dépossédée du sens de son travail.
- Les services RH doivent donc développer des stratégies d'accompagnement adaptées et différenciées pour aborder cette « problématique » particulièrement pertinente pour la motivation des collaborateurs.

Adresser les défis en matière de financement

Les services hospitaliers agissent à l'instant T avec des ressources déterminées par leurs prestations passées et avec l'espoir des ressources adaptées pour le futur, avec un risque permanent d'une inadéquation des ressources humaines pour les besoins et l'activité réelle des établissements hospitaliers conduisant inévitablement à des épisodes de surcharge de travail. Nous préconisons, par conséquent, une réflexion globale sur le financement des effectifs spécifiquement (cf livre blanc de la FHL « Financement du secteur hospitalier ») afin de mieux aligner le mode et les niveaux de financement avec ses besoins réels (actuels et projetés) autant en termes de volume des effectifs que de l'évolution des (nouveaux) métiers.

5. Conclusions

Aujourd'hui, en 2022, nous constatons l'augmentation des difficultés à recruter des professionnels de santé qui se raréfient et des projections alarmistes de pénuries²⁴ de ces mêmes professionnels, à l'horizon 2030.

Dès lors, il devient urgent d'améliorer la planification RH du secteur par une gouvernance forte et cohérente. Celle-ci identifiera les compétences requises, prévoira et planifiera le nombre de professionnels à former en tenant compte des remplacements naturels, des nouveaux besoins liés à la croissance démographique, au vieillissement de la population et aux évolutions des pratiques de la médecine et de la technologie.

En parallèle, le pays se doit d'améliorer sa faculté à susciter des carrières et à augmenter ses capacités de formation des professionnels de santé afin de réduire sa dépendance aux ressources étrangères.

Cependant, sur le court et moyen-terme, celles-ci demeureront des piliers incontournables du secteur hospitalier qui devra ainsi s'assurer de ses pratiques en matière RH. Il en va des défis à relever et décrits dans ce document pour attirer, développer et fidéliser les collaborateurs de toutes origines dans un marché du travail qui restera, malheureusement, tendu pendant longtemps.



24. Une pénurie en professionnels de la santé est définie par une incapacité à couvrir un besoin de santé par une compétence attendue ; la disponibilité sur le marché de l'emploi est (bien) inférieure au(x) besoin(s). Cette pénurie résulte dans la suppression (temporaire ou définitive) des prestations qui en dépendent résultant par exemple dans la fermeture de lits hospitaliers ou de blocs opératoires.



6

Le financement du secteur hospitalier en 2030

- Introduction | 96
- Analyse de l'existant | 98
- Vision FHL 2030 | 99
 - Mécanismes de financement en 2030 | 99
 - Qualité et innovation en 2030 | 100
 - Soins appropriés | 101
 - Prévention et promotion de la santé en 2030 | 102
- Action concrètes proposées | 103
- Conclusion | 105

1. Introduction

Au Luxembourg, le financement de la prise en charge en milieu hospitalier se base sur deux systèmes de financement complémentaires : le financement des hôpitaux avec leur personnel soignant et administratif par un système budgétaire d'un côté et le financement des actes médicaux de l'autre.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de santé, le financement des hôpitaux est limité par une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier. Le financeur a pour objectif, entre autres, de répondre à un besoin de planification ainsi qu'à un équilibre entre dépenses et recettes. Au sein de l'enveloppe budgétaire globale, la prime qualité est versée par la CNS à chaque établissement participant au programme qualité et remplissant les critères arrêtés en Commission d'évaluation.

En revanche, le financement de l'activité médicale, indépendant du financement des hôpitaux et non limité par une enveloppe plafonnée, est basé sur la nomenclature. Les patients avancent les coûts médicaux et sont rétrospectivement remboursés par la CNS, hormis les prises en charge couvertes par le tiers payant.

D'une part, le mécanisme de financement actuel aspire à couvrir les frais hospitaliers et à assurer une continuité des soins dans ces établissements. D'autre part, il accorde aux médecins la liberté thérapeutique et leur permet donc de proposer aux patients – dans la limitation de l'utile et du nécessaire¹ – la prise en charge qui leur semble la plus pertinente. En exami-

nant ce mécanisme de plus près, il présente toutefois certaines contraintes voire inconvénients :

- Dans le cadre de la budgétisation, l'objectif pour les établissements hospitaliers est d'opérer une gestion économiquement neutre, donc *a priori* sans générer de bénéfices. Par ailleurs, lors de la négociation budgétaire annuelle, la CNS tient compte du coût le plus modéré entre le budget accordé précédemment, les dépenses réelles et la demande budgétaire. Dès lors, en cas de sous-passement du budget accordé antérieurement, le budget de l'établissement sera adapté pour les années qui suivent l'exercice. **Cela pénalise alors de façon implicite le fonctionnement efficient et la bonne performance d'un établissement ;**
- Le fait que les budgets soient établis de manière bisannuelle et qu'ils sont basés sur les résultats antérieurs implique une planification dépassant les deux ans et demi. Néanmoins, cette programmation ne permet pas de répondre de façon agile et en temps voulu ni au progrès technologique ni au progrès médical dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale ;
- La prime qualité qui est censée inciter et soutenir une amélioration continue des établissements hospitaliers est malheureusement souvent utilisée en premier lieu pour couvrir les déficits liés à une enveloppe budgétaire globale trop limitée. L'ambition récente de l'IGSS de contrôler davantage l'allocation de ces ressources financières² limiterait d'autant plus leur marge de manœuvre, leur flexibilité et ainsi leur possibilité de créer de la valeur en misant sur l'innovation et le progrès ;

1. Article 23 du code de la sécurité sociale : « Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. (...)»

2. L'IGSS indique que « des adaptations concernant le mode de financement de la prime annuelle dans le cadre du programme qualité s'imposent et sont dès lors à aligner et à incorporer aux mécanismes prévus par le CSS. Ainsi, le financement de l'ensemble des dépenses opposables liées au développement de la qualité sera à considérer dans le dispositif des frais fixes qui est défini dans la convention CNS-FHL. Les montants seront à arrêter dans le cadre des négociations entre la CNS et les établissements hospitaliers. »

Le retard dans l'établissement des décomptes par rapport aux budgets des hôpitaux engendre des difficultés majeures en termes de trésorerie (les derniers décomptes réalisés datent de 2017) ;

- L'Etat ne couvre pas, à ce jour, le renouvellement de l'équipement médicotechnique (investissements de remplacement) dont il a pris en charge le financement initial. Des appareils qui arrivent à leur fin de vie doivent donc être remplacés par les moyens de l'enveloppe budgétaire globale – une faiblesse structurelle également constatée dans le rapport récent de l'IGSS³ ;
- **L'efficacité en milieu hospitalier est souvent mesurée par le degré d'utilisation des infrastructures et non sa pertinence.** En effet, les prestations du secteur hospitalier s'inscrivent dans un cadre multifactoriel complexe avec des conséquences néfastes en matière de santé publique en cas de sous-dotation en ressources financières (p. ex. qualité des prises en charge, délais d'attente, liberté thérapeutique, continuité des soins, compétitivité de l'économie). Conscients de la limite des ressources financières, des choix stratégiques s'imposent et leurs implications sont appréciées différemment par chaque partie prenante – assuré, contribuable, assureur, gouvernement, médecins, hôpitaux, et autres ;
- Les déficits réalisés dans le cadre d'activités opposables doivent systématiquement être compensés par une bonne gestion de l'activité non opposable.

Il serait simple de conclure qu'une extension des moyens mis à disposition résoudrait les problèmes multiples (p. ex. problèmes structurels, manque de ressources, obsolescence de certains équipements) auxquels le secteur se voit confronter. Cependant, il faut rester objectif et raisonnable dans toute réflexion

autour du financement. À l'évidence, un système à ressources illimitées pourrait faciliter un meilleur accès aux soins ou une meilleure prise en charge et l'expérience rapportée par le patient serait vraisemblablement meilleure que dans un système à fonds limités.

Toutefois, il paraît important d'équilibrer la qualité et « l'expérience patient » d'un côté avec la soutenabilité, l'efficacité et la pertinence de la prise en charge de l'autre.

L'objectif du présent papier stratégique est d'illustrer des pistes qui contribueraient à améliorer le système actuel et à le faire évoluer vers un système qui tient compte aussi bien des attentes du patient et de la qualité de sa prise en charge que d'une prise en charge appropriée et efficace.

3. Rapport d'analyse prévisionnel de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier, IGSS, publié au mois d'août 2022

2. Analyse de l'existant

Dans les débats récents autour du virage ambulatoire, les médecins ont reproché aux établissements hospitaliers d'être chers et inefficients. Si ces structures ont un coût important, il s'agit, néanmoins, de considérer les contraintes sous lesquelles elles opèrent.

La mission des établissements hospitaliers est d'assurer un service de santé publique. Cela implique, entre autres, la mise à disposition de tous les équipements nécessaires aux divers interventions et examens médicaux, l'accessibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (continuité des soins) et la prise en charge de patients – assurés CNS ou non – de manière planifiée et non planifiée (p. ex. urgences). Contrairement à un cabinet de ville, qui pourrait se limiter à des interventions planifiées, **le fonctionnement d'un hôpital est inévitablement complexe et peu ou pas rentable si l'ambition est d'avoir assez de flexibilité pour assurer des prises en charge imprévues** ou bien pour être suffisamment résilient en cas d'accidents majeurs ou en situation de crise. Lors de la pandémie liée au COVID19, le secteur hospitalier luxembourgeois a d'ailleurs fait preuve de cohésion et de résilience en se rapprochant des limites capacitives sans se voir confronté à des situations non gérables – ce qui montre l'utilité et, par ailleurs, l'adéquation de cette capacité disponible.

La majorité des coûts hospitaliers est constituée des coûts du personnel soignant, administratif et d'autres professionnels travaillant dans ce secteur et couverts par la convention collective de travail dans le secteur hospitalier (CCT-FHL). Des adaptations de cette convention collective, comme notamment les revalorisations des carrières en 2017⁴, sont inéluctablement à la source d'une croissance importante des coûts hospitaliers. La future prise en compte du Bachelor pour

les infirmiers et la revue des attributions professionnelles des professions de santé – actuellement en discussion au niveau du Ministère de la Santé (MISA) – auront inmanquablement un impact important sur l'évolution des ressources financières nécessaires. En outre, force est de constater que l'accessibilité aux soins dans les hôpitaux est directement corrélée avec l'effet des conditions de travail attractives pour une main-d'œuvre compétente et engagée.

Les établissements hospitaliers font partie des infrastructures critiques du pays ; leur fonctionnement est jugé essentiel pour la sécurité nationale et la continuité des fonctions sociétales. En tant que tels, ils ont une obligation légale d'élaborer des plans de sécurité et de continuité de leur activité ainsi que de protection de l'infrastructure. Sans s'y limiter, un tel plan inclut la mise en place de centres de données redondants, de systèmes de génératrices de secours ou encore de raccordements auxiliaires d'eau, de gaz ou d'oxygène pour toute l'infrastructure. Toutes ces mesures font l'objet de demandes au Haut-Commissariat à la protection nationale (HCPN) et relèvent substantiellement le coût de fonctionnement de ces infrastructures.

Pour limiter l'augmentation des coûts en milieu hospitalier, de nombreuses initiatives ont déjà été amorcées par les établissements hospitaliers, notamment la création d'une cellule d'achat, la concentration des volumes et la négociation dans l'acquisition de matériels hospitaliers ou de médicaments, la mutualisation du système de gestion du personnel au sein de LUXITH, le regroupement (partiel) de la comptabilité et de la facturation via SAP ou encore l'externalisation (angl. *outsourcing*) de certaines activités comme la restauration et le nettoyage.

4. Croissance réelle de 7,4 %, faisant abstraction des coûts supplémentaires pour les 2 nouveaux établissements hospitaliers LNS et CRCC – Rapport d'analyse prévisionnel de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier, IGSS, publié au mois d'août 2022.

En règle générale, les membres de la FHL soutiennent une mutualisation accrue des activités de support si celle-ci contribue à une réduction des coûts sans impacter négativement la qualité des services concernés.

En résumé, depuis de longues années, l'enveloppe budgétaire globale est, sans conteste, insuffisante pour permettre aux établissements hospitaliers d'opé-

rer de manière non déficitaire. Les établissements arrivent à atteindre leur seuil d'équilibre uniquement par la réattribution de la prime qualité ou des bénéfices générés par des activités non opposables.

3. Vision FHL 2030

En 2030, l'évolution de notre système de santé et son financement s'articulent, selon la FHL, autour de quatre axes de réflexion : une réévaluation des mécanismes de financement, une plus grande attention à la qualité et à l'innovation, une revue régulière et critique de la pertinence et de l'adéquation des soins, et la prévention (passer d'une approche de « gestion de la maladie » à celle de la « promotion de la santé »).

Mécanismes de financement en 2030

À cette date, les établissements hospitaliers bénéficient davantage de flexibilité dans leur gestion et leurs actions afin d'encourager fortement l'innovation, la performance et la qualité. À ce titre, ils disposent d'une pleine souplesse pour la réallocation de la prime de qualité et des prestations opposables.

La FHL ne s'oppose pas à une couverture par forfaits de certains coûts hospitaliers comme récemment discuté au niveau ministériel. Le succès d'un tel mécanisme dépend néanmoins d'un certain nombre de conditions :

- Les forfaits sont définis sur base de volumes et de coûts réalistes afin d'éviter que leur application ne mène à des déficits ;

- Leur définition a créé un level playing field entre les différents acteurs du terrain. Ces normes et règles sont les mêmes pour tous, les forfaits sont homogènes suivant une méthodologie déterminée au niveau national ;
- Comme ces forfaits sont traités hors enveloppe budgétaire globale, ils sont non limitatifs (pour les distinguer de l'unité d'œuvre appliquée, à ce jour, dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale). Les établissements hospitaliers génèrent ainsi implicitement des bénéfices sur ces activités.

S'agissant de deniers publics, ces surplus temporaires sont immanquablement réinvestis dans l'intérêt du patient et de la santé publique. La FHL propose par ailleurs – comme dans le cas de la prime qualité – de laisser aux établissements hospitaliers la flexibilité dans cette réallocation. Ainsi, ce mécanisme peut créer un stimulant important et encourager les établissements à opérer de manière performante et entrepreneuriale sur ces activités afin de gagner en potentiel d'innovation et de qualité par les bénéfices générés.

Grever, par principe, les hôpitaux de tout bénéfice éventuel n'est pas propice à une approche visant l'efficacité et l'innovation – en effet, l'utilisation des bénéfices favorise le développement indispensable des activités non encore financées par la CNS.

En outre, si la génération de profits sur les périmètres réglés par des forfaits n'est pas envisagée, les établissements hospitaliers tendent à éviter ces domaines d'activité. Dans le meilleur des cas, ils ne peuvent qu'atteindre le seuil de rentabilité, tout en prenant le risque d'opérer de façon déficitaire.

Enfin, dernier volet à prendre en compte dans la vision 2030 du financement du secteur est le besoin des compétences médicales dans la gestion des établissements. Pour mieux structurer le parcours du patient, produire des indicateurs de qualité, évaluer les résultats, assurer le travail organisationnel dans les établissements ou encore gérer les risques, des compétences médicales sont primordiales. Or, à ce jour, les médecins hospitaliers sont financés principalement pour leur activité directe auprès du patient (actes intellectuels et actes techniques) et ne sont ainsi nullement incités à s'investir dans la gestion ou l'innovation de leurs établissements. En 2030, des mécanismes de financement de ces activités sont prévus pour éviter un engagement défavorable du médecin dans l'organisation de son institution.

Afin de pérenniser l'innovation et la bonne gestion en milieu hospitalier, un budget annuel de 1 % de l'enveloppe budgétaire globale est envisagée. Il couvre aussi bien les frais des médecins hospitaliers s'impliquant dans la gestion de leur établissement, que les

investissements dans l'innovation – qui souvent ne présentent pas un retour sur investissement rapide mais qui sont fondamentaux pour un fonctionnement efficace et efficient à long terme.

Qualité et innovation en 2030

Notre système de santé incite davantage à la qualité et au résultat de la prise en charge. À cet effet, et pour les évaluer, des indicateurs sont mis en place. Au-delà des indicateurs de qualité historiques utilisés depuis de longues années, les *Patient Reported Outcome Measures (PROMs)* et les *Patient Reported Experience Measures (PREMs)*⁵ sont largement exploités comme dans d'autres pays⁶.

En 2030, ces indicateurs sont transparents – aussi bien pour le professionnel de la santé lui-même, les acteurs du système, entre établissements hospitaliers et vis-à-vis du patient. Grâce à cette transparence, le patient choisit le professionnel ou l'établissement de façon avisée ; cela incite ainsi à une évolution de la qualité dans les différents établissements. Comme prévu par Porter, la disponibilité d'indicateurs fiables et pertinents a un impact positif direct sur le financement des établissements hospitaliers, entraînant une boucle vertueuse d'investissements favorables au système de santé.

Au-delà de la qualité, l'innovation – comme relevé ci-dessus – est promue financièrement notamment par un fonds de l'innovation. Chaque projet (p. ex. acquisition d'équipement, adaptation du processus de la prise en charge, nouvelles méthodes de traitement) peut être proposé pour bénéficier d'un tel financement. L'impact positif sur le résultat pour le patient et

5. PORTER (ME), "What is value in health care?", The New England journal of medicine, 2010.

6. À cette fin, Michael Porter, soulignait que la qualité et la création de valeur doivent toujours être évaluées par le consommateur, et dans un système hospitalier efficace, la valeur créée pour le patient devrait ainsi avoir un impact direct sur la récompense des acteurs du système. Même si ce concept semble prometteur, la FHL invite à ne pas confondre le confort lors de la prise en charge avec la qualité de celle-ci. À titre d'exemple, un patient qui trouvera facilement un emplacement de stationnement (idéalement gratuit), à qui un café sera offert dans un environnement haut de gamme avant son examen médical, aura certainement une meilleure expérience dans cet environnement que dans un milieu hospitalier standard. Et ce, même si sa prise en charge était de qualité inférieure dans ce centre. Ceci est d'autant plus important dans le contexte luxembourgeois puisque le patient ne supporte pas lui-même les frais de celle-ci. Puisqu'il ne préfinance pas ces dépenses, il ne les connaît pas, contrairement aux coûts d'une prise en charge en extrahospitalier. Actuellement, le paiement immédiat direct n'existe pas encore). Dès lors, la valeur de sa prise en charge nécessitera, non seulement, de dépendre de la perception du patient, mais surtout des résultats objectifs (angl. *clinical evidence*). Ces éléments devraient à terme servir de base pour le financement global et non seulement pour les actes prestés.

l'effet positif sur l'efficacité du système sont deux des critères de sélection.

Soins appropriés

Le concept des soins appropriés (angl. *appropriate care*) est défini par l'OMS comme « soins qui sont efficaces et efficaces et qui suivent les principes éthiques d'une allocation équitable⁷ ». Même si ce concept n'est pas défini de manière uniforme dans la littérature, cinq éléments apparaissent régulièrement dans les différents articles à ce sujet⁸ :

- **Evidence based care** (soins fondés sur des données probantes) : chaque prise en charge, intervention ou traitement, est censée améliorer irréfutablement l'état de santé du patient. Une telle évaluation nécessite un certain investissement dans la recherche sur les résultats de traitements et surtout un suivi méticuleux des indicateurs et des données patients y relatifs. À cette fin, une gestion avancée de données (voir aussi le papier stratégique du groupe de travail thématique sur le *Data Management*) est mise en place d'ici 2030.
- **Expertise clinique** : une équipe pluridisciplinaire sérieusement formée propose, assurément, une prise en charge plus optimale qu'une équipe moyennement formée ou dispersée. Dans cet esprit, la formation et l'échange d'expérience entre professionnels de santé et le consensus professionnel sont encouragés afin de contribuer à un meilleur résultat de la prise en charge et, implicitement, à une efficacité améliorée.
- **Orientation patient** : une bonne prise en charge est adaptée aux besoins spécifiques du patient et l'implique activement dans la prise de décisions (patient partenaire). Tout d'abord, une communication efficace et transparente avec le patient est nécessaire afin qu'il développe une certaine confiance dans le système et suffisamment de littératie en santé (angl. *health literacy*). Il peut,

alors, se prononcer sur ses attentes et objectifs quant à sa prise en charge. Ensuite, ces attentes et besoins spécifiques sont pris en compte du mieux possible/raisonnable et sa prise en charge adaptée à son profil.

- **Utilisation responsable de ressources** : d'une part, la réduction de variation des ressources permet un provisionnement plus efficace par une meilleure position de négociation vis-à-vis des fournisseurs. D'autre part, la diminution de déchets ou de «non-qualité» – comme notamment le fait d'éviter des défauts, le temps d'attente, les requêtes supplémentaires, l'excès de stock ou encore le surtraitement – contribue, elle aussi, à une augmentation d'efficacité.
- **Équité** : la prise en charge est équitable et non discriminatoire. L'accès aux soins est garanti de façon identique pour tous les usagers, quel que soit leur statut socio-économique.

Même si ces principes ne contribuent pas à résoudre les problèmes du financement et plus particulièrement d'une enveloppe budgétaire globale trop limitée, ils ont clairement un effet positif sur l'efficacité et l'efficacité de la prise en charge. En cela, des indicateurs sont identifiés dans le but d'évaluer si la prise en charge proposée est adaptée. De même, le système de financement est orienté de sorte qu'il encourage une telle prise en charge, autrement dit, appropriée et efficace.

7. ANONYMOUS, Proceedings of the Appropriateness in Health Care Services. 23–25 March 2000; KOBLENZ, Germany, Copenhagen : World Health Organization, 2000.

8. ROBERTSON-PREIDLER, BILLER-ANDORNO, JOHNSON, "What is appropriate care?" An integrative review of emerging themes in the literature, BMC Health Serv Res., 2017.

Prévention et promotion de la santé en 2030

La prévention et la promotion de la santé définissent le dernier axe stratégique à impact positif non seulement sur l'état de santé des citoyens au Luxembourg mais aussi sur une contribution à la réduction des coûts évitables de prises en charge.

En effet, une prévention efficace et la promotion de la santé (angl. *health literacy*) favorisent l'allègement des prises en charge en milieu hospitalier et par conséquent diminuent directement les coûts du système.

Dans ce contexte, le médecin généraliste est incité à prendre un rôle plus important, en assurant un suivi régulier de l'état de santé de ses patients et en les accompagnant dans une adaptation de leurs habitudes de vie en cas de risque important. De même, une meilleure compréhension du fonctionnement du système de santé participe à une navigation plus efficace du système de santé. Il aide, alors, à un désengorgement de certains services hospitaliers tels les services d'urgences.

Pour chacune de ces pistes stratégiques, une bonne documentation ainsi qu'un suivi méticuleux et un pilotage des indicateurs de performance sont fondamentaux. Sans données et documentation hospitalière, la qualité de la prise en charge et l'efficacité du système sont non seulement difficiles à évaluer, mais aussi difficiles à atteindre. Pour que la documentation et la collecte de données ne conduisent pas une surcharge administrative qui réduit l'efficacité du professionnel de santé et substitue l'échange avec le patient par un encodage informatique, l'automatisation et la digitalisation (p. ex. applications mobiles, dispositifs médicaux interconnectés) sont exploitées, ici, de façon optimale.

4. Actions concrètes proposées

Afin de se rapprocher de la vision dressée dans le présent papier stratégique, un nombre d'actions concrètes est à prévoir :

En étroite collaboration avec le groupe de travail sur le *Data Management*, des **indicateurs de performance** – permettant de suivre et d'analyser de près l'efficacité et l'efficience au milieu hospitalier – seront à identifier. Ils devront être pilotés au sein des établissements hospitaliers, comme au niveau national, afin de permettre un *benchmarking* ainsi qu'un partage de bonnes pratiques.

Dans un esprit de réduction de coûts au milieu hospitalier, il s'agira de prévoir une **étude pour évaluer le potentiel de mutualisation de certains services** entre les différents hôpitaux. De même, il serait utile d'évaluer le potentiel d'efficience lié à la **robotique** ou à **l'automatisation**. Un exemple concret à analyser serait le potentiel d'automatisation de la documentation hospitalière ou encore de la facturation vis-à-vis de la CNS. Les effets porteraient sur, non seulement une réduction des coûts et une augmentation de la qualité, mais aussi sur un dégagement de ressources humaines ; de fait, ce temps libéré serait consacré à des tâches de plus grande valeur ajoutée.

Une évaluation du périmètre pour une couverture par **forfaits** est à prévoir. Pour chacun des éléments de ce périmètre, il conviendrait d'évaluer les avantages et inconvénients d'un tel changement pour tous les acteurs du système. Une analyse des volumes réalistes devra également être réalisée – en tenant compte des spécificités des différents établissements et des effets à court, moyen et long terme.

Créer des incitatifs/opportunités est à envisager pour encourager une **meilleure orientation des patients dans le système de santé** et ainsi augmenter son efficience. Dans ce contexte, à titre d'exemple, mentionnons le paiement immédiat direct pour les maisons médicales qui inciterait les patients à un passage dans celles-ci et soulagerait donc les urgences des hôpitaux.

5

La médecine hospitalière aurait les moyens d'être financièrement plus attractive (cf. papier du GT médecine hospitalière). Les coûts liés à la continuité (p. ex. tour de salle, recherche, management) devraient être couverts. La FHL propose la mise à disposition de ces fonds aux établissements hospitaliers qui, par conséquent, **rémunèreraient leur personnel médical pour contribuer à la continuité de la prise en charge, à l'innovation et au progrès médical ainsi qu'au bon fonctionnement de l'établissement.**

6

Afin de mesurer les résultats cliniques et **de tester la pertinence des PROMS et des PREMS** et de piloter des concepts, des périmètres bien délimités seront à identifier. En étroite collaboration avec le groupe de travail en charge du *Data Management*, les données collectées pourront être analysées et les périmètres pourront être élargis au fur et à mesure.

7

Il sera à envisager d'allouer **un budget spécial « innovation » de 1 % (15 M€/an)** avec pour objectif de réduire, après 3 ans, les coûts annuels de 0.33 % (5 M€/an). Enfin, la possibilité de différencier (sur un périmètre bien délimité) le financement entre prise en charge programmée et non programmée est à analyser.

Toutes ces actions contribueront à l'évolution du système de financement actuel avec l'objectif de prendre en charge de façon optimale le patient tout en assurant la soutenabilité du système de santé.

5. Conclusion

Si le financement du secteur hospitalier présente à ce jour certaines contraintes, les pistes proposées devraient contribuer à la progression du système actuel vers un système plus efficient et centré sur les besoins spécifiques du patient. La collecte et l'échange de données fiables sont des éléments indispensables pour assurer une amélioration continue de la qualité de la prise en charge tout en maintenant les finances du secteur dans un bon équilibre.

Si le mode de financement par forfaits devait être retenu sur certains périmètres, il serait judicieux d'accompagner la mise en place de ces forfaits par une bonne gestion administrative au sein des ministères compétents. En outre, la possibilité pour les établissements hospitaliers de générer des bénéfices afin de les réallouer eux-mêmes dans l'intérêt du patient paraîtrait opportune.

Finalement, non seulement dans un esprit d'efficacité du secteur hospitalier mais notamment dans l'intérêt de la santé publique en général – la promotion de la santé et la prévention devront trouver leur place au centre de notre système de santé. Elles seront incitées par un financement qui, au lieu de récompenser les professionnels pour des actes prestés, encourage le maintien d'un bon état de santé de l'individu et de la population en général.



Annexes

Glossaire

Acronyme	Définition
AD	Assurance Dépendance
ADEM	Administration de l'Emploi
AeS	Agence eSanté
ALEM	Association Luxembourgeoise des Étudiants en Médecine
ALEPS	Association Luxembourgeoise des Enseignants des Professions de Santé
AM	Assurance Maladie
AMMD	Association des Médecins et des Médecins Dentistes
ATM	Assistant Technique Médical
BMED	Bachelor en Médecine
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CCT	Convention Collective de Travail
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CEDIES	Centre de Documentation et d'Information sur l'Enseignement Supérieur
CGDIS	Corps grand-ducal d'incendie et de secours
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro Psychiatrique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Agées
CM	Collège Médical
CMG	Cercle des Médecins Généralistes
DES	Docteur ès sciences
DAP	Diplôme d'Aptitude Professionnelle
DU	Diplôme Universitaire
ESC	Établissement à Séjour Continu
ETP	Équivalent Temps Plein
IRSG	Infirmier en Soins Généraux
LTPS	Lycée Technique pour Profession de Santé
LUXITH	Groupement d'Intérêt Economique LUXITH GIE
MD	Docteur en médecine
MENEJ	Ministère de l'Éducation Nationale de l'Enfance et de la Jeunesse
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
MEVS	Médecin en voie de spécialisation
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

MIFA	Ministère de la Famille
MISA	Ministère de la Santé
MG	Médecin Généraliste
MM	Maison Médicale
MS	Médecin Spécialiste
MSS	Ministère de la Sécurité Sociale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PhD	Docteur ès Sciences
PREMs	Patient Reported Experience Measures
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
RAS	Réseau de Soins à Domicile
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
STATEC	Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques
SIEM	Security Information Event Management
SOC	Security Operations Centre
UNI	Université du Luxembourg

Définitions

Terme	Définitions
Professions médicales	Médecins généralistes et les médecins spécialistes, pharmaciens, psychothérapeutes.
Professionnels de la santé	L'ensemble des professions médicales, des professions de santé réglementées, des autres professions intervenant dans la prise en charge directe des patients, des autres métiers intervenant dans la prise en charge directe ou indirecte.
Professions de santé	Professions réglementées par la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé (p. ex. infirmiers, infirmiers spécialisés, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistants techniques médicaux, assistants sociaux, aides-soignants, sages-femmes)
Autres professions	Professionnels intervenant dans la prise en charge directe des patients, mais n'étant pas inscrits dans la liste des professions de santé, ayant le plus souvent suivi un cursus de formation de type universitaire à l'étranger (p. ex. psychologue, thérapeute à médiation artistique, expert en physique médicale, perfusionniste, macroscopiste)

Case Managers	Professionnels de santé agréés agissant comme agent de liaison entre les patients et leurs options de traitement ou de soins. Ils mettent les patients en contact avec les fournisseurs de soins, coordonnent les rendez-vous et les plans de traitement et les aident à comprendre leurs options concernant la situation spécifique à laquelle ils sont confrontés à un moment donné.
Evidence-based medicine	Médecine fondée sur les faits (ou médecine fondée sur les données probantes) et l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient.
Value-based healthcare	Approche des soins selon laquelle les intervenants (dont les médecins et les hôpitaux) sont rémunérés en fonction des résultats de santé des patients. En vertu d'ententes de soins fondées sur la valeur, les fournisseurs sont récompensés pour avoir aidé les patients à améliorer leur santé, à réduire les effets et l'incidence des maladies chroniques et à mener une vie plus saine et fondée sur des données probantes. Les soins fondés sur la valeur diffèrent d'une approche rémunérée à l'acte ou par capitation, dans laquelle les fournisseurs sont rémunérés en fonction de la quantité de services de santé qu'ils fournissent. La « valeur » des soins de santé fondés sur la valeur découle de la mesure des résultats en matière de santé par rapport au coût de la prestation des résultats. Selon M. Porter ¹ , la définition de la valeur des soins de santé est celle des résultats qui comptent pour le patient divisés par le coût pour atteindre ces résultats. Dans ce rapport de valeur, le numérateur (résultats) désigne les résultats spécifiques qui comptent le plus pour le patient tels que la récupération fonctionnelle et la qualité de vie, tandis que le dénominateur (coût) s'applique aux dépenses totales pour le cycle complet des soins. Cette définition s'applique à l'ensemble des soins parcours, des soins primaires aux soins secondaires et tertiaires, y compris les soins post hospitaliers pour les patients touchés par un seul ou de multiples conditions.

1. ENGLE N., MED J. (2010) *Qu'est-ce que la valeur dans les soins de santé ?*

Liste des participants aux groupes de travail

1. La médecine hospitalière en 2030	Dr Marc Berna (HRS) / Dr René Metz (CHEM) / Prof Dr Claude Braun (HRS) Dr Jean-Marc Cloos (HRS) / Dr Claude Braun / Dr Romain Schockmel (CHEM) / Dr Serge Meyer (CHEM)
2. Les parcours du patient en 2030	Dr Martine Goergen (CHL) Dr Catherine Atlan (CHL,) / Anne Faltz (CHL) / Adrien Sabbioneda (CHL) / Dr Guillaume Vogin (Baclesse) / Nadine Kulinna (CHdN) / Dr Romain Schockmel (CHEM) / Dr Jean-Marc Cloos (HRS) / Nadine Beaubert (HRS) / Patrick Cincis (HRS) / Pierrette Biver (SHD) / Dr Stéphanie Obertin (Cercle des Médecins Généralistes)
3. La digitalisation en 2030	Dr Gaston Schütz (Rehazenter), Dr Paul Wirtgen (CHdN) Michael Witsch (CHL) / Joel Feltes (HRS) / Dr Eric Lampach (HRS) / Jean-Philippe Schmit (CRCC, Croix-Rouge luxembourgeoise) / Dr René Metz (CHEM) / Cyprien Clesse (Baclesse)
4. Le data management en 2030	Dr Philippe Turk (FHL) Marc Geisen (CHdN) / Jeremy Klein (CHEM) / Dr Jean-Christophe Pillet (CHL) / Sylvain Vitali (FHL) / Laurent Wolf (FHL) / Dr Eric Lampach (HRS) / Bernard Schreiner
5. Les ressources humaines en 2030	Frank Gansen (CHNP) Dr François Philippe (CHL) / Dominique Hemmer (CHL) / Vinciane Derouaux CHdN) / René Haagen (CHdN) / Thomas Henkels (Rehazenter)
6. Le financement du secteur hospitalier en 2030	Dr Romain Nati (CHL) / Sandra Thein (HRS) George Bassing (CHdN) / Thomas Henkels (Rehazenter) / Paul Meyers (CHL) / Daniel Cardao (CHEM)

IMPRESSUM

Accompagnement et facilitation des discussions en groupes de travail thématiques :

Gilbert Renel (ROCC SARL), Paul Schilling (Quercus Consulting SARL)

Coordination éditoriale, conception et mise en page :

Oxygen & Partners et binsfeld

Impression :

reka

Éditeur :

Fédération des hôpitaux luxembourgeois
5 rue des Mérovingiens Z.A. Bourmicht
L-8070 Bertrange

