

29, rue de Vianden

L-2680 LUXEMBOURG

Tél.: (352) 44 40 33-1 - Fax: (352) 45 83 49

S-25071/20

Madame Paulette LENERT

Ministre de la Santé

Villa Louvigny – Allée Marconi

L-2120 Luxembourg

Luxembourg, le 9 juillet 2020

Objet : Premier bilan de la crise COVID-19

I. Préambule

Tout d’abord, l’AMMD tient à féliciter Madame la Ministre de la Santé pour avoir demandé aux acteurs de lui fournir rapidement une première analyse de la gestion de la pandémie COVID-19 au Luxembourg. En effet, cette crise sanitaire inédite a mis et met toujours à rude épreuve l’ensemble du secteur, de même que la société entière, par des impacts économiques et psychologiques non négligeables.

Comme le temps imparti à cette première analyse est réduit, l’AMMD n’a pas pu procéder à une large concertation structurée des différents médecins impliqués. Par contre, il est évident que des éléments d’analyse se sont progressivement cristallisés au cours des semaines passées, d’autant plus que le coordinateur médical national se trouvait en position pivot des différents secteurs médicaux.

A côté du coordinateur médical national, de nombreux médecins ont participé très activement à la gestion de la pandémie par l’apport direct et indirect, comme les médecins membres des cellules de crise des hôpitaux (directeurs et autres), les médecins des conseils médicaux, les médecins directement impliqués dans la prise en charge des patients COVID-19, les médecins coordinateurs des lignes de garde extrahospitalières en médecine générale, les médecins coordinateurs des cabinets d’urgences en médecine dentaire, les médecins représentant le Collège médical et de nombreux médecins fonctionnaires du Ministère de la Santé, de la CNS et du Contrôle médical de la Sécurité sociale.

Mais il ne suffisait pas de simplement « gérer » une crise sanitaire, il a fallu bien entendu des médecins compétents, volontaires pour prendre en charge les patients souffrant de cette nouvelle maladie dénommée COVID-19.

L'AMMD tient par la présente aussi à remercier tous les médecins et les médecins-dentistes qui ont activement soigné ces patients atteints de COVID-19 en reconnaissance de leur dévouement sans faille et des risques qu'ils ont pris pour leur propre santé.

Tous les médecins et médecins-dentistes du pays ont vécu une période inédite et des plus intenses, mais ont essayé de contribuer collectivement, avec le Ministère de la Santé et l'ensemble des acteurs, à la lutte contre ce virus dangereux et hautement transmissible, dès le début de la crise sanitaire.

La crise sanitaire au COVID-19 a défié les systèmes de santé à travers le monde. Au Luxembourg, la pénurie de médecins comme de certaines autres professions de santé a été officiellement constatée. Le statut de « frontalier » notamment de nombreux professionnels de santé a menacé le maintien des soins paramédicaux dans le scénario redouté d'une fermeture des frontières par nos pays voisins. Alors qu'il était pour les Luxembourgeois, Européens par conviction, avant le COVID-19 difficilement imaginable qu'un jour l'espace Schengen, poumon vital de notre pays, pourrait être subitement amputé par nos voisins proches pour des raisons boiteuses et virulentes, ces jours de crise nous ont prouvé le contraire. La dépendance de notre système de santé d'une main d'œuvre transfrontalière qualifiée a été à nouveau soulignée de manière flagrante.

Néanmoins, le Gouvernement a bien traversé cette crise inédite. Il a réagi de manière adéquate en début de crise et pris les bonnes décisions pour une sortie progressive des mesures de confinement instaurées durant l'état de crise. Le Gouvernement a aussi été correctement épaulé par l'ensemble de l'univers politique, qui pour l'essentiel a gommé les clivages habituels, certes nécessaires en temps normaux dans une démocratie vivant de la controverse. Le Gouvernement a également été soutenu par une société civile qui a bien suivi les directives changeant à un rythme effréné. Le *lockdown* économique, l'arrêt des soins médicaux électifs et le confinement social sont des mesures drastiques non dénuées d'effets secondaires à court-, moyen- et long-terme. La question de savoir si lors d'une 2^{ème} vague se dessinant à l'horizon, le Gouvernement pouvait encore compter sur la même adhésion ubiquitaire et inconditionnelle de toute la société civile comme du pouvoir politique, reste ouverte.

Une 2^{ème} vague de la pandémie aurait le potentiel d'ébranler les fondements mêmes de nos sociétés pacifiques et prospères. Certains exemples en Amérique du Nord en témoignent. Nous devons en conséquence agir pour éviter un tel scénario et préparer nos structures de soins aux impératifs du moment. La transformation de notre système de santé vers un système décentralisé, focalisé sur la médecine et les soins ambulatoires répond à une multitude d'exigences dans la lutte contre les maladies infectieuses et les pandémies. Malheureusement, alors que les Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale venaient d'initier le « *Gesondheitsdësch* », les discussions annoncées depuis un an déjà autour de l'orientation future du système de santé ont été repoussées par la propagation du SARS-CoV-2.

En conséquence, la reprise rapide des discussions afin de commencer à esquisser les solutions futures est un enjeu important face aux autres crises sanitaires à venir.

Le concept même du système de santé luxembourgeois, fortement centré sur un secteur hospitalier aux architectures faisant croiser les flux des patients ambulatoires et stationnaires avec ceux du personnel et des visiteurs, a engendré un arrêt de quasi toute l'activité ambulatoire ou stationnaire élective ou non-urgente lors de la 1^{ère} vague.

Aux yeux de l'AMMD, depuis la pandémie COVID-19, l'urgence d'améliorer l'attractivité de la profession médicale s'est encore accentuée. L'importance du savoir-faire intellectuel et pratique du médecin, que ce soit dans l'évaluation des données épidémiologiques, la gestion des ressources matérielles et humaines sur le terrain et la prise en charge médicale des patients, a été fortement soulignée par cette crise. En même temps, les constats établis par le rapport Lair ont été confirmés : dans beaucoup de disciplines médicales, les effectifs sont aujourd'hui déjà fragiles, par leur nombre et leur structure démographique, de manière à ce que les soucis préexistants se soient encore renforcés durant les derniers mois.

II. Réflexions générales

A. Lockdown

Par principe de précaution et dans l'anticipation d'une 1^{ère} vague d'infections, certains cabinets dentaires, particulièrement à risque, avaient décidé de cesser leurs activités médico-dentaires dès le 10 mars.

La manifestation des premières infections au SARS-CoV-2 au sein des hôpitaux à partir du 12 mars et la réaction des établissements hospitaliers, réduisant au strict minimum leurs activités et limitant les accès dans le but de mieux comprendre et de redevenir maître de la situation, a déclenché un vif échange au sein du corps médical et avec le milieu scientifique, de manière à ce que l'AMMD, comme d'autres, à travers des canaux de communication informels, a vivement recommandé au Gouvernement de procéder à un « *lockdown* » du pays pour freiner, voire interrompre les chaînes d'infection.

Le 17 mars, les Drs Alain Schmit et Philippe Wilmes, ont annoncé sur RTL la réduction à un minimum des activités médicales au sein des cabinets et ont souligné l'appel fort à la population de rester à domicile pour ne sortir qu'en cas d'urgence. Notamment ont-ils présenté la téléconsultation nouvellement introduite comme moyen de contact, d'échange et de guide pour toute demande d'ordre médical.

Cette crise sanitaire a dévoilé également les différences entre des consignes dites « scientifiques » et des décisions politiques. Les citoyens attendent du pouvoir politique « simplement » de prendre les « bonnes » décisions. Or les connaissances scientifiques évoluent et elles risquent de se contredire au fil du temps. Ceci choque parfois les citoyens qui ne comprennent pas nécessairement que même des affirmations scientifiques puissent être remises en question par la suite, alors que le propre de la science, c'est qu'elle évolue et qu'elle se contredise. Les acquis de la science peuvent ainsi mettre à mal les

décisions politiques et donc aussi la légitimité ressentie des responsables politiques auprès de la population.

En ces temps de crise sanitaire, où les révélations scientifiques se bousculent chaque jour, il est en effet difficile de considérer et d'intégrer les risques sanitaires, sociétaux et économiques à tout moment et de prendre les décisions justes et pérennes.

Si le *lockdown* avait sa justification au mois de mars, il ne pourra plus l'avoir dorénavant. Nous devons dès lors imaginer d'autres solutions moins réflexes et plus anticipatives.

B. Tarifs C45, DC45, FC45, FD45 et FD46

L'introduction du tarif C45, instaurant la **téléconsultation**, s'est faite encore avec un semblant de concertation lors d'une réunion impromptue dans l'après-midi du 13 mars, rassemblant les représentants du corps médical et médico-dentaire, de la CNS, du Ministère de la Sécurité sociale et du Ministère de la Santé, sans pour autant répondre aux obligations légales des procédures de la nomenclature.

Par contre, les tarifs FC45, FD45 et FD46 ont été introduits par voie réglementaire en date du 30 mars et ceci **sans concertation aucune**. Nous nous référons ici au courrier du 1^{er} avril adressé à Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale avec Madame la Ministre de la Santé en copie. Il est évident que l'AMMD ne peut que dénoncer telle façon de faire, reflétant un état d'esprit dirigiste que le Gouvernement a légitimé par l'état de crise en place. En effet, cette décision unilatérale et hâtive a engendré des effets secondaires difficiles à soulager dans les semaines qui ont suivi.

Nous tenons à souligner que l'approche initiale de l'AMMD était sensiblement différente. Dans le souci de mieux coordonner le corps médical et de pouvoir déployer les médecins en fonction de leurs compétences et des demandes du terrain, une réquisition générale du corps médical et médico-dentaire avec activation par paliers avait été proposée.

Une indemnisation par unité de temps, comme elle devrait exister pour tout service public et telle qu'elle est prévue par la loi en cas de réquisition, sur base d'une convention avec le Ministère de la Santé, avait été discutée, puis relayée par l'idée du Ministère d'un contrat d'employé d'État.

L'accord trouvé, signé en présence du Premier Ministre en date du 29 mars, était donc basé sur un modèle d'activation progressive du corps médical pour les besoins de la lutte contre le COVID-19 dans le cadre d'un contrat d'employé d'État.

Notre stupéfaction était grande lorsque, parallèlement à la conférence de presse que Madame la Ministre de la Santé a donné avec le Dr Alain Schmit au sujet de l'organisation du corps médical pendant la crise, la mise en place des tarifs FC45, FD45 et FD46 par voie réglementaire a été annoncée et un appel

à l'inscription dans des lignes de gardes lancé, **rendant caduque toutes les discussions et travaux des jours précédents.**

La promulgation des tarifs FC45, FD45 et FD46, sans concertation ni avec l'AMMD, ni avec la CNS, libres de tout concept médical, est à l'origine de multiples problèmes persistants :

D'abord, il était inconcevable que pour une prestation horaire équivalente en pleine crise, la rémunération des médecins-dentistes serait différente de celle des médecins-généralistes et des médecins-spécialistes. Ce non-sens a pu être corrigé par après.

Ensuite, **l'absence de définitions** des prestations liées à une heure opposée aux tarifs FC45 et FD45 pour une bonne partie des activités, tout comme le refus de définir les temps de garde sur place et les temps d'astreinte à domicile, temps de travail selon plusieurs jurisprudences européennes, et finalement le manque de concept pour la mise en œuvre d'une activité médicale à tarification horaire, nouvelle dans un contexte de médecine libérale, a rendu nécessaire plusieurs communiqués auxquels le Coordinateur médical national et le CMG ont participé. Néanmoins, le concept des lignes de garde, en lien avec ce tarif FC45, a engendré une diversité d'interprétations quant à l'application des tarifs. Cette discussion controversée a contribué à retarder le paiement des indemnités par la CNS et en conséquence, elle risque de compromettre la future adhésion du corps médical en cas de nouvelle sollicitation sanitaire.

Par ailleurs, de nos réunions avec les directions médicales et les conseils médicaux en sortait **une vue divergente de l'applicabilité du tarif FC45 en milieu hospitalier.** Alors que le CHEM, le CHdN et les HRS ont mis en place des lignes de garde, une prenant en charge les patients COVID-19 dans les urgences, les services d'hospitalisation et les réanimations, d'autres prenant en charge les patients NON-COVID, par service hospitalier agréé, tout en veillant à une proportionnalité de la mise en compte des heures prestées au travail réel et en continuant, en dehors du service de garde sur place NON-COVID une activité libérale à l'acte, le CHL, selon les explications de ses représentants, avait choisi de passer pour la globalité de sa facturation au mode horaire selon le forfait FC45.

Les deux approches posent évidemment un problème au niveau du contrôle des prestations ainsi opposées à la CNS, le contenu de l'heure prestée ne pouvant pas être déterminé a posteriori, alors que le besoin en heures à prester n'a pas été l'objet d'une estimation au préalable. Cependant, le *benchmarking* interhospitalier permet d'évaluer a posteriori la plausibilité des heures facturées au sein des différents hôpitaux. A ce niveau, il semble exister une grande disparité entre les heures facturées au CHL et celles au sein des autres hôpitaux. En particulier au niveau des heures prestées dans les secteurs COVID-19, les heures prestées devraient être comparables en fonction du nombre de patients COVID-19 hospitalisés dans les unités de soins normaux ou de réanimation.

On avait espéré que chaque établissement hospitalier accepte d'intégrer le tarif horaire FC45 suivant la communication ministérielle, ce qui aurait été la seule

façon de pouvoir comparer les différents hôpitaux. Or, en plus d'une facturation générale selon forfait, le CHL aurait opposé à la CNS ses MEVS, pratique que les médecins libéraux formateurs et employeurs de MEVS ont refusé pour des raisons de bon sens.

Aussi avons-nous eu plusieurs plaintes de la part des médecins libéraux exerçant au CHL, en relation avec les inscriptions aux lignes de garde COVID-19 et NON-COVID respectives. Il s'avère que le CHL n'aurait pas inscrit les médecins libéraux au même titre que les médecins salariés. L'AMMD insistera à ce que le CHL abandonne rapidement une discrimination franche de ses médecins agréés sous le statut dit libéral, comme le sous-entend une justification abracadabrante de la part de la direction médicale. En particulier, les gynécologues libéraux assurent près de $\frac{3}{4}$ des accouchements de la maternité du CHL. L'AMMD ne comprend donc pas pourquoi le CHL a voulu diminuer le volume des heures prestées en écartant les médecins libéraux de leurs tableaux de garde.

Comme le CHL a délibérément choisi d'appliquer exclusivement le nouveau tarif horaire instauré durant la crise comme moyen de financement des médecins salariés, ceci mérite bien une justification de la part de la Direction. Mais cette façon de décliner le tarif FC45 nécessite également une analyse objective, détaillée et publique. En tout état de cause, il ne peut être accepté que le CHL profite de la tempête d'une crise sanitaire pour se faire souffler des deniers publics sans lien visible avec une activité médicale réellement prestée. Pourtant, le Directeur général semble se plaire dans un système opaque carburé en arrosoir, comme en témoigne son discours lors d'une réunion du 4 juin dernier. Suivant ses idées que tous les médecins devraient être payés à l'heure, l'équation serait simple mais gargantuesque : les moyens financiers du CHL augmenteraient au gré du nombre de médecins engagés. Nous laissons aux juristes chevronnés d'aviser si les dépenses ainsi engendrées correspondent toujours au principe sacro-saint de l'utile et du nécessaire.

La conséquence de l'ensemble des **difficultés autour de l'application du tarif FC45** et de l'obligation légale de la CNS à vérifier que les prestations qu'elle prend en charge correspondent à la formule de l'utile et nécessaire, est qu'à ce jour, **aucun médecin n'a été rémunéré** pour ses services et prestations pendant la crise sanitaire, à part le minimum forfaitaire prévu pour pallier du moins partiellement aux frais. A ne prendre que l'exemple des urgentistes, au garde à vous sur le front du COVID-19 24h/24, il est compréhensible que l'estime pour l'engagement des médecins soit en train d'être sérieusement remise en doute.

En relation avec les libellés des tarifs C45, DC45, FC45, FD45 et FD46, générés sans implication de l'AMMD, il est à constater que la référence aux recommandations de la Direction de la Santé est une formule sans fondement pouvant poser des problèmes d'ordre juridique. En effet, ces soi-disant recommandations de la Direction de la Santé, pour autant qu'elles existent, n'ont jamais été communiquées au corps médical et médico-dentaire.

Il en résulte un flou juridique quant à l'opposabilité à la CNS des prestations ainsi réalisées par le corps médical et médico-dentaire et l'interprétation quant à l'utile et nécessaire de ces prestations par la CNS. Le pouvoir réglementaire

a dans ce cas construit inconsciemment un système de déresponsabilisation des instances publiques, à savoir le Ministère de la Santé, la Direction de la Santé, le Ministère de la Sécurité sociale et la CNS, par rapport à leurs obligations d'organisation et de financement des soins de santé publique, délaissant ainsi dans le flou les médecins et médecins-dentistes, pourtant en première ligne au combat de cette crise sanitaire et garants du maintien de la santé publique.

En ce qui concerne la **téléconsultation**, nous constatons que ce nouvel outil a permis aux patients de maintenir un contact (par téléphone ou via la plateforme eConsult mise en place par l'agence eSanté) avec l'ensemble du corps médical et médico-dentaire, évitant ainsi les déplacements physiques dans les cabinets médicaux libéraux ou dans les établissements hospitaliers, dans le but de respecter les règles sanitaires et réduire ainsi le risque de contamination de la population. Cet outil a permis, de manière imparfaite, de suivre à distance les patients porteurs de pathologies chroniques, de répondre aux sollicitations et aux divers motifs de consultations des patients et/ou d'orienter les patients vers les structures de soins les plus adaptées (CSA, service d'accueil des urgences adultes ou pédiatriques, visites à domicile assurées par les différentes lignes de garde 1, 2 et 3 ou encore CGUMD en cas d'urgence médico-dentaire).

Alors qu'en médecine générale et en médecine spécialisée, les développements possibles de la téléconsultation sont multiples, les options sont relativement restreintes en médecine dentaire, étant donné que l'examen endo-buccal est souvent indispensable, tout comme des examens complémentaires comme la radiographie.

C. Médecins-fonctionnaires de l'État

Rares sont les moments où médecins-cliniciens et médecins-fonctionnaires ont eu tant d'interactions directes. Durant cette 1^{ère} vague de la pandémie, la collaboration constructive entre médecins venant d'horizons divers, mais aussi entre le corps médical et les représentants du Ministère de la Santé, a été indispensable pour aider à gérer au mieux cette crise sanitaire exceptionnelle. L'AMMD tient ainsi à remercier, non seulement les médecins-fonctionnaires, mais aussi tous les autres acteurs impliqués dans la gestion de cette crise.

Les médecins-fonctionnaires ont été, et le sont d'ailleurs toujours, actifs sur de nombreux fronts.

Alors que le Luxembourg est un petit pays, les enjeux en matière de politique de santé sont quasi identiques en comparaison avec nos pays voisins. Or nos ressources humaines en termes de médecins-fonctionnaires sont à l'image du pays, fortement limitées. La pénurie des médecins, qui n'est qu'à ses débuts, se traduira également et nécessairement par une difficulté croissante à recruter des médecins-fonctionnaires.

Afin de rencontrer au mieux tous les besoins de tous les patients, il est essentiel de pouvoir recruter les meilleurs médecins à tous les niveaux. Etant donné que

Le statut de médecin-fonctionnaire auprès de l'État fait défaut, l'AMMD est d'avis qu'il est urgent de l'introduire, surtout à la lumière de la crise en cours. Un tel statut pourrait enfin tenir compte des formations longues et difficiles des médecins actuellement au service de l'État et participer ainsi à la reconnaissance méritée des médecins engagés et de permettre d'attirer et de pouvoir choisir à l'avenir les médecins aux meilleurs des profils recherchés.

On pourrait s'imaginer un système avec des ponts bidirectionnels entre la médecine clinique et les services administratifs publics, permettant aux médecins-fonctionnaires de changer de service à plusieurs moments durant leurs carrières, faisant profiter leurs environnements respectifs de leurs expériences, contribuant ainsi au décloisonnement entre ministères et administrations d'une part et la réalité du terrain de l'autre, pour permettre une meilleure articulation des différents acteurs du système de santé.

En clair, l'AMMD est d'avis que la seule reconnaissance du niveau de master ne tient pas compte de la formation réelle des médecins concernés. Dans un souci d'attractivité de la profession de médecin-fonctionnaire, une carrière reflétant le niveau de formation et les compétences particulières de ces médecins et permettant une mobilité dynamique entre médecine clinique et médecine administrative doit être mise en place.

D. Informatisation des données des médecins et d'autres professions de santé

La digitalisation dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale est primordiale et devra être fortement accélérée dans le futur, car elle a cruellement fait défaut pendant cette pandémie.

Elle devra être performante et intégrative pour gérer plus facilement certains services, tout en donnant au patient la possibilité d'encadrer lui-même son parcours de santé, dans le respect de son autonomie et de la liberté thérapeutique du médecin.

Par ailleurs, elle devrait faciliter le travail en réseau entre les différents acteurs de la santé grâce à une meilleure communication notamment entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Le DSP n'en est malheureusement qu'à ses balbutiements.

Les bonnes pratiques devront notamment porter sur :

- l'authentification des professionnels de santé répondant à leurs besoins (intégration dans les logiciels existants, signature électronique, gestion des attributions du personnel, ...)
- l'explication claire et compréhensible du fonctionnement de l'environnement digital ainsi que les responsabilités de tous les intervenants ;

- l'authentification forte des utilisateurs (utilisateur, régime de tutelle, ...) et une liberté totale d'accès et de partage de leurs données dans un environnement identifié ;
- la sauvegarde de toutes les données sensibles de manière sécurisée, l'accès facile et le partage des données du patient de manière sécurisée ;
- l'accès facile à des solutions d'organisation de toutes les activités en matière de soins (notamment dans une idée de gestion de parcours de soins et de patient responsable) ;
- l'intégration de toutes ces nouvelles modalités dans les logiciels existants afin de ne pas perturber l'organisation du cabinet médical ;
- l'envoi sécurisé, traçable et encrypté des différents documents au patient (mémoires d'honoraires, ordonnances, prescriptions, ...) ainsi qu'à d'autres professionnels de santé ;
- l'intégration d'une fonction de paiement ensemble avec la signature électronique pour arriver à un flux 100% digital.

Au sujet de la **télé médecine** :

Il a été salvateur que la télé médecine ait été rapidement disponible dans le décours de cette crise sanitaire. Bien que la téléconsultation ait montré certaines limites comme l'absence d'équipement informatique par caméra intégrée ou l'absence de solution sécurisée, ses avantages sont pourtant importants :

1. D'une manière générale :

- amélioration de la prise en charge des patients, en permettant un meilleur accès aux avis spécialisés notamment ;
- simplification du suivi des patients âgés ou chroniques ;
- amélioration de la qualité de vie des patients en leur évitant de devoir se déplacer dans les cabinets médicaux pour des consultations ne nécessitant pas d'examen clinique.

2. Dans le cadre particulier de la crise sanitaire COVID-19 :

- dépistage et gestion des patients COVID-19 à distance en évitant au maximum les déplacements ;
- prise en charge à distance des personnes vulnérables dans les établissements d'aides et de soins avec l'aide du personnel soignant ;
- accès aux médecins-généralistes, spécialistes et -dentistes malgré le *lockdown* ;
- facilitation de l'accès et de la prise en charge en médecine spécialisée ;
- protection des personnes vulnérables en évitant des déplacements inutiles lors des périodes d'épidémies avec possibilité de suivi et prise en charge des maladies chroniques à distance.

L'AMMD plaide pour que cet outil novateur puisse être pérennisé sachant que le développement de la télémédecine constitue un enjeu clé pour apporter certaines réponses aux défis futurs de notre système de santé.

E. Accord entre le Ministère de la Santé et l'AMMD du 29 mars 2020, mettant en place le coordinateur médical national

Dans le courant du mois de mars, il devenait rapidement clair que l'ensemble du corps médical et médico-dentaire devrait être réorganisé pour faire face à cette crise sanitaire. Afin de disposer d'un interlocuteur du terrain, pouvant plus aisément interagir avec les médecins et les médecins-dentistes cliniciens, le Ministère de la Santé a trouvé un accord avec l'AMMD pour instaurer un coordinateur médical national. L'AMMD a ainsi proposé à ce poste son Président, le Dr Alain Schmit, ce qui a été approuvé par Madame la Ministre.

Il a également été envisagé d'instaurer des coordinateurs pour chaque établissement hospitalier comme pour les CSA, les visites à domicile des médecins généralistes et la médecine-dentaire, en vue de la restructuration temporaire de notre système de santé.

L'AMMD profite de l'occasion pour remercier tous ces médecins coordinateurs qui, tout au long de cette 1^{ière} vague pandémique, ont assuré une disponibilité sans faute pour endosser des tâches d'organisation à tout niveau et ce dans un contexte difficile et de changements rapides.

Le corps médical a fait preuve d'une très bonne réactivité pour faire face à cette nouvelle maladie infectieuse, tant dans tous les établissements hospitaliers qu'en milieu extrahospitalier.

Le problème initial que rencontrait le coordinateur médical, c'était d'aider à mettre en place une **réorganisation cohérente de l'activité médicale autour d'un tarif horaire imposé**. Malheureusement, une indemnisation horaire cohérente n'a pas pu être mise en place à toutes les lignes de garde définies par la suite. C'est le cas notamment des lignes de garde hospitalières des services médicaux autorisés ou des lignes de garde en maisons de soins des médecins généralistes.

En réalité, le travail du et des coordinateurs aurait été largement simplifié si des travaux conceptuels avaient précédé l'établissement des nouveaux tarifs. La preuve en est que l'indemnisation des médecins pour la période du 16 mars au 17 mai n'est toujours pas clôturée. En effet, comme la tarification horaire était déclarée incompatible avec toute facturation à l'acte le même jour, la mise en pratique du nouveau tarif pose beaucoup de difficultés.

Il serait hautement recommandable de reconsidérer le tarif horaire tel que décidé par le Gouvernement en cas de nouvelle vague. Si le tarif se prête à la prise en charge des patients COVID à l'hôpital, aux CSA ou pour d'autres astreintes indemnisées à l'heure, il ne se prête guère à l'indemnisation des nombreuses autres activités médicales.

Une partie importante du travail du coordinateur médical national consistait de répondre aux demandes et réclamations très nombreuses de la part de médecins et médecins-dentistes, en lien avec l'application difficilement compréhensible du tarif FC45.

Une autre difficulté que rencontrait le coordinateur médical national, était **la création et l'organisation des lignes de garde.**

En effet, les bases de données existantes ne permettaient pas d'avoir une vue d'ensemble des médecins exerçant actuellement au Grand-Duché. Ce constat rejoint d'ailleurs l'analyse du rapport Lair. Il fallait donc passer par un appel par mail, pour l'inscription aux lignes de garde, mais sans appui digital de traitement informatique. Ceci rendait nécessaire la saisie manuelle des données individuelles des médecins. Ensuite, la base de données ainsi constituée ne pouvait pas vraiment servir à la CNS pour procéder au traitement informatique des données pour procéder à l'indemnisation des médecins et des médecins-dentistes.

Il est donc fortement recommandé d'implémenter un instrument de saisie informatisée avec tous les paramètres utiles, ce qui simplifierait et ce qui accélérerait largement le traitement des données.

Il aurait donc été plus adéquat de déterminer d'abord un concept, de procéder ensuite à l'inclusion des médecins à partir d'une saisie automatisée et de définir enfin une indemnisation correspondant aux différentes prises en charge médicales et médico-dentaires.

F. Logistique

En début de cette crise, les équipements de protection individuels, tels que masques FFP2, blouses étanches ou visières, ainsi que certains médicaments critiques n'étaient disponibles qu'en quantité limitée, que ce soit en milieu extrahospitalier ou en milieu hospitalier.

La cellule logistique qui a été créée a largement aidé à surmonter la 1^{re} vague. En effet, c'est entre autres grâce à la réactivité et au professionnalisme de Monsieur Gilles Feith et du lieutenant-colonel Christian Simon que le matériel nécessaire a pu être acheté et livré au Luxembourg.

L'expérience de cette crise a clairement montré le degré de dépendance de notre pays face à certains pays européens, qui n'ont pas hésité à introduire des interdictions d'exportation, et a incité des réflexions quant à l'autonomie du Luxembourg, et de l'Union Européenne en général, en ce qui concerne la production de médicaments et autre matériel de santé.

La leçon à en tirer serait facile en théorie si elle n'était pas lourde de conséquence en pratique. En effet, la production de médicaments, par exemple, sera très difficile à mettre en place au niveau national. Or la prise en charge

médicale en dépend. Comment ventiler un patient sans disposer des médicaments pour assurer une sédation adéquate ?

Toujours est-il que nous devons réfléchir activement comment constituer des stocks de matériels ou de médicaments critiques en quantité suffisante pour ne pas se retrouver devant les mêmes problèmes à l'aube d'une nouvelle vague du même virus ou d'un autre.

Sachant que les établissements hospitaliers avaient des difficultés à organiser un achat commun ou à gérer certains stocks, une initiative des présidents des conseils d'administration des quatre établissements hospitaliers a vu le jour sous forme d'une volonté à constituer une nouvelle ASBL sous le nom de « Groupement des hôpitaux ».

L'idée semble intéressante et cette nouvelle association pourrait aider à assumer certains rôles dans l'approvisionnement des stocks nécessaires comme dans la gestion d'un futur hôpital militaire en discussion.

G. Implication des acteurs clés

En pleine phase active d'une crise sanitaire comme celle du COVID-19, il est évidemment indispensable que tous les acteurs concernés travaillent ensemble. C'est bien entendu la force d'un petit pays de rassembler tous les intervenants actifs et réactifs afin de prendre les décisions qui s'imposent au plus vite. En même temps, il est évidemment indiqué d'éviter des interventions publiques non concertées mais potentiellement troublantes.

Madame la Ministre de la Santé a joué dès le premier jour son rôle de responsable politique de la gestion de la crise, ensemble avec Monsieur le Premier Ministre. De notre point de vue, son implication était maximale, au niveau de l'engagement personnel exceptionnel et méritant. Assistée au sein de la cellule de crise par le Haut-commissaire à la protection nationale, de ses conseillers juridiques, ainsi que d'une multitude d'acteurs externes au Ministère de la Santé, pour ne citer que le coordinateur des hôpitaux, le coordinateur des CSA, le coordinateur de la cellule logistique et le coordinateur médical national, elle a assuré le pilotage de la crise au niveau national.

Dans ce contexte, il faut souligner le **rôle central de la Direction de la Santé**, dont les missions et objectifs ainsi que les effectifs devront être sujet d'une discussion plus large. En effet, il faut évidemment que la Direction de la Santé assume les rôles qu'on lui attribue, mais sous condition qu'on lui alloue les moyens adéquats et suffisants. A défaut, le risque est réel que des décisions importantes restent en rade ou qu'elles soient prises en court-circuitant la Direction.

En attendant la constitution et la montée en puissance de la cellule de crise en début de pandémie à partir du 12 mars, les acteurs du terrain, notamment les établissements hospitaliers, ont fait preuve d'une grande capacité d'innovation et d'improvisation, en mettant en place, à travers leurs cellules de crise internes

rapidement constituées, les mesures de sécurité et les séparations des flux nécessaires, tout comme des chaînes d'approvisionnement logistiques stables.

D'ailleurs constatons nous que chaque établissement hospitalier a pris très rapidement, ensemble avec certains médecins du terrain, les initiatives pour tout ce travail de coordination. Ne citons que la cellule de crise du CHEM, qui avait même transformé sa cafétéria en unité d'hospitalisation de secours, et l'initiative des HRS à produire des blouses de protection en Tyvek en collaboration avec un atelier de couture au Luxembourg. Le Dr Philippe Turk, coordinateur des hôpitaux, a réussi à nouer des liens entre certains établissements hospitaliers inimaginables avant la période de crise.

L'implication de l'AMMD dès le début de la crise avec les instances sanitaires et gouvernementales a permis de définir un cadre auquel l'ensemble de la profession a pu adhérer. Il faut noter que c'était surtout le travail réalisé en petits groupes avec les acteurs du terrain, en présence des instances décisionnaires, qui a très bien fonctionné.

L'AMMD est convaincue que l'implication réelle et sincère de tous les médecins actifs a largement contribué à aider à la gestion globale de la crise qui n'intéresse pas que les patients COVID mais également les très nombreux patients NON-COVID.

H. Communication entre les acteurs clés

Durant une crise pareille, le nombre de demandes de renseignements par appels téléphoniques, SMS ou par mail est accablant.

L'idéal serait que la communication soit synchrone et sans rupture entre tous les acteurs clés. Or ni le temps, ni l'opportunité de passage de certaines informations le permettent réellement.

Si les médecins en général avaient regretté d'être quasiment systématiquement informés par RTL sur les nouvelles consignes les concernant, il faut réfléchir à l'avenir sur la façon de transmettre ces informations essentielles. Il est évident que les destinataires ciblés doivent être informés en priorité, et ensuite seulement si jugé utile, le grand public.

La communication du Ministère de la Santé et de la Direction de la Santé envers le corps médical et médico-dentaire, tout comme d'ailleurs avec le grand public, devra utilement être améliorée dans ce sens. Pour garantir l'adhérence à des mesures et la collaboration des professionnels de santé aussi bien que des citoyens, une communication claire et transparente de toutes les données clés, dûment expliquées et interprétées, est incontournable. La politique de communication actuelle en tout cas ne répond pas nécessairement à ces critères.

Par ailleurs, la crise a montré que le Ministère de la Santé et la Direction de la Santé ne disposent pas de base de données actualisée en rapport avec les médecins et médecins-dentistes exerçant au Grand-Duché, ce qui rend d'autant plus difficile la diffusion d'informations officielles aux professionnels de santé.

Aussi avons-nous l'impression que nombre de discussions importantes, intéressant le corps médical et médico-dentaire dans les démarches de déconfinement, auraient davantage pu impliquer le coordinateur médical. Cette expérience est superposable avec celle de l'AMMD, avec laquelle une implication étroite dans les discussions de déconfinement avait été convenue, mais pourtant non encore concrétisée. Par conséquent, devant le constat des effets néfastes du *lockdown* de la médecine sur l'évolution de toutes les autres pathologies et ainsi la santé publique, nous étions dans l'obligation de lancer la discussion en public pour faire avancer les réflexions et les processus décisionnels, comme en témoigne notre courrier adressé au Ministère de la Santé en date du 14 avril. Il reste un doute fondé quant aux motivations des promoteurs du retardement des discussions, et le cas échéant de l'exclusion de l'AMMD ayant lancé l'idée d'une **concentration des patients COVID-19**.

Le Directeur général du CHL avait expliqué publiquement qu'étant donné le SARS-CoV-2 existait « partout », il n'était pas opportun de réfléchir sur une telle concentration. L'AMMD ne comprend pas l'argument avancé. D'ailleurs, cette position a été réfutée par l'initiative du Groupement des hôpitaux lors de la réunion du 4 juin 2020 au Château de Senningen.

L'AMMD reste convaincu qu'une structure spécifiquement dédiée aux patients COVID-19, telle que conçue dans notre présentation du 4 juin, présente un intérêt réel. Nous estimons qu'il est nécessaire d'étudier les capacités existantes effectives des 4 établissements hospitaliers à accueillir des patients COVID-19, pour se rendre compte qu'il y a une indication vitale à créer dans les meilleurs délais une structure hospitalière dédiée à ces patients.

Une telle structure, localisée à proximité d'un établissement hospitalier et exploitée, selon le modèle du Groupement des hôpitaux, ensemble par les 4 hôpitaux, avec une participation solidaire au niveau des ressources humaines, devrait aider à ce que les patients NON-COVID continuent d'être soignés sans interruption d'accès à nos établissements hospitaliers.

III. Secteur hospitalier

D'après nos informations et les discussions menées à plusieurs stades de la crise avec le coordinateur médical national et les instances de coordination au sein des établissements hospitaliers, **plusieurs modèles organisationnels** ont existé dans les différents hôpitaux.

De manière générale, chaque hôpital avait mis en place une filière COVID-19 et une filière NON-COVID, dans le but de séparer le flux des patients atteints du COVID-19, ou encore soupçonnés en être atteints, du flux de tous les autres patients, regroupés sous le terme NON-COVID. Au meilleur de leurs possibilités, les hôpitaux ont instauré en dehors de leurs infrastructures des triages, permettant, dès l'accès à l'hôpital, une séparation de ces flux. Selon les mêmes principes, une séparation des flux, en partie par cloisonnage et réaffectation de services, a été réalisée intramuros.

La **filière COVID-19**, subdivisée en urgences, hospitalisation et réanimation, était gérée au niveau médical par des médecins aux compétences requises, organisés sur des tableaux de garde sur place 24h/24, et ceci en fonction du nombre de patients. Pour ce qui est des dotations en personnel pour chacune des sous-filières de la filière COVID-19, il semble exister une disparité entre les hôpitaux ; alors que le CHdN, le CHEM et les HRS se retrouvent dans une fourchette en termes d'heures prestées sur la filière COVID-19, le CHL aurait presté jusqu'au double des heures pour un nombre comparable de patients. Il serait important dans ce contexte de faire l'analyse précise des heures prestées au sein de chaque hôpital en rapport avec le nombre de patients traités, dans un souci de transparence autant que dans le but de pouvoir déterminer le besoin réel en ressources humaines pour la prise en charge des patients COVID-19.

La **filière NON-COVID**, dont l'activité était sensiblement réduite suite à l'appel à la population de ne consulter un médecin qu'en cas d'urgence, et de privilégier la téléconsultation à une consultation physique sur place, était destinée à prendre en charge les patients atteints de toute autre pathologie, bref le spectre entier de la médecine.

Au CHdN, au CHEM et aux HRS, des listes de garde, avec prestation d'un certain nombre d'heures sur place, déterminées en fonction des besoins estimés, par service d'hospitalisation autorisé, ont été mises en place, pour prendre en charge toute demande intéressant la spécialité, qu'elle vienne de l'hôpital même ou de l'extrahospitalier, et assurer ainsi dans toutes les spécialités médicales une continuité des soins.

En dehors de ces listes de garde, fonctionnant sur base du forfait horaire FC45, les différents médecins ont maintenus, selon le principe établi de la facturation à l'acte, une activité d'urgence au sein de leurs cabinets et, le cas échéant, au sein de l'hôpital pour leur propre patientèle. Au CHL, sur décision de la direction générale, la filière entière NON-COVID a fonctionné selon le plan de travail habituel, avec la différence que, basé sur le recensement horaire des plans de travail des médecins salariés, les heures ainsi documentées ont été opposées au tarif FC45 à la CNS.

Il est à noter que, comme mentionné plus haut, la justification pour toute heure ainsi opposée, en dehors d'une facturation à l'acte, fait entièrement défaut.

D'ailleurs, vue la nette réduction globale de l'activité NON-COVID, il est intéressant de constater que le CHL a préféré procéder à une facturation de tous ses médecins salariés au tarif FC45, au lieu de profiter de la possibilité du chômage partiel, certainement justifié vu la baisse de l'activité normale.

IV. Secteur extrahospitalier

Un système de santé devrait idéalement être efficient, économique et offrir un accès équitable à tous les patients. Le seul système qui répond à ces 3 critères est un système de santé basé sur les soins primaires. Voilà pourquoi il a été rappelé à maintes reprises dans les derniers accords de coalition que les soins primaires devraient en être la pierre angulaire.

Le rôle du secteur extrahospitalier a été primordial lors de cette pandémie.

Plus particulièrement au niveau de la **médecine générale** :

Le médecin traitant connaît parfaitement ses patients et centralise dans son dossier médical toutes les informations utiles et pertinentes les concernant.

Il peut transmettre ces informations aux autres professionnels de santé qui seraient amenés à les prendre en charge. Ceci a été fort utile pour les patients hospitalisés et notamment pour ceux qui disposaient d'un « résumé patient » dans le cadre du dispositif médecin référent.

La médecine générale a également offert une grande disponibilité auprès de ses patients en assurant, dès le début de la crise, des permanences téléphoniques pendant les week-ends, avant que les lignes de garde ne soient définies et mises en place.

Au niveau préventif, les médecins généralistes ont pris le relais des instances gouvernementales et sanitaires pour rappeler à leurs patients l'importance des gestes barrières, pour demander aux patients suspects de présenter une infection COVID-19 de se mettre en quarantaine jusqu'au résultat des tests et pour inciter à respecter les mesures d'isolement chez les patients testés positifs au SARS-CoV-2. Les médecins généralistes attendent avec impatience l'arrivée d'un vaccin efficace pour jouer pleinement leur rôle et vacciner leurs patients.

De manière générale, le rôle du médecin généraliste lors de cette pandémie a été de répondre au double défi d'assurer la couverture médicale de 1^{ière} ligne pour l'ensemble de la population, que ce soit pour les patients présentant des signes d'infection du virus SARS-CoV-2 ou pour ceux sans signe d'infection du virus SARS-CoV-2.

Le risque infectieux et l'éventualité d'une pandémie a probablement été sous-estimé dans le passé par tous les acteurs aussi bien dans le secteur hospitalier qu'extrahospitalier et le manque d'équipements de protection individuels disponible en

est le meilleur reflet. Cette crise sanitaire a permis une prise de conscience sur ce point en particulier.

Le Gouvernement a décidé par règlement grand-ducal du 18 mars 2020 qu'un médecin libéral ne pouvait recevoir dans son cabinet que les patients présentant des problèmes de santé sévères et/ou urgents.

L'élaboration, en concertation avec le Cercle des médecins généralistes (CMG), de 3 différentes lignes de prise en charge extrahospitalières ont permis de répondre au mieux aux besoins médicaux de la population.

L'ensemble des médecins généralistes établis au Grand-Duché de Luxembourg ont pu, en échange du paiement d'un socle minimal garanti, s'inscrire sur 3 lignes de garde.

- **Ligne 1 : La prise en charge médicale dans les Centres de Soins Avancés (CSA) et un recours renforcé aux visites à domicile chez des patients COVID;**

La protection des divers intervenants et notamment des médecins par des équipements de protection individuels était garantie.

L'organisation et la séparation des flux des patients étaient satisfaisants.

Cependant, le matériel à disposition du médecin dans la filière protégée (dédiée à examiner des patients présentant des signes évocateurs d'infection COVID-19) et non protégée (dédiée à examiner des patients ne présentant pas de signes évocateurs d'infection COVID-19) était **largement insuffisant**. Il n'y avait pas d'outil diagnostique disponible (peak-flow, bandelette urinaire, lecteur glycémique, appareil à ECG, etc...) hormis un thermomètre, un saturomètre, un tensiomètre, un stéthoscope et un otoscope.

Il n'y avait également aucun stock de médicaments ou de dispositifs médicaux disponibles pour traiter, faire une réfection de pansement, réaliser une suture ou vacciner les patients.

Le rôle du médecin se limitait essentiellement à un rôle de médecin trieur. En cas de doute clinique, le transfert du patient dans le service d'accueil des urgences était donc inéluctable par transport en ambulance.

La présence d'un coordinateur médical pour établir des protocoles médicaux et la présence d'un coordinateur en charge de la logistique se sont avérées utiles.

- **Ligne 2 : La prise en charge médicale par téléconsultation et visites à domicile chez des patients NON-COVID;**

Le travail des médecins participant à cette ligne de garde s'apparentait aux conditions habituelles de travail dans les maisons médicales. Le matériel

d'urgence (diagnostic et thérapeutique) disponible pour le médecin était satisfaisant.

- **Ligne 3 : La prise en charge médicale pour les établissements d'aides et de soins et visites dans les établissements d'aides et de soins chez des patients COVID et NON-COVID;**

Cette ligne s'est avérée fort utile et a permis de contribuer à un faible taux de mortalité dans les établissements d'aides et de soins.

La participation active du Cercle des Médecins généralistes au sein de la Cellule de crise CIPA/Maisons de soins a permis de définir rapidement les limites de la prise en charge médicale actuelle au sein des structures et de mettre en place d'une manière efficace et rapide les éléments suivants :

- une permanence médicale 24h/24h dans les 54 établissements par la création de la ligne 3 dans le secteur extrahospitalier : Les médecins traitants ont joué un rôle primordial et ont pu gérer la majorité des problèmes à distance avec l'aide de la téléconsultation. Les passages au sein des structures étaient limités avec la création d'un médecin-visiteur par jour ;
- l'élaboration de fiches réflexes directeur de structure, médecin-coordonateur, -visiteur et téléconsultation ;
- le KIT COVID-19 pour la gestion de la détresse respiratoire COVID 19 ;
- un système de distribution pour les concentrateurs d'oxygène ;
- une procédure accélérée pour la déclaration soins palliatifs de patients COVID-19 ;
- une procédure de prise en charge des personnes décédées ;
- un dépistage national du COVID-19 au niveau des structures ;
- la préparation et la définition des conditions de visites des familles au sein des structures.

Ces outils ont été très utiles et ont évité une propagation rapide du COVID-19 dans les établissements jusqu'à présent.

Au niveau de la **médecine dentaire** :

Dans un premier temps, dès le 16 mars, un service d'urgence médico-dentaire a été conçu et élaboré par le corps médico-dentaire au sein des cabinets privés, qui a pris ensuite la dénomination CGUMD, dans les régions Nord, Sud et Centre du pays, avec 3 médecins coordinateurs régionaux. Le service d'urgence a été opérationnel dès le 21 mars 2020, 7 jours sur 7. Il s'est également substitué au service de garde du week-end au CHL. Les médecins-dentistes eux-mêmes ont établi et organisé un plan de garde ainsi que le système de distribution du matériel EPI, mis gracieusement à disposition par la cellule logistique du MISA. Ce système de garde a permis de prendre en charge les cas les plus urgents dans un environnement sécurisé à la fois pour les patients et les médecins-dentistes.

Ensuite, la ligne de garde 4 a été créée, notamment pour garantir une disponibilité médico-dentaire en dehors des urgences, ce qui s'est avéré fort nécessaire au fil de l'évolution de la pandémie et la réduction importante de l'offre médicale et médico-dentaire.

V. Conséquences à tirer de cette première vague de la pandémie Covid-19 :

Tout d'abord, il faut souligner qu'il existait une grande solidarité entre les différents acteurs pendant les semaines de crise aigüe, pour ne citer que l'exemple du don de masques par les médecins-dentistes, qui a permis de récolter un total de 8700 masques.

De manière générale, la communication de crise officielle, et notamment celle qui est destinée au corps médical, doit être améliorée. Pour piloter les intervenants et le grand public à travers une telle situation d'urgence nationale, une publication quotidienne exhaustive et transparente des données clés, dûment interprétées, est indispensable. L'implication dans les processus décisionnels et l'information dans les meilleurs délais des représentants des intervenants clés, en l'occurrence du corps médical, est primordiale pour assurer une communication rapide permettant la réactivité et la coopération demandée des médecins et médecins-dentistes.

Si toute l'attention a été portée avec succès pour limiter la propagation du virus afin de ne pas saturer les services de réanimation, beaucoup de patients et essentiellement les plus vulnérables n'ont pas été suivis comme ils auraient dû l'être. Aussi, avons-nous été surpris par l'impact des messages forts donnés en début de pandémie, appelant le grand public à rester à son domicile, ayant provoqué chez beaucoup une peur irrationnelle de se faire soigner par leur médecin.

La téléconsultation, outil indispensable pour le futur, s'est dans ce contexte avérée avoir ses limites.

La grande vulnérabilité de notre système de santé, fortement fragilisé par la réforme de 2010 et la loi hospitalière de 2016, s'est révélée à multiples endroits et occasions. Le « *Gesondheitsdës*ch » devra être relancé au plus vite pour trouver des solutions urgentes aux problèmes systémiques.

Pourtant, il était encourageant de voir qu'en temps de crise, le corps médical et les responsables des hôpitaux se sont vite rapprochés pour s'organiser ensemble et trouver des solutions pragmatiques aux multiples défis quotidiens, comprenant bien que l'essence du succès de leurs missions respectives se trouve dans la considération mutuelle en tant que partenaires qui se respectent mutuellement.

En conséquence du *lockdown* de la médecine programmée et non-urgente, certes nécessaire en début de crise, nous craignons aujourd'hui que certains médecins, dans un contexte de fin de carrière, ne reprendront plus leur activité, ce qui compromet

fortement la prise en charge sanitaire de notre population au vu de la pénurie de médecins qui s'installe. Il est urgent de prendre les mesures politiques nécessaires pour attirer en nombre suffisant les meilleurs médecins disponibles sur le marché européen afin de pouvoir garantir la pérennité d'une médecine de qualité au Grand-Duché de Luxembourg.

S'il est demandée une conclusion, finale et irréfutable même avant la fin de la pandémie COVID-19, c'est bien celle **que le corps médical, dans son entièreté, constitue la pierre angulaire de notre système de santé**. L'art de prévenir et de guérir, avec toutes ses facettes, est l'élément clé dans la lutte contre toute maladie et ne peut être substitué par une institution ou une autre profession. De toute évidence, cet art se pratique dans un environnement spécifique et spécialisé, dans les hôpitaux, dans les maisons de soins, dans les cabinets et espérons-le, prochainement dans des structures ambulatoires. Il se pratique ensemble avec les professionnels de santé et les professions de support, en particulier les équipes logistiques, sans lequel une médecine de pointe en temps de crise ne serait pas possible.

Les réformes nécessaires directement en lien avec la pandémie se situent au niveau de:

- l'exercice de la médecine dans des sociétés d'exercice libéral permettant :
 - de remettre les soins primaires au cœur du système de soins et améliorer la visibilité et la qualité des soins primaires par la création de cabinets de groupe multidisciplinaires
 - pour la population générale
 - pour les personnes hébergées en maisons de soins
 - pour attirer les meilleurs des médecins
 - la mise en place de structures ambulatoires, décentralisées, cogérées avec les établissements hospitaliers, qui permettront en cas de nouvelle pandémie de maintenir une large offre médicale
 - pour un gain de qualité des prestations
 - pour une intégration rapide du progrès médical
 - pour une convivialité d'accès pour les patients
 - pour une simplification de la gestion hospitalière
 - pour un regain de l'attrait pour la médecine hospitalière
 - pour un gain d'attractivité pour les professions médico-dentaires (et paramédicales)
 - pour attirer les meilleurs des médecins
 - pour un gain d'efficacité du système de santé
 - la mise en place de cabinets de médecine dentaire pluridisciplinaires
 - pour le gain de qualité des prestations au profit des patients
 - pour favoriser la multidisciplinarité en médecine dentaire
 - pour attirer les meilleurs des médecins-dentistes

- la réorganisation spatiale des établissements hospitaliers pour permettre une meilleure séparation des flux des patients
- le travail en réseau des différents professionnels de santé grâce à une solution digitale respectant l'autonomie du patient et la liberté thérapeutique du médecin

Le Conseil d'administration de l'AMMD