
CARTE SANITAIRE 2012

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG - 5^E ÉDITION

DOCUMENT PRINCIPAL



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

www.sante.lu

crp SANTÉ
CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC
CENTRE D'ÉTUDES EN SANTÉ



Base légale	Art.3, Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements de santé
Éditeur	Ministère de la Santé, Grand-Duché de Luxembourg Ministre de la Santé : Mars DI BARTOLOMEO Responsable de l'Édition : Roger CONSRUCK, Conseiller de Gouvernement
Rédaction	Anne-Charlotte THOMAS, Marie-Lise LAIR : CRP-Santé, Centre d'Études en Santé Roger CONSRUCK : Ministère de la Santé
Conception graphique	rose de claire, design
Photographies	istockphoto.com
Tous droits réservés	© 2012, Ministère de la Santé
Impression	Imprimerie Centrale
ISBN	978-99959-680-5-2
Édition	Juillet 2013

Document Principal



Sommaire

_____	Mot du Ministre _____	9
_____	Remerciements _____	11
_____	Liste des abréviations _____	13
_____	Liste des Tableaux _____	15
_____	Liste des Figures _____	19
_____	INTRODUCTION:	
_____	CARTE SANITAIRE ET PLAN HOSPITALIER _____	23
_____	CHAPITRE 1. IDENTIFICATION DE LA PATIENTÈLE, DE SES COMPORTEMENTS ET DE SES ATTENTES _____	45
_____	1.1 Démographie et accès aux soins _____	47
_____	1.1.1 Évolution de la population _____	47
_____	1.1.2 Spectre et provenance de la population à couvrir _____	50
_____	1.1.3 Habitat, accessibilités et choix des hôpitaux _____	53
_____	1.2 Comportements et attentes des usagers hospitaliers _____	64
_____	1.2.1 Recours et raisons de recours aux hôpitaux _____	65
_____	1.2.2 Choix de l'hôpital comme lieu de prise en charge _____	66
_____	1.2.3 Cas des admissions urgentes _____	69
_____	1.2.4 Destination des patients après hospitalisation _____	71
_____	1.2.5 Informations délivrées aux patients _____	71
_____	1.2.6 Appréciations du passage à l'hôpital _____	72
_____	1.3 Constats, éléments de prospective et propositions _____	74
_____	CHAPITRE 2. CADRE ET CONTEXTE DU SECTEUR HOSPITALIER LUXEMBOURGEOIS _____	85
_____	2.1 Historique succinct _____	87
_____	2.2 Système de santé et fonctions de l'hôpital _____	89
_____	2.3 Cadre légal et réglementaire _____	93
_____	2.4 Cadre économique et financier _____	100
_____	2.5 Gouvernance du secteur hospitalier _____	106
_____	2.6 Éléments de prospective et propositions _____	112

CHAPITRE 3. INVENTAIRES DES RESSOURCES HOSPITALIÈRES	117
3.1 Panorama hospitalier actuel	119
3.2 Capacités d'hospitalisation	124
3.3 Services hospitaliers	131
3.4 Équipements hospitaliers	134
3.5 Ressources humaines hospitalières	139
3.6 Éléments de prospective et propositions	166
CHAPITRE 4. TAUX D'UTILISATION ET PERFORMANCES D'EXPLOITATION	169
4.1 Synthèse des indicateurs-clés, 2009	171
4.2 Note méthodologique	173
4.3 Séjours et journées d'hospitalisation, 2002-2009	178
4.4 Hospitalisations de jour, 2002-2009	191
4.5 Durée moyenne de séjour, 2002-2009	196
4.6 Occupation des lits, 2009	201
4.7 Décès hospitaliers, 2002-2009	210
4.8 Constats, éléments de prospective et propositions	216
BIBLIOGRAPHIE	223





La carte sanitaire 2012

Je salue cette 5^e édition de la carte sanitaire, dont je mesure le travail qu'elle a nécessité.

Elle fournit une analyse approfondie, comparée et richement documentée de l'évolution du paysage hospitalier sur la dernière décennie et des éléments de prospective, tant pour le plan hospitalier que pour l'évolution de ce secteur important de notre système de santé.

Présentée en plusieurs fascicules thématiques pour faciliter sa lecture et les divers usages que l'on peut en faire, cette édition constitue à la fois un inventaire commenté et exhaustif et une incitation à la réflexion critique et prospective. En ce sens, elle s'efforce de tirer le meilleur profit des données actuellement disponibles, tout en réitérant le souhait de les voir complétées et améliorées.

Longuement en chantier, je souhaite que cette édition sous sa forme de présentation actuelle puisse servir en partie à une mise à jour plus régulière des données, en attendant une alimentation automatique grâce aux progrès de e-santé.

Je souhaite à cette édition le succès qu'elle mérite.

Que ses effets puissent répondre :

- aux ambitions de leurs auteurs pour contribuer à optimiser la planification, à perpétuer et à renforcer les valeurs à la base de notre système de santé, et à parfaire le devenir des prestations de notre système hospitalier au profit des besoins effectifs de la population,
- aux attentes des lecteurs, notamment en matière d'information sur les faits et les enjeux pour un avenir pérenne d'un service d'utilité publique hautement performant dans l'intérêt de tous.

Mars di Bartolomeo
Ministre de la Santé



Remerciements

En tant qu'instrument de prospective pour le plan et la politique hospitalière, la carte sanitaire agrège des informations et surtout des données de nombreuses sources décentralisées auprès de quasi autant d'administrations, établissements et organismes.

À l'instar des éditions précédentes, nous avons pu compter sur la collaboration et la mise à disposition diligente de ces données indispensables. Dès lors les auteurs tiennent à remercier tous ceux qui ont apporté leur pierre à cet édifice et en particulier :

- les directions et les correspondants des différents établissements hospitaliers,
- les responsables de la Caisse Nationale de Santé (CNS) et plus spécialement J-P. Juchem et L. Birckel,
- les responsables du service STAPS de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale, dont notamment L.Weber, M.Scholl, Ch. Durand et plus particulièrement B. Biever,
- les responsables et les collaborateurs des services concernés du Ministère et de la Direction de la Santé et notamment L.Hemmer-Nies, G. Weber, M. Wolter, C. Back et E. Fettes,
- mais également le service financier et le contrôle financier pour leur aide de mise à disposition des moyens.

Les auteurs tiennent également à remercier tous ceux à qui ils ont demandé de s'investir dans la relecture des différentes versions dont des amis, des fournisseurs de données ainsi que notamment D. Hansen-Koenig, E. Heisbourg, F. Berthet, R. Wagener, L. Zanotelli et plus particulièrement Monsieur le Ministre lui-même dont le soutien, l'investissement intensif et les conseils judicieux ont été très appréciés.

Enfin, en tant qu'éditeur responsable, je tiens à remercier les contributeurs professionnels dont l'Ilres, l'Agence Rose de Claire, l'Imprimerie Centrale, mais surtout le Centre d'Études en Santé du CRP-Santé et plus spécialement, Marie-Lise Lair, sa directrice et Anne-Charlotte Thomas, véritable cheville ouvrière de cette édition ; sans leurs engagements compétents et assidus cette réalisation n'aurait pas été possible.

Ma reconnaissance et mes sincères compliments à toutes et tous qui d'une façon ou d'une autre ont contribué à la réalisation de cette 5^e édition de la carte sanitaire.

Roger Consbruck
Conseiller de Gouvernement

Liste des abréviations

AMMD	Association des Médecins et Médecins-Dentistes
APVP	Années Potentielles de Vie Perdues
ATM	Assistant Technique Médical
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CIM	Classification Internationale des Maladies (en anglais, ICD: International Classification of Diseases)
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Agées
CNS	Caisse Nationale de Santé
CPH	Commission Permanente du Secteur Hospitalier
CRP-Santé	Centre de Recherche Public de la Santé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
ECHI	European Community Health Indicators
EFQM	European Foundation for Quality Management
EHCI	Euro Health Consumer Index
ESMJ	Entrée et Sortie le Même Jour
ETP	Équivalent Temps Plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
GDL	Grand-Duché de Luxembourg
GHM	Groupe Homogène de Malades (en anglais, DRG: Diagnosis Related Group)
HAS	Haute Autorité de Santé
HCQI	Health Care Quality Indicators
HCP	Health Consumer PowerHouse
HFA-DB	European Health for All DataBase
HQIP	Healthcare Quality Improvement Partnership
IAM	Infarctus Aigu du Myocarde
INCA	Institut National du Cancer
INVS	Institut de Veille Sanitaire
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
IQIP	International Quality Indicator Project
LOM	Lits occupés en Moyenne par jour
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NHS	National Health Service
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques (en anglais: OECD)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé (en anglais: WHO: World Health Organization)
OP	Opération (Intervention chirurgicale)

PIB	Produit Intérieur Brut
PET-Scan ou TEP	Tomographie par Émission de Positons
PHN	Plan Hospitalier National (RGD 13 mars 2009)
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PRN	Projet de Recherche en Nursing
PSA	Places de Surveillance Ambulatoire
RCAM	Régime Commun d'Assurance Maladie
RETRACE	Recueil d'Informations sur les Traumatismes et Accidents
RGD	Règlement Grand-Ducal
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
STATEC	Institut national de la statistique et des études économiques
TNS-ILRES	Institut luxembourgeois de sondages et d'opinion
TO	Taux d'Occupation
UE	Union Européenne
UO	Unité d'Œuvre
USI	Unités de Soins Intensifs
USN	Unités de Soins Normaux
USP	Unité de Soins Palliatifs

Abréviations des noms des établissements hospitaliers

CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHK	Centre Hospitalier du Kirchberg
ZITHA	ZithaKlinik
CHEM	Centre Hospitalier Émile Mayrisch
CSM	Clinique Sainte Marie
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
CFB	Centre National de Radiothérapie François Baclesse
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
RHZ	Rehazenter
HIS	Hôpital Intercommunal de Steinfort
Colpach	Centre de Convalescence Émile Mayrisch

Liste des tableaux

INTRODUCTION :

Tableau n°1	Dimensions de la qualité des soins	40
--------------------------	--	----

CHAPITRE 1 :

Tableau n°2	Évolution de la population résidente par structure d'âge, 2002-2009	48
Tableau n°3	Évolution de la population protégée, 2002-2009	50

CHAPITRE 2 :

Tableau n°4	Évolution du nombre d'établissements et de lits hospitaliers, 1986-2009	88
Tableau n°5	Législations régissant le secteur hospitalier	93
Tableau n°6	Législations relatives à la gouvernance locale des hôpitaux	95
Tableau n°7	Évolution du coût des soins hospitaliers au Luxembourg, 2003-2010	101
Tableau n°8	Distribution des budgets accordés par la CNS, par établissement, 2010	103
Tableau n°9	Gouvernance nationale du secteur hospitalier : organes et missions	106
Tableau n°10	Gouvernance interne des hôpitaux : organes et missions	110
Tableau n°11	Proposition de cadre conceptuel et tableau de bord pour la planification et la gouvernance hospitalières	114

CHAPITRE 3 :

Tableau n°12	Classification des établissements et répartition des lits autorisés, 2011	121
Tableau n°13	Rapport succinct sur la mise en œuvre de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'État à participer à la modernisation, l'aménagement ou la construction de certains établissements hospitaliers	123
Tableau n°14	Classification des lits d'hospitalisation : rappels méthodologiques	124
Tableau n°15	Répartition des lits autorisés par type d'activité et ratio pour 1 000 habitants, 2009	125
Tableau n°16	Présentation des services hospitaliers autorisés, fonctionnels ou non, et des autres activités réalisées par les établissements généraux aigus	131
Tableau n°17	Typologie et localisation des équipements et appareils soumis au Plan Hospitalier 2009	134

Tableau n°18	Répartition des équipements d'imagerie médicale, par établissement, 2010	135
Tableau n°19	Évolution des effectifs de médecins agréés aux hôpitaux au GDL, par spécialité et par genre, 2006-2010	141
Tableau n°20	Exemple d'évolution corrélée entre démographie médicale et activité pour la spécialité ophtalmologie, 2006-2009	144
Tableau n°21	Évolution des nationalités des médecins agréés aux hôpitaux, 2005-2010	145
Tableau n°22	Évolution des pays de résidence des médecins agréés aux hôpitaux, 2005-2010	146
Tableau n°23	Distribution du nombre de médecins agréés, par établissement, 2012	147
Tableau n°24	Évolution des dotations en personnel hospitalier, 2004-2011	150
Tableau n°25	Synthèse des principales méthodes de calcul des dotations hospitalières au GDL selon le secteur d'activité	151
Tableau n°26	Évolution du personnel hospitalier selon les groupes de fonctionnalités, 2004-2011	153
Tableau n°27	Distribution du personnel hospitalier selon les catégories de personnel, 2011	156
Tableau n°28	Distribution du personnel hospitalier, par grand groupe de fonctionnalités, 2011	157
Tableau n°29	Distribution du personnel hospitalier, par établissement, 2011	157
Tableau n°30	Distribution du personnel hospitalier par genre et hôpital, 2010	158
Tableau n°31	Évolution des pays de résidence du personnel hospitalier, 2005-2011	160
Tableau n°32	Évolution des pays de résidence des infirmiers du secteur hospitalier, 2005-2011	161
 CHAPITRE 4 :		
Tableau n°33	Synthèse des indicateurs-clés, par hôpital, 2009	171
Tableau n°34	Prestations médico-techniques, au GDL, 2009	172
Tableau n°35	Évolution des hospitalisations, par établissement, 2002-2009	179
Tableau n°36	Évolution de la répartition des séjours hospitaliers, par âge, au GDL, 2002-2009	181
Tableau n°37	Répartition des séjours hospitaliers, par genre, au GDL, 2002-2009	183

Tableau n°38	Évolution des hospitalisations de jour, par établissement, 2002-2009	192
Tableau n°39	Évolution des facturations de places de surveillance pour patients ambulatoires, par établissement, 2002-2009	194
Tableau n°40	Taux d'interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation de jour (ESMJ) pour 4 types d'opérations retenus dans le cadre des Incitants Qualité, 2009	195
Tableau n°41	Durée moyenne de séjour, par établissement, 2002-2009	197
Tableau n°42	Durée moyenne de séjour selon l'âge, au GDL, 2009	198
Tableau n°43	Occupation moyenne des lits au GDL, par mois, 2009	202
Tableau n°44	Fréquence d'occupation des lits au GDL, par jour, 2009	204
Tableau n°45	Occupation des lits, par établissement, 2009	205
Tableau n°46	Occupation moyenne des lits par jour, selon le mode d'hospitalisation, par établissement, 2002-2009	206
Tableau n°47	Évolution des décès hospitaliers et ratios décès/séjours pour l'hospitalisation complète et de jour, par établissement, 2002-2009	213
Tableau n°48	Évolution des décès hospitaliers et ratios décès/séjours pour l'hospitalisation complète, par établissement, 2002-2009	215

Liste des figures

CHAPITRE 1 :

Figure n°1	Évolution démographique des résidents luxembourgeois et étrangers, 1961-2010	47
Figure n°2	Benchmark international : Part de la population âgée de 65 ans et plus, 1970-2010	49
Figure n°3	Population protégée versus consommation de soins hospitaliers au GDL, 2009	51
Figure n°4	Évolution de l'habitat de la population résidente en fonction des régions hospitalières, 1821-2011	53
Figure n°5	Cartographie de la densité des médecins généralistes par commune, 2009 ..	54
Figure n°6	Cartographie de la densité des médecins spécialistes par canton, 2009	55
Figure n°7	Cartographie d'accessibilité aux services d'urgence	56
Figure n°8	Choix de l'hôpital selon le canton d'origine des patients, 2009	59
Figure n°9	Évolution des séjours hospitaliers des non-résidents, selon le pays de résidence, 2002-2009	62
Figure n°10	Évolution et répartition des séjours hospitaliers des non-résidents, par établissement, 2002-2009	62
Figure n°11	Raisons du recours à l'hôpital en tant que patient	66
Figure n°12	Décision d'orientation des patients vers l'hôpital	67
Figure n°13	Orientation vers l'hôpital versus alternatives potentielles à l'hôpital	67
Figure n°14	Raisons de préférence de l'hôpital à d'autres alternatives	68
Figure n°15	Service d'admission lors d'une urgence	69
Figure n°16	Temps d'attente perçu avant d'être vu par un professionnel de santé	69
Figure n°17	Temps d'attente perçu avant d'être effectivement pris en charge	70
Figure n°18	Répartition des durées de séjour après admission en urgence à l'hôpital	70
Figure n°19	Lieux de destination des patients après hospitalisation de plus d'un jour	71
Figure n°20	Informations préalables dont le patient a disposé avant le contact à l'hôpital ..	72
Figure n°21	Temps d'attente jugé trop long, par service	72
Figure n°22	Satisfaction du passage à l'hôpital	73
Figure n°23	Impressions des visiteurs et des accompagnants des patients	74

CHAPITRE 2:

Figure n°24	Organisation du système de santé grand-ducal	89
Figure n°25	Fonctions de l'hôpital	92
Figure n°26	Représentation des logiques impliquées dans les activités hospitalières	97
Figure n°27	Benchmark international: Dépenses totales de santé par type de financement, 2009	100
Figure n°28	Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg, 2010	101
Figure n°29	Benchmark international: Évolution des dépenses de santé par habitant en milieu hospitalier et ambulatoire, 2000-09	102

CHAPITRE 3:

Figure n°30	Cartographie des hôpitaux et régions hospitalières, 2012	120
Figure n°31	Benchmark international: Lits d'hôpitaux pour 100 000 habitants, 1986-2009	125
Figure n°32	Benchmark international: Lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 2000 et 2009	127
Figure n°33	Benchmark international: Unités d'IRM par million d'habitants, 2009	136
Figure n°34	Benchmark international: Tomodensitomètres par million d'habitants, 2009	136
Figure n°35	Évolution du personnel hospitalier administratif et logistique, 2004-2011	154
Figure n°36	Évolution du personnel hospitalier affecté aux soins, 2004-2011	154
Figure n°37	Évolution du nombre de séjours hospitaliers, 2006-2009	155
Figure n°38	Évolution du nombre de journées d'hospitalisation, 2006-2009	155
Figure n°39	Évolution du nombre de médecins hospitaliers, 2006-2009	155
Figure n°40	Évolution du nombre d'ETP de personnel hospitalier, 2006-2009	155
Figure n°41	Distribution du personnel hospitalier selon les catégories de personnel, 2011	156
Figure n°42	Distribution du personnel hospitalier, par grand groupe de fonctionnalités, 2011	157
Figure n°43	Distribution du personnel hospitalier, par établissement, 2011	157
Figure n°44	Distribution du personnel hospitalier par genre, au GDL, 2010	158

Figure n°45	Personnel hospitalier total, par classes d'âge, au GDL, 2010	159
Figure n°46	Personnel hospitalier administratif, par classes d'âge, au GDL, 2010	159
Figure n°47	Personnel hospitalier logistique, par classes d'âge, au GDL, 2010	159
Figure n°48	Personnel hospitalier médico-technique, par classes d'âge, au GDL, 2010 ...	160
Figure n°49	Personnel hospitalier soignant, par classes d'âge, au GDL, 2010	160
Figure n°50	Benchmark international: Rémunération des infirmiers en hôpital en USD PPA, 2009	162

CHAPITRE 4:

Figure n°51	Évolution des séjours hospitaliers, par établissement, 2002-2009	180
Figure n°52	Répartition des séjours hospitaliers, par établissement, 2009	180
Figure n°53	Pyramide des âges des hospitalisations, selon le nombre de séjours, au GDL, 2009	182
Figure n°54	Pyramide des âges des hospitalisations, selon le nombre de journées, au GDL, 2009	182
Figure n°55	Répartition des séjours hospitaliers, par genre, au GDL, 2009	183
Figure n°56	Distribution des séjours hospitaliers selon l'âge et le genre, au GDL, 2009 ...	184
Figure n°57	Case-mix des séjours hospitaliers, par chapitre ICD 10, au GDL, 2009	185
Figure n°58	Benchmark international: Sorties d'hôpital, pour 1 000 habitants, 2009	190
Figure n°59	Benchmark international: Durée moyenne de séjour à l'hôpital, 2000 et 2009	200
Figure n°60	Occupation moyenne des lits au GDL, par mois, 2009	202
Figure n°61	Occupation moyenne des lits au GDL, par jour, 2009	203
Figure n°62	Fréquence d'occupation des lits au GDL, par jour, 2009	205
Figure n°63	Benchmark international: Taux d'occupation des lits de soins curatifs, 2000 et 2009	208
Figure n°64	Évolution de la distribution des lieux de décès au GDL, 1970-2009	211
Figure n°65	Causes de décès hospitaliers, par chapitre ICD 10, 2002-2009	212
Figure n°66	Comparaison de la répartition des séjours et des décès, par hôpital, en 2009	214

Introduction :

Carte sanitaire et Plan Hospitalier

La carte sanitaire, instrument d'information et de prospective*

Base légale

Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
(Mémorial A – 78 du 18 septembre 1998)

Art.3. La carte sanitaire est un **ensemble de documents d'information et de prospective** établi et mis à jour par le ministre de la Santé et constitué par :

- a) l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général et de leur taux d'utilisation ;
- b) le relevé du personnel médical, soignant, administratif et technique desdits établissements ;
- c) l'inventaire des équipements et appareils médicaux coûteux nécessitant une planification nationale ou, le cas échéant, régionale ou exigeant des conditions d'emploi particulières. La liste de ces équipements et appareils est fixée au plan hospitalier national ;
- d) l'inventaire des équipements et appareils médicaux et de leurs configurations d'ensemble fonctionnel, ne figurant pas sur la liste visée sous c) ci-dessus, mais dont le coût est supérieur à un montant à fixer par règlement grand-ducal ; ce seuil ne peut être inférieur à 80.000 euros ;
- e) l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées ou de centres de compétences.

Tous les établissements hospitaliers doivent fournir les renseignements nécessaires à l'élaboration de la carte et à sa mise à jour annuelle. Faute par eux de ce faire le ministre de la Santé ne pourra accorder ou, le cas échéant, proroger les autorisations dont question aux articles 4, 5, 6 et 9 ci-après.

« Le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut par ailleurs recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives :

- aux séjours hospitaliers des différents patients : diagnostics, interventions, techniques spéciales, services d'hospitalisation et durée de séjour, âge, date d'admission, destination du patient après sortie ;
- à l'utilisation des équipements médicaux des établissements hospitaliers : fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients ;
- à la fréquence et aux raisons du recours aux établissements hospitaliers étrangers ».

Portée et objectifs

La **prospective*** consiste « à élaborer des scénarios possibles sur la base des données disponibles. Sa fonction première est de synthétiser les tendances et d'offrir des visions temporelles en tant qu'aide à la décision stratégique » (Source: Wikipédia). En ce sens, elle vise à initialiser ou contribuer à la démarche d'amélioration continue de la planification du secteur hospitalier et de sa gouvernance.

Fondée sur des observations assorties de comparaisons internationales sur l'axe du temps et placées dans leur contexte systémique, la carte sanitaire vise à proposer :

- aux **autorités de tutelle** des éléments pour répondre :
 - aux attentes évolutives et aux besoins de la population et plus particulièrement des usagers hospitaliers,
 - à la transparence des activités, des résultats et des performances conformes aux acquis de la science dans le contexte des missions des différents établissements hospitaliers,
 - aux contraintes d'un fonctionnement efficient pour assurer la pérennité des acquis via une dynamique d'amélioration continue,
- aux **responsables et collaborateurs hospitaliers** des éléments d'information et de benchmark,

- à la **population** et aux **usagers hospitaliers** un aperçu des informations publiquement disponibles.

Pour autant que les données nécessaires existent de façon standardisée au niveau national, cette 5^e édition répond à la volonté du libellé de sa base légale. En outre, le libellé invitant également à la prospective, cette édition élabore des propositions sur la base d'observations, de déductions et de constats qui nécessitent d'aller au-delà tant dans l'intérêt des patients que de l'amélioration du système de santé.

Le monde change, les besoins de santé, les formes de prise en charge et le paradigme conceptuel évoluent, la constellation du paysage hospitalier s'est profondément transformée, la médecine et les soins progressent, la médiatisation force la transparence, les contraintes de performance et d'efficacité s'intensifient en conséquence des développements économiques et requièrent une adaptation de la gouvernance vers davantage de proactivité et dès lors de moyens tels que des tableaux de bords permettant d'anticiper et de piloter pour s'adapter à ces évolutions.

Si l'intention première reste de servir l'élaboration du prochain règlement établissant le plan hospitalier, la prospective peut également imposer un regard plus systémique et aller plus loin lorsque le profit attendu pour les bénéficiaires de la raison d'être du système hospitalier et de santé impose de faire évoluer le paradigme.

Sources des données et limites

En dehors de l'enquête TNS-Ilres recueillant les comportements et attentes des patients, les seules données chiffrées disponibles sont des données démographiques, d'inventaires, de facturation, dans le cadre de la budgétisation avec la CNS, de diagnostics de sortie, de décès et relatives aux professions de santé.

Les données démographiques proviennent des publications du **Statec**, celles d'inventaires et de diagnostics de sortie ont été mises à disposition, à partir de leurs bases de données de facturation, par l'**Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS)** et la **Caisse Nationale de Santé (CNS)**. Celles relatives aux professions de santé et celles concernant les décès ont été fournies par le **Ministère** et la **Direction de la Santé**.

Des données plus ponctuelles et des vérifications de données ont été demandées auprès du **CRP-Santé** et des **établissements hospitaliers**.

Les comparaisons internationales se basent, en fonction de leur disponibilité, sur les sources faisant foi dont la **WHO-HFA database, l'OCDE, les bases de données sur la santé, Eurostat-Heidi**.

Les sources sont précisées pour chaque tableau ou graphique.

Les notes méthodologiques afférentes figurent aux chapitres concernées.

En dehors des renseignements ponctuels, dont les dates sont référencées, l'observation de tendances pluriannuelles a été privilégiée pour donner davantage de robustesse aux observations et mieux connaître l'amplitude des évolutions des paramètres suivis.

La **période d'analyse** choisie est **2002-2009**, les données de 2010 et de 2011 n'ont pas été reprises compte tenu de l'impact sur les données d'activité de la grève des médecins fin 2010 et le report d'activités planifiées à début 2011. Dans les cas où il a été jugé nécessaire de considérer des indicateurs ou données plus récentes disponibles pour éclairer certains domaines, les références sont expressément indiquées.

Les données d'hospitalisation concernent, sauf exceptions mentionnées, les activités opposables des assurés, résidents ou non, relevant, directement ou par assimilation, de la protection de l'assurance maladie (**assurés CNS**). En effet, le périmètre de la base de données de la Sécurité Sociale ne tient pas compte :

- des non assurés CNS qui représentent environ 5 % des résidents ; essentiellement des fonctionnaires d'institutions européennes,
- des activités non opposables, selon les statuts de la CNS (ex : prestations de confort et d'esthétique).

La non disponibilité de données auprès des tutelles susmentionnées et présentant dès lors les critères de comparabilité nationale respectivement de fiabilité n'a pas permis de répondre à diverses demandes de compléments, dont celles sollicitées par le Conseil Économique et Social en son avis du 3 avril 2009 concernant :

- la fréquence, l'incidence et la nature des maladies diagnostiquées et traitées en dehors de l'hôpital,

- la nature et le résultat des prises en charge par le SAMU,
- les résultats, le devenir, l'utilité et le bénéfice des soins procurés aux patients pris en charge à l'hôpital,
- la satisfaction des patients par rapport à leur prise en charge.

Concernant le **thème de la qualité**, la carte sanitaire n'a pas recouru, pour des raisons similaires, aux données :

- issues du programme « incitants qualité » négocié entre la CNS et la FHL (Fédération des hôpitaux luxembourgeois) qui permet l'attribution d'une prime extrabudgétaire à hauteur de 2% du budget global des établissements. Il en est de même pour la première étude de satisfaction des patients commanditée en 2009 dans le même contexte à l'Institut « Picker »,
- non encore disponibles, des rapports annuels sur le bon fonctionnement et la qualité des prestations offertes à l'établissement, telles que prévues par les stipulations de l'article 21 du règlement grand-ducal du 23 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

Par ailleurs, il convient de noter s'agissant des comparaisons internationales et de la planification de certaines capacités que **l'exclusion des non assurés et des activités non opposables à la CNS** conduit à une **sous-estimation** des ratios et classements, notamment en ce qui concerne les taux d'occupation des lits et d'utilisation de certaines fonctionnalités, comme notamment les salles d'opération (et pouvant être de l'ordre de 5%); ceci amène également à certaines distorsions des résultats entre les établissements au niveau national, en fonction de l'attractivité afférente des établissements.

Enfin la carte sanitaire, sur base des données de facturation, ne fait que mesurer la facturation des activités opposables à la CNS, en dehors des **prestations autorisées à l'étranger**. En fait les données relatives à ces dernières et qui pourraient renseigner sur des besoins non satisfaits ou sur la recherche d'une meilleure efficacité via la délocalisation de certaines prestations à l'étranger sont de nature et de méthodologie différentes et inutilisables à des fins de comparaison et de constats des besoins.

Ces activités sont influencées par de nombreux facteurs dont la demande des patients et le spectre et l'ampleur de l'offre liés au libre établissement des médecins, au conventionnement automatique et à la faculté de libre recrutement de la part des établissements hospitaliers.

Dans ce contexte, la carte sanitaire n'a pas les moyens de justifier le bien-fondé des évolutions ni de l'activité au pays, ni des transferts à l'étranger. Certes le parallélisme de l'évolution des activités avec celui de la population relève de la plausibilité, mais ce parallélisme ne signifie pas nécessairement que les besoins sanitaires du pays sont couverts, ou que les activités facturées sont justifiées ou de bonne qualité. Toujours est-il que lorsque la carte sanitaire constate des déviations par rapport à ce parallélisme d'évolutions qu'elle ne peut justifier, elle y rend attentive et interpelle les autorités compétentes à qui il appartient de réserver les suites voulues.

2012: la 5^e édition

Pour faciliter sa lecture et son utilisation par différents publics cible, **l'édition 2012 de la carte sanitaire** se compose d'une synthèse, d'un document principal et de quatre fascicules :

Le document principal se décline comme suit :

- **Introduction: Carte sanitaire et Plan hospitalier**
- **Chapitre 1: Identification de la patientèle, de ses comportements et de ses attentes**
- **Chapitre 2: Cadre et contexte du secteur hospitalier luxembourgeois**
- **Chapitre 3: Inventaires des ressources hospitalières**
- **Chapitre 4: Taux d'utilisation et performances d'exploitation**

Les fascicules portent chacun sur un domaine spécifique :

- **Fascicule 1 – Établissements hospitaliers du Grand-Duché:** présente le profil de chaque établissement de manière synthétique sous forme de fiches regroupant les principales données administratives et d'activité.

- **Fascicule 2 – Recours à l’hospitalisation selon la Classification internationale des Maladies (ICD 10):** analyse de manière approfondie les 21 chapitres de cette classification selon un modèle analogue, afin de décrire la fréquence et l’évolution de 2002 à 2009 des raisons de recours à l’hôpital au niveau du pays, par région hospitalière et par hôpital, un focus sur l’année 2009 est par ailleurs réalisé ainsi qu’une comparaison internationale, un résumé des constats et des propositions et éléments de perspective.
- **Fascicule 3 - Activités médico-techniques:** propose une analyse détaillée des activités de polyclinique-urgences, des laboratoires d’analyses médicales, d’imagerie médicale, de blocs opératoires, de salles d’accouchements et d’hémodialyse et propose pour chaque entité des éléments de perspective.
- **Fascicule 4 - Focus sur des prises en charge spécifiques: Transferts à l’étranger – Rééducation et convalescence – Gériatrie - Soins palliatifs:** propose une analyse détaillée, des observations et propositions concernant ces prises en charge.

Enseignements des éditions précédentes

La notion de **carte sanitaire** comme point de départ de la planification hospitalière date de la même législation habilitante, mais elle n’a été concrétisée pour la première fois qu’en 2000 et la **présente version** en est la **5^e édition**.

La 4^e édition, **version précédente**, date de **2005** et avait notamment abouti à la **synthèse des constats** suivants :

- des infrastructures hospitalières modernisées, grâce à l’aide financière de l’État,
- des structures et une organisation harmonisés, mais une gouvernance qui reste largement à parfaire,
- des dotations en personnel fondées, équitables et assez généreuses en comparaison avec l’étranger,
- des équipements hospitaliers de pointe,
- une planification des services médicaux... peu efficace car neutralisée par le système de financement à l’acte,

- une croissance des activités, largement supérieure à celle de la population,
- une absence de mesure des résultats et de comparaison des performances,
- une gouvernance centrale polyarchique, à objectifs conflictuels et à instruments de pilotage peu coordonnés ou pertinents voire quelquefois antagonistes face à des gouvernances locales et des représentations d'intérêt fortes des professionnels,
- une transparence glauque et une culture de redevabilité faible notamment en matière de qualité, de sécurité, de satisfaction et de centrage sur le devenir du patient, du fait notamment d'un manque de données fiables et pertinentes, d'un système d'information, de tableaux de bords de gestion, mais également de l'absence d'un contrôle d'application de la législation ou de la non documentation.

En résumé elle avait alors formulé les **propositions** suivantes :

- **Améliorer l'information, préalable à une meilleure gestion, en mettant en place :**
 - le dossier hospitalier normalisé,
 - un système d'information (en santé et hospitalier), avec tableaux de bords de gestion, sur base du dossier informatisé et codifié du patient,
 - un accès aux données de gestion (collectives et anonymes), en temps réel, aux prestataires, coordinateurs, directeurs et organismes gestionnaires ainsi qu'aux tutelles de santé et de sécurité sociale afin de les mettre en mesure de mieux jouer leurs rôles respectifs,
- **Éliminer les incongruités (de conflits de logiques) actuelles qui minent le système :**
Harmoniser, rendre cohérents et synergiques, le cas échéant en adaptant les bases légales, les instruments de pilotage mis en place pour maintenir la pérennité et la performance du système :
 - apporter les corrections nécessaires à la nomenclature et mettre un barrage efficace aux abus,
 - sortir les normes et améliorer l'organisation interne (e.a. procédures),

- adapter l'assise légale du plan hospitalier,
 - prévoir des contrôles efficaces,
 - donner les moyens requis à la carte sanitaire « pour voir mieux et voir plus loin ».
- **Faire ressortir le patient comme centre d'intérêt du système :**
- préciser la portée et les limites de l'intervention des différents établissements et de leurs prestataires dans la prise en charge conforme,
 - favoriser les références aux meilleures « clinical guide-lines et les clinical pathways » pour une prise en charge qui apporte un bénéfice mesurable dans le devenir et la qualité de vie du patient,
 - mesurer systématiquement la satisfaction des patients 6 semaines, voire un an après leur sortie,
 - évaluer et prendre au sérieux les échos et les suggestions des utilisateurs du système et en faire un des leviers de la démarche qualité, qu'il y a lieu de sortir de la confidentialité et à laquelle il y a lieu d'inclure les médecins et les organismes gestionnaires,
 - implémenter, après clarification des raisons de leurs échecs, les dispositions utiles de la loi sur les établissements hospitaliers respectivement l'amender en ce sens.
- **Maîtriser l'évolution des coûts :**
- notamment en stimulant davantage les prises en charge ambulatoires,
 - renforcer les synergies, notamment logistiques, les complémentarités et collaborations,
 - permettre l'accès aux antécédents des patients pour prévenir les doubles emplois non pertinents.

(Source : Carte sanitaire 2005, Résumé des propositions, page 193)

Suites réservées aux apports des éditions précédentes

Par la suite, la **volonté politique a largement fait sienne une grande partie de ces recommandations**, notamment via la **déclaration gouvernementale de 2009**:

«La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers sera révisée en vue d’approfondir la planification hospitalière et de donner des précisions sur le rôle ainsi que sur les droits et les devoirs des différents intervenants, et notamment sur le statut contractuel du médecin hospitalier.

L’objectif est d’inciter à la transparence des activités, des résultats, de la performance, des efforts en matière de qualité et de satisfaction des usagers. Les initiatives en matière de qualité de l’activité médicale lancées par le nouveau plan hospitalier seront mises en place et renforcées.

Une optimisation des processus favorisera une utilisation plus efficace des moyens disponibles sans mettre en cause la qualité des services prestés et leur accessibilité. En visant à utiliser les moyens de manière plus efficace sans toutefois mettre en cause l’accès à tous à des soins de santé de bonne qualité, l’approche choisie est celle de « Soigner mieux en dépensant mieux ».

Le Gouvernement continuera à inciter les établissements hospitaliers à créer des collaborations tant sur le plan administratif, technique, logistique que médical, et notamment dans le domaine des laboratoires et des pharmacies hospitaliers.

La modernisation des infrastructures du secteur hospitalier sera poursuivie en fonction des besoins qui subsistent dans les trois régions hospitalières.

Une meilleure répartition de l’activité médicale entre les différents acteurs par la création de véritables filières de soins spécialisées sera visée. Le Gouvernement veillera à ce que des centres de compétences regroupant les spécialités de différents hôpitaux soient créés au niveau national dans des domaines tels que l’oncologie, la prise en charge de l’accident vasculaire cérébral (stroke), la neurochirurgie (chirurgie du cerveau) ainsi que la chirurgie de la colonne vertébrale ».

Il faut être conscient que notre système d’assurance maladie, et surtout de prise en charge médicale et hospitalière, devra à l’avenir davantage faire face à une comparaison voire une concurrence avec des offres de soins transfrontalières ».

(Source: Programme gouvernemental 2009: Hôpitaux; Santé et Sécurité Sociale)

«La réforme (réforme du système de santé, loi du 17 décembre 2010) prévoit également d’introduire d’améliorer l’efficacité du secteur hospitalier, de développer les synergies, d’améliorer la gouvernance, d’augmenter la transparence des pres-

tations fournies et d'assurer le virage ambulatoire, de revoir le statut du médecin hospitalier et de renoncer à la réglementation du contrat d'agrément. L'évolution du nombre de médecins sera, en outre, mieux cadrée. » (Source: Bulletin d'information et de documentation, Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, juillet-décembre 2010)

« La réforme actuelle devra être complétée par une révision du plan hospitalier, voire une réforme plus globale de la loi hospitalière » (Source: IGSS, Rapport sur l'Assurance Maladie-Maternité 2009)

Conformément à la volonté du législateur qui a élargi sa portée au secteur extra-hospitalier via la loi précitée du 17 décembre 2010, la 5^e édition de la carte sanitaire s'inscrit donc dans ce contexte de renouveau de la planification hospitalière et du souci qu'« une bonne gouvernance n'est possible que si l'on dispose d'informations de qualité sur les problèmes de santé, sur le contexte dans lequel le système fonctionne et sur l'efficacité de ce dernier » (Source: OMS mai 2010, *Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé*)

La planification hospitalière

Définition

« La planification est la programmation d'actions à mener dans un domaine précis, avec des objectifs précis, avec des moyens précis et sur une durée (et des étapes) précise(s). Elle se traduit par un plan répondant de façon détaillée et concrète aux principaux aspects du type: qui, quoi, pourquoi, quand, où, comment » (Source: www.techno-science.net).

« La planification est l'action de planifier, c'est-à-dire d'organiser dans le temps une succession d'actions ou d'événements afin de réaliser un ou des objectifs particuliers ou un projet. La planification décrit les objectifs recherchés, la manière dont ils seront atteints, les rôles et responsabilités des différents acteurs, le calendrier, l'estimation des moyens et des coûts, les modalités de suivi et de contrôle. Elle utilise un certain nombre d'outils comme l'analyse multicritères, la prévision, le budget, l'étude des différents scénarios entre lesquels il faut choisir, les probabilités, l'étude des risques, les solutions alternatives ou de repli » (Source: www.toupie.org).

Base légale actuelle et objectifs

Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (Mémorial A – 78 du 18 septembre 1998)

« **Art.2.** Le ministre ayant dans ses attributions la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers.

Un plan hospitalier national répondant tant aux besoins sanitaires du pays, qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, en coordination avec les autres prestataires de soins de santé, sera établi par règlement grand-ducal, le collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis, et sur la base des données à fournir par la carte sanitaire du Grand-Duché.

En fonction des besoins sanitaires nationaux, le plan hospitalier :

- *arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants ;*
- *définit les différents services hospitaliers pouvant être autorisés, ainsi que pour chacun de ces services le nombre maximal autorisable au niveau national ;*
- *définit les différents centres de compétences pouvant être autorisés, ainsi que pour chaque centre de compétences le nombre maximal autorisable au niveau national ;*
- *détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.*

Les services à caractère unique prendront la dénomination de services nationaux. Les centres de compétences à caractère unique prendront la dénomination de centres de compétences nationaux.

Pour chaque service hospitalier, le plan hospitalier peut fixer les nombres minimal et maximal de médecins autorisés à y exercer. Ces nombres seront fixés en fonction des impératifs de continuité des soins et d'activité moyenne minimale par médecin requise.»

Origine de la planification hospitalière

L'origine de la planification hospitalière, par l'intermédiaire de laquelle le ministre de la Santé doit assurer la coordination des établissements hospitaliers, remonte à l'après-guerre et la motivation se retrouve dans le premier rapport sur la situation sanitaire du pays édité par la Direction de la Santé Publique.

« Monsieur le Ministre de la Santé Publique a institué par arrêté du 24 décembre 1952 une commission d'études de planification hospitalière, ayant pour mission :

- 1. d'étudier la situation hospitalière actuelle (répartition des établissements et des lits et mouvement des malades) ;*
- 2. de comparer cette situation aux besoins réels de la population et d'établir, s'il y a lieu, le nombre et le genre d'établissements dont la construction serait nécessaire dans un proche avenir ;*
- 3. d'établir une priorité entre ces établissements en tenant compte des nécessités régionales ;*
- 4. de faire des propositions quant aux possibilités de financement des constructions et de leur gestion.*

Nous avons constaté aussi l'absence d'une coordination et d'une planification de la construction hospitalière. Jusqu'ici, la plupart de nos hôpitaux ont été construits un peu au hasard, suivant les possibilités financières, certains désirs locaux, certaines suggestions du corps médical local, certaines considérations de rentabilité.

Il est un fait aussi, que par manque de coordination et par suite de l'éparpillement des hôpitaux à travers le pays, chaque clinique est obligée d'avoir un équipement chirurgical et radiologique coûteux et que sa rentabilité peut devenir douteuse, au détriment de certaines catégories de malades, qu'il est presque impossible d'hospitaliser.

Nous devons sortir de l'anarchie de la construction hospitalière et établir un plan de construction et de répartition à longue échéance.

Par la planification hospitalière nous devons arriver à réaliser un équipement tenant compte des nécessités médicales, régionales et locales. Il s'agit non seulement d'avoir assez de lits, mais d'avoir assez de lits pour toutes les catégories de malades justiciables d'un traitement hospitalier, et il faut aussi que la répartition des lits réponde aux besoins régionaux».

(Sources : La situation hospitalière au Grand-Duché en 1951 et en 1952, Dr J. Koltz, médecin inspecteur ; Extraits de « La situation sanitaire au Grand-Duché de Luxembourg, rapports publiés par la Direction de la Santé Publique, Imprimerie de la Cour Victor Buck, s.a.r.l Luxembourg)

Dans un pays où l'État s'était strictement limité à son rôle de gouvernance de la santé publique et avait laissé les soins aux personnes et notamment les hôpitaux à l'initiative privée ou à des autorités locales, cette proposition fut diversement accueillie. Ce n'est qu'après de longues consultations et à la suite des rapports commandités à des organismes internationaux et notamment à l'OMS et connus sous les noms de leurs auteurs - Gunderman-Fiebelkorn (1965), Aujaleu-Rösch (1968), Griffith (1972) - que la planification hospitalière a été inscrite en 1976 comme règlement grand-ducal à la première loi sur les hôpitaux (du 24 09 1976) intitulée « portant planification et organisation hospitalières ».

Suites réservées

Le **1^{er} plan hospitalier national est entré en vigueur le 30 mars 1982** comme règlement d'exécution de la loi sur les hôpitaux de 1978.

Ce **règlement grand-ducal** comme celui qui l'a relayé le **19 juillet 1989** portait sur les points suivants :

- Détermination des régions hospitalières,
- Détermination des indices lits/population,
- Besoins en établissements hospitaliers et services hospitaliers,
- Classification des établissements hospitaliers,
- Besoins en équipements et appareils coûteux ou exigeant des conditions d'emploi particulières.

Le **règlement** précité de **1989** stipule notamment: « *L'hôpital régional se définit par sa haute technicité de l'équipement de certains services et par la spécialisation poussée de son corps médical et paramédical... Sa mission de soins se subdivise en soins courants pour la population de la région et en soins spéciaux, non susceptibles d'être prestés de façon adéquate par les hôpitaux généraux et locaux ainsi que par les maisons de soins, de cure, de convalescence, de réadaptation et de gériatrie.*

Il traite prioritairement les malades pendant la phase aiguë... il doit en plus pouvoir répondre à l'ensemble des besoins de la population qu'il dessert.

Ces 1^{ers} plans épousaient au plus près la réalité en classant les établissements aigus, de moyen et de long séjour des trois régions hospitalières définies en cohérence avec la densité, les habitudes et les trajets de soins de la population.

En attendant les grandes réformes législatives dans le secteur, en préparation avancée, à savoir :

- la loi du 27 juin 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé et introduisant notamment la budgétisation des hôpitaux,
- la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers,
- la loi de 1998 introduisant l'assurance dépendance,

le plan hospitalier de 1994:

- a reclassé une grande partie des hôpitaux en établissements de long séjour et a réduit le périmètre de la planification hospitalière aux établissements aigus et de moyen séjour, seuls établissements opposables au financement de l'assurance maladie,
- a concrétisé et affiné la notion, peu définie auparavant, de **services hospitaliers** en distinguant notamment les services de base des services spécialisés, et des **services nationaux**, en témoignant ainsi de la volonté de concentrer les activités en secteurs de compétences en fonction de la spécialité des médecins.

Comme suite à la **déclaration gouvernementale de 1999** qui précise qu'« *il est nécessaire de repenser les critères du plan hospitalier en mettant l'accent sur le critère de l'efficience et de la qualité* », le **plan hospitalier de 2001** a procédé au reclassement de lits aigus en lits de rééducation gériatrique et, afin de favoriser le développement des activités ambulatoires, il ne compte plus les emplacements pour ces activités comme lits d'hospitalisation.

La philosophie et la continuité des efforts des gouvernements successifs se résume fort bien par son exposé des motifs : « *Dans le but d'assurer que la prise en charge du patient se fasse dans le service hospitalier le mieux approprié à sa pathologie, les nouvelles dispositions visent à assurer la couverture des soins les plus légers et les plus courants au niveau des hôpitaux de proximité et des services de base alors que ceux plus lourds et/ou plus spécialisés sont à prendre en charge au niveau des hôpitaux généraux et des services spécialisés. Dans la même logique, les besoins peu fréquents, mais très spécialisés sont à assurer au niveau d'établis-*

sements ou de services nationaux spécifiques ou le cas échéant à l'étranger. À la recherche de la meilleure efficacité des prestations hospitalières, le présent plan se veut ainsi d'assurer une offre adaptée aux besoins, à coût défendable en prévenant la dispersion de moyens et de compétences tout en agençant les structures de sorte à garantir une sécurité et une continuité optimales des soins » (Source : Plan hospitalier 2001 : Exposé des motifs).

Cette approche est corroborée par les objectifs de planification du **plan hospitalier 2009** qui visent :

- « une couverture continue des besoins hospitaliers,
- une équité de chances d'accès et d'orientation du patient vers les services médicaux les plus adéquats pour sa prise en charge,
- à mesurer et évaluer les résultats des prestations pour permettre une démarche d'amélioration continue de la qualité,
- un fonctionnement efficient et complémentaire des différents établissements » (Source : Propositions d'amendements du 24 09 2007 au Ministre pour le nouveau plan hospitalier)

Le **plan** publié au Mémorial A n°54 du **13 mars 2009** prévoit de favoriser le virage ambulatoire et introduit explicitement des stipulations en faveur de la qualité via :

- la création dans chaque établissement d'un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et qui élabore annuellement un rapport sur le bon fonctionnement et la qualité des prestations offertes à l'établissement,
- la mise en place au niveau de chaque établissement d'un système de déclaration des événements indésirables et de surveillance des infections nosocomiales,
- la création d'un comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières ayant notamment pour mission de procéder à la coordination au niveau national des structures d'évaluation au niveau des établissements et notamment d'élaborer et de diffuser des recommandations afférentes à l'attention des établissements hospitaliers.

Par ailleurs, indépendamment des stipulations du plan hospitalier, le paysage hospitalier a fortement et rapidement évolué suite aux fusions successives d'établissements dans un intervalle de temps restreint, à savoir

- en 2003, l'Hôpital du Kirchberg est né de la fusion des Cliniques Ste. Elisabeth, Sacré-Cœur et St. François, rejoint en 2006 par la Clinique du Dr. E. Bohler,
- en 2004, le Centre Hospitalier de Luxembourg a fusionné avec la Clinique d'Eich,
- le Centre Hospitalier Émile Mayrisch est né de la fusion en 2004 des hôpitaux des villes d'Esch-sur-Alzette et de Dudelange, rejoint en 2008 par l'Hôpital Intercommunal Princesse Marie-Astrid de Differdange-Niederborn,
- en 2010, le Centre Hospitalier du Nord est né de la fusion de l'Hôpital St. Louis d'Ettelbruck et de la Clinique St. Joseph de Wiltz,
- un rapprochement est prévu entre le CHK et la Zithaklinik fin 2013.

Constats

Sans aucun doute les plans hospitaliers successifs ont largement contribué au façonnage actuel du paysage hospitalier. La planification hospitalière a fait ses preuves, mais ses moyens sont restés les mêmes, et nécessitent d'être scrutés au vu de la subsistance de leur pertinence pour faire évoluer la planification hospitalière qui par ailleurs dans ses aspirations a essayé de s'adapter aux exigences du temps.

En effet, si dans les premiers plans hospitaliers dominait le souci de réguler l'offre quantitative et sa répartition en vue de son accessibilité, l'adéquation aux besoins et le souci d'efficacité ont inspiré ceux qui suivaient et le dernier, celui de 2009, s'est enrichi de la volonté d'assurance de la qualité des soins.

Néanmoins une lecture critique illustre la nécessité :

- de clarifier des définitions

L'ambition de mettre en adéquation « les besoins sanitaires du pays » avec les « contraintes d'une utilisation efficace des ressources du système hospitalier »

et une « assurance qualité des prestations hospitalières » est certes un objectif fondamentalement justifié et de haut niveau, mais les dimensions exactes sont loin d'être univoques du fait d'une absence de définitions claires comme l'illustre le tableau ci-après.

Tableau n°1 : Dimensions de la qualité des soins

Dimensions of quality of care	Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	UK Depart. of Health (1997)	Council of Europe (1998)	JCAHO (2006)	Institute of Medicine (2001)
Effectiveness	x	x	x	x	x	x
Efficiency	x	x	x	x	x	x
Access	x	x	x	x	x	
Safety	x			x	x	x
Appropriateness	x	x		x	x	
Equity	x	x	(x)			x
Timeliness			x		x	x
Acceptability		x		x		
Respect		x				x
Choice		x				
Patient-centredness						x
Information		x				
Satisfaction		(x)	x			
Health improvement	x		x			
Continuity						x
Technical competence		x				
Efficacy				x		
Availability					x	
Relevance		x				
Prevention/early detection					x	

Sources : Donabedian 1998 ; Maxwell 1992 ; Department of Health, United Kingdom 1997 ; Council of Europe 1998 ; Institute of Medicine (IOM) 2001, Joint Commission on accreditation of Hospitals USA (JCAHO) 2006 in ASSURING THE QUALITY OF HEALTH CARE IN THE EUROPEAN UNION ; A case for action, EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, observatory studies series N°12, H. Legido-Quigley, M.McKee, E, Nolte, I. Glinos

Il en est de même pour les notions de « besoins sanitaires de la population » et de « contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier ».

Ni la loi, ni le règlement afférent au plan hospitalier ne définissent ces notions qui dès lors n'ont pas de dénominateur commun et dont l'interprétation peut alors varier considérablement en fonction des points de vue et des intérêts aussi différents que ceux des tutelles sanitaires, de ceux qui sont responsables du financement, des gestionnaires hospitaliers, des praticiens libéraux, ou encore des patients.

- d'enrichir et de concrétiser des indicateurs perfectibles, des données limitées et des objectifs généraux

Hormis les lits hospitaliers pour mesurer les besoins sanitaires, indicateur de moins en moins adapté, la loi et le règlement fixant le plan hospitalier, ne mentionnent pas d'indicateurs de mesure et laissent théoriquement le choix de ceux-ci. Or en réalité, c'est actuellement la disponibilité ou non de données qui déterminent les indicateurs. Et à ce stade, les seules données à disposition sont des données de facturation et de diagnostics de sortie. Si celles-ci peuvent servir à dégager des tendances, par comparaison, sur l'efficience de l'utilisation des ressources, elles sont inadéquates et non suffisamment exhaustives pour mesurer les besoins sanitaires de la population ainsi que la qualité des prestations.

Par ailleurs la planification devrait prendre en compte les accessibilités (financières, géographiques, timeliness) à l'hôpital, les équités de chance et l'universalité versus le spectre de l'offre ou encore l'adéquation des moyens, notamment en ce qui concerne les résultats en termes de bénéfices et de devenir des patients ainsi que de continuité des soins, de satisfaction des usagers et de transparence sur les droits des patients.

Or pour l'équité de chances en cas d'infarctus ou d'AVC par exemple, les délais d'accès à l'hôpital et les temps d'attente aux prises en charge, examens et traitements sont essentiels. Il en est de même des délais d'accès à la radiothérapie, la chimiothérapie, ou la chirurgie élective en cas de cancer.

La satisfaction des usagers n'est pas systématiquement mesurée et les résultats ne sont pas publiés.

En l'absence de données et de mesures par rapport à ces objectifs, toute démarche d'amélioration continue ne peut-être que pragmatique.

Prospective: vers un nouveau paradigme

• Clarifier des notions de base et enrichir le spectre des objectifs de la planification

Les objectifs de planification explicitement visés par le libellé du plan hospitalier, à savoir :

- les besoins sanitaires du pays tels que prévisibles,
- les contraintes découlant d'un fonctionnement efficient des établissements hospitaliers,
- la sécurité, la continuité et la qualité des prestations hospitalières,

font appel à des notions qui nécessitent d'être définies clairement et traduites en indicateurs mesurables et internationalement comparables pour lesquels des données fiables existent au pays ou sont à recueillir.

Ils devront aussi être enrichis, sous les mêmes prémisses, des objectifs découlant de l'esprit de la loi sur les établissements hospitaliers et ceux visés par la directive de l'Union européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers :

- assurer un accès équitable à une prise en charge justifiée par l'état de santé, conforme aux acquis de la science et dont la continuité doit être garantie en toute circonstance ce qui implique notamment de veiller aux temps d'accès et délais d'attente aux examens et traitements, urgents ou électifs,
- permettre la transparence en vue d'informations préalables, justes et compréhensibles pour mettre en mesure tant l'usager que celui qui le conseille de pouvoir faire un choix éclairé, ce qui implique notamment de rendre compte sur les résultats des prises en charge et le devenir après hospitalisation,
- être redevable et par conséquent responsable des missions, services et activités délégués via autorisations d'exploitation à partir de celles prévues au plan hospitalier,
- mesurer la satisfaction des patients envers la prestation des services hospitaliers, et viser l'amélioration continue via le traitement de leurs plaintes et suggestions.

• **Revoir la stratégie et le déploiement**

Il convient de décliner les objectifs généraux précités en termes opérationnels afin d'évaluer les performances conformes aux acquis de la science et conformément aux missions des établissements :

- définir des indicateurs mesurables et internationalement reconnus et acceptés,
- organiser le recueil des indicateurs et leur suivi via un (cockpit de) pilotage (automatique et paramétré) sur base de tableaux de bord avec benchmark en temps réel et évaluation d'atteinte des objectifs (budgets, activité, résultats, temps d'attente, satisfaction,...)

Il convient également de renforcer la « bonne gouvernance » aux différents niveaux de responsabilités ainsi que les moyens de pilotage avec l'obligation correspondante de rendre compte en toute transparence des missions et des résultats ainsi que des budgets et des coûts.



Chapitre 1

Identification de la patientèle, de ses comportements et de ses attentes

1.1	Démographie et accès aux soins	47
1.1.1	Évolution de la population	47
1.1.2	Spectre et provenance de la population à couvrir	50
1.1.3	Habitat, accessibilités et choix des hôpitaux	53
1.2	Comportements et attentes des usagers hospitaliers	64
1.2.1	Recours et raisons de recours aux hôpitaux	65
1.2.2	Choix de l'hôpital comme lieu de prise en charge	66
1.2.3	Cas des admissions urgentes	69
1.2.4	Destination des patients après hospitalisation	71
1.2.5	Informations délivrées aux patients	71
1.2.6	Appréciations du passage à l'hôpital	72
1.3	Constats, éléments de prospective et propositions	74

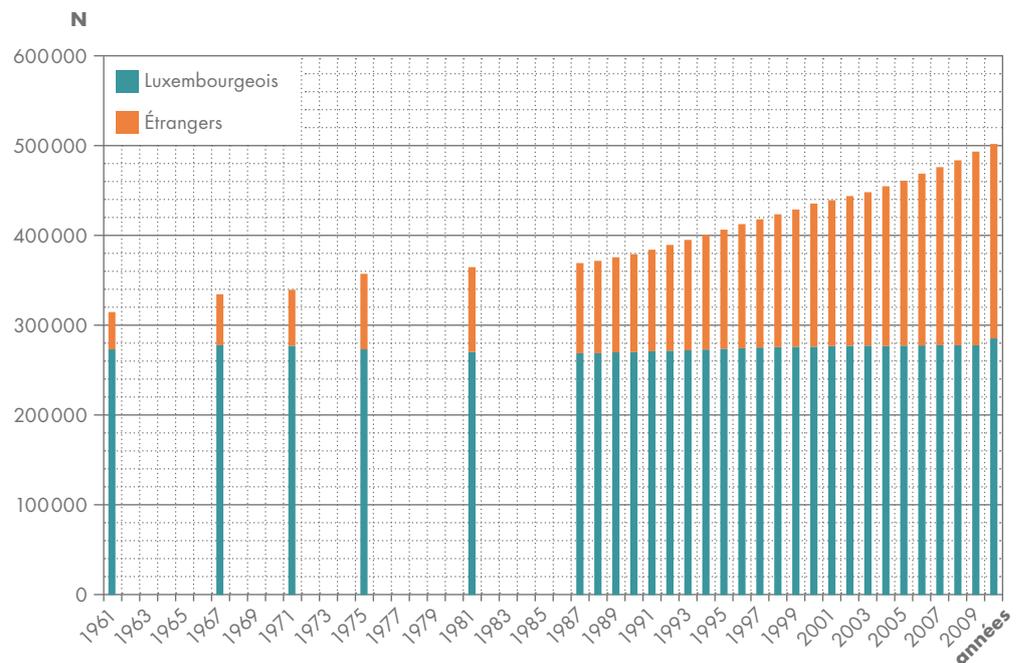
1.1 Démographie et accès aux soins

1.1.1 Évolution de la population

- **Constats**

Figure n°1 : Évolution démographique des résidents luxembourgeois et étrangers, 1961-2010

(Source : STATEC, Ministère de la Santé)



Au 1^{er} janvier **2012**, le Grand-Duché comptait **524 853 habitants** (Source : Statec : Portail des Statistiques). La croissance constante de la population sur les 15 dernières années s’est faite grâce à l’immigration, la part de la population de nationalité luxembourgeoise restant constante.

• Projections

D'ici **2020**, le Statec prévoit un accroissement d'environ 10,5%, pour atteindre **578 103 habitants** (Source: Portail statistique de la Grande Région). Cette même projection prévoit 613 409 habitants pour 2025 respectivement 646 740 habitants pour 2030.

Selon les projections de population réalisées par Eurostat, le Grand-Duché réaliserait la croissance démographique 2010/2030 la plus soutenue en Europe (+24,7%) devant Chypre (+21,2%), l'Irlande (+18,1%), la Belgique (+12,6%) (Source: <http://statbel.fgov.be>). En revanche, comparativement à ses voisins directs (Sarre, Lorraine, Rhénanie-Palatinat, Wallonie), le GDL devrait avoir la plus lente croissance des personnes de plus de 60 ans (Source: <http://www.grande-région.lu> sous Territoires et population; indice de dépendance des personnes âgées).

Tableau n°2: Évolution de la population résidente par structure d'âge, 2002-2009

(Source: STATEC, population au 1^{er} janvier de chaque année)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-24 ans	30,4%	30,2%	30,3%	30,3%	30,2%	30,1%	30,0%	29,8%
25-64 ans	55,7%	55,7%	55,7%	55,6%	55,7%	55,9%	56,0%	56,3%
65-79 ans	10,9%	11,0%	10,9%	10,9%	10,8%	10,7%	10,6%	10,4%
80 ans et +	3,0%	3,1%	3,1%	3,2%	3,2%	3,3%	3,4%	3,5%

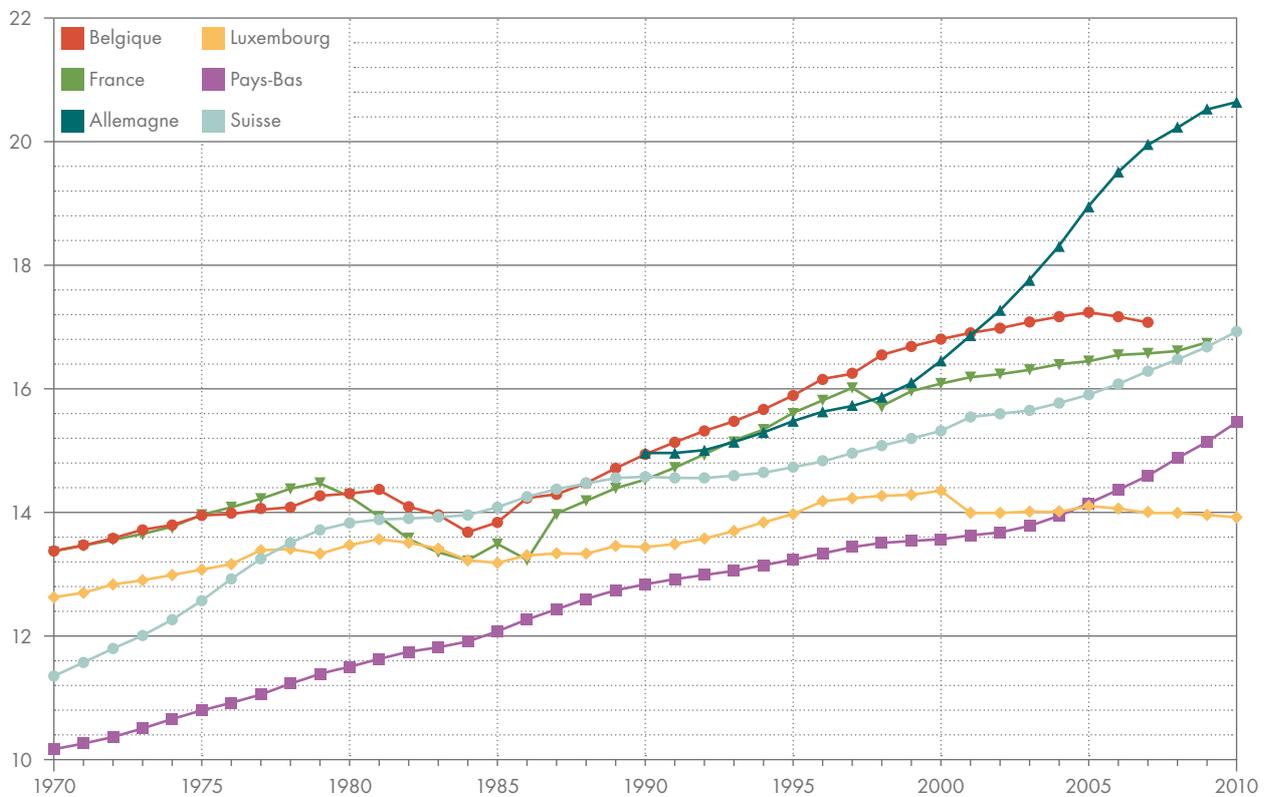
De 1960 à 2010, l'âge moyen des hommes a évolué de 66,5 ans à 77 ans et celui des femmes de 72,2 à 83 ans. Les projections démographiques réalisées par le STATEC indiquent que le **vieillessement de la population** est **inélucltable**: « Les **65 ans et plus** représentent à l'heure actuelle environ 14% de la population totale. [...] Même en supposant que le solde migratoire reste au niveau des dernières années (autour de +6 000 par an), la proportion des 65 ans et plus avoisinerait les 25% en 2060 » (STATEC, Bulletin N°5/2010 Projections socio-économiques 2010-2060).

Néanmoins, la population des personnes âgées de 65 ans et plus au Luxembourg reste très inférieure à celle de ses voisins européens, comme le montre le graphique suivant.



Figure n°2: Benchmark international: Part de la population âgée de 65 ans et plus, 1970-2010

(Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2012)



Or, c'est précisément la **population âgée** qui est la **plus consommatrice de prestations de soins, notamment hospitalières et de dépendance**.

Les personnes âgées de 65 ans et plus, qui constituaient 14% de la population (2009) occupaient 841 lits hospitaliers aigus en moyenne par jour, soit 35% des lits hospitaliers (2009), représentaient 28% des 58 235 passages opératoires (2010) et plus de 18 personnes par jour se présentant au service d'urgence pour un traumatisme ou un accident (2012).

La durée moyenne de séjour des 85-89 ans était de plus de 12 jours au lieu des 7,6 jours pour la population totale (Source: Conférence Nationale Santé 20 juin 2012, La prise en charge de la personne âgée à l'hôpital, Présentation M-L Lair).

Pour ce nombre croissant de personnes âgées, il ne s'agit pas seulement de prévoir des capacités d'hospitalisation, mais il faut également envisager dès à présent une adaptation des prises en charge aux spécificités liées à l'âge. Cette thématique est plus amplement analysée et approchée dans son contexte au Fascicule 4 – Focus sur des prises en charge spécifiques sous gériatrie – hospitalisations des patients âgés de 70 ans et plus.

1.1.2 Spectre et provenance de la population à couvrir par le système hospitalier

Ce spectre dépasse la population résidente qu'elle soit protégée par l'assurance maladie ou non.

«Par personnes protégées, on entend toutes les personnes qui reçoivent de la part de l'assurance maladie des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité. Ces personnes sont, ou bien des assurés cotisants, ou bien ils profitent de droits dérivés (généralement de la part du conjoint ou des parents)» (Source: IGSS, Rapport général sur la sécurité sociale 2009). Ces personnes peuvent être résidentes ou non-résidentes (travailleurs frontaliers).

Tableau n°3: Évolution de la population protégée, 2002-2009 (Source: IGSS)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Personnes protégées	566 406	578 433	592 817	607 917	624 167	643 880	666 314	681 958
dont % résidents	75,6%	74,9%	74,2%	73,2%	72,1%	70,8%	69,5%	69,0%
dont % non-résidents	24,4%	25,1%	25,8%	26,8%	27,9%	29,2%	30,5%	31,0%

En 2009, environ **95% de la population résidente est couverte par l'assurance maladie obligatoire (CNS)**, sans préjudice des bénéficiaires d'assurances complémentaires.

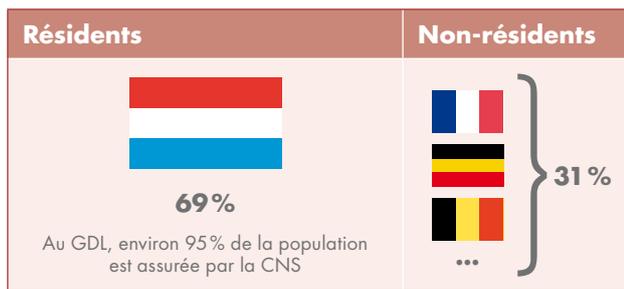
Environ **5% de la population résidente ne relèvent pas de la protection sociale luxembourgeoise** mais font néanmoins appel à des prestations de santé au Grand-Duché. Il s'agit essentiellement des fonctionnaires européens,

qui ont leur propre système d'assurance maladie (RCAM). Leur consommation de soins au pays n'est pas répertoriée dans la base de données de la sécurité sociale et par conséquent **leur consommation de soins et leurs besoins ne sont pas connus**, alors qu'il convient d'en tenir compte pour la **planification des besoins en capacités hospitalières**.

Figure n°3 : Population protégée versus consommation de soins hospitaliers au GDL, 2009

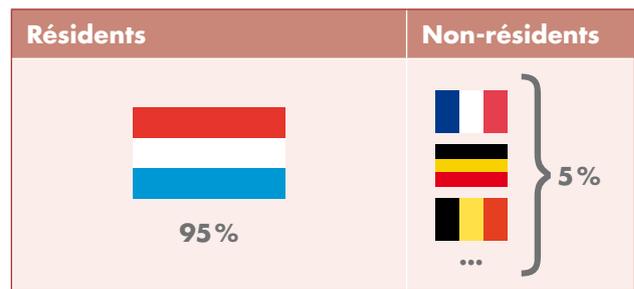
Population protégée 2009

(assurés CNS)



Consommation de soins hospitaliers au GDL 2009

(population protégée; activités opposables)



La population protégée non-résidente est très importante (31% en 2009) du fait du nombre important de travailleurs frontaliers qui cotisent au système d'assurance maladie luxembourgeoise.

La population protégée non-résidente **consomme peu**, notamment au Grand-Duché. Leur consommation de soins hospitaliers est faible du fait principalement de la structure d'âge, les assurés non-résidents étant plus jeunes en moyenne que les assurés résidents. Or, d'une manière générale, la consommation augmente avec l'âge. De plus, les frontaliers peuvent préférer se faire hospitaliser dans leur pays de résidence.

Les données recensées par les administrations servant à la facturation, elles concernent les assurés CNS pour des activités opposables à la CNS (actes inscrits à la nomenclature des actes médicaux). Ceci pose **problème en termes de planification** compte tenu de la **méconnaissance des données concernant les non assurés CNS et les activités non opposables** (Ex: chirurgie esthétique) qui pourtant consomment et nécessitent des ressources hospitalières.

Entre 2002 et 2009, le nombre et la contribution au financement des travailleurs frontaliers a augmenté plus rapidement que celui de la population protégée résidente.

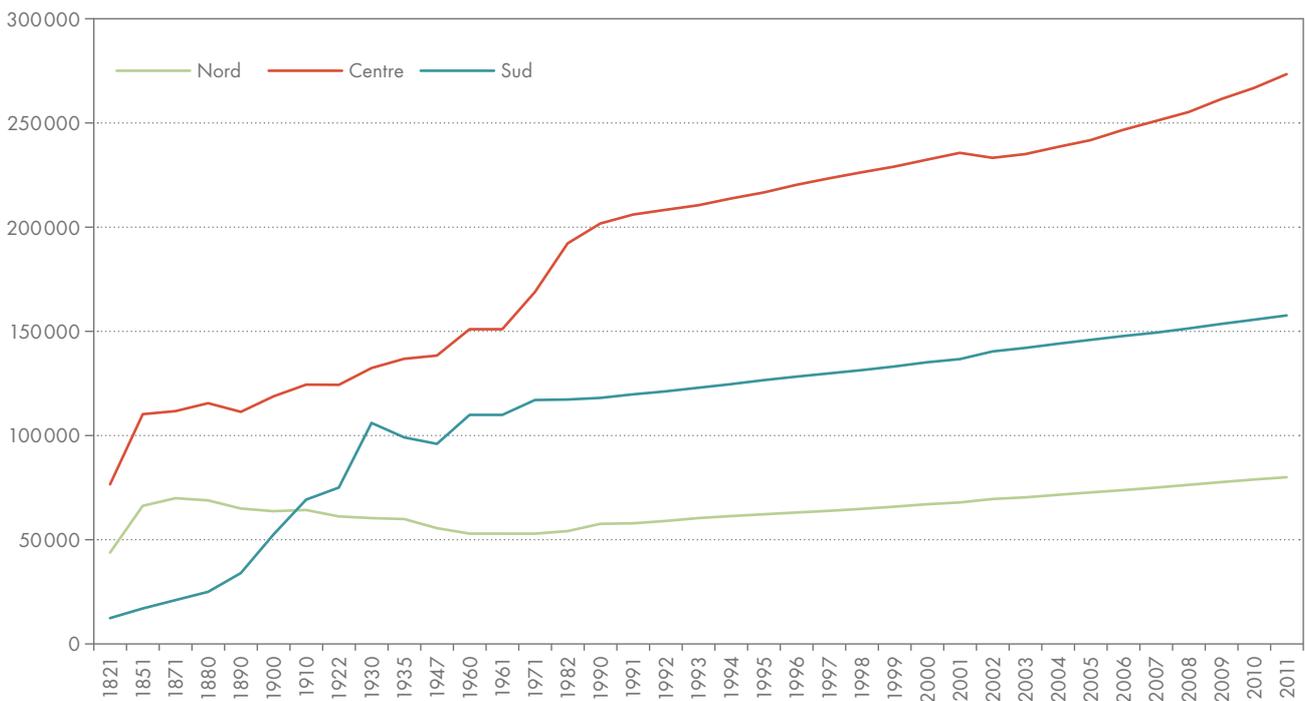
Si leur consommation en prestations hospitalières au Grand-Duché est assez faible, elle est néanmoins croissante. Avec la transposition prochaine de la Directive européenne relative aux soins de santé transfrontaliers, leur consommation de soins au Grand-Duché pourrait évoluer, notamment lorsque l'éventail ou la qualité de l'offre dépasseront les standards disponibles dans leur proximité résidentielle.

La consommation en prestations hospitalières non opposables et des non assurés, qu'ils soient résidents ou non, restant méconnue, il importe pour ne pas sous-estimer les besoins futurs en services et capacités hospitalières de savoir **dans quelle mesure les non-résidents et notamment les travailleurs frontaliers et leurs co-assurés utilisent le système et l'offre hospitalière du Grand-Duché**. Une analyse des taux d'utilisation est présentée ci-après dans le focus sur l'hospitalisation des non-résidents et au Fascicule 3 pour les sollicitations de prestations médico-techniques.

1.1.3 Habitat, accessibilités et choix des hôpitaux

→ Habitat de la population résidente

Figure n°4: Évolution de l’habitat de la population résidente en fonction des régions hospitalières, 1821-2011 (à mi-année) (Source: STATEC, Ministère de la Santé)



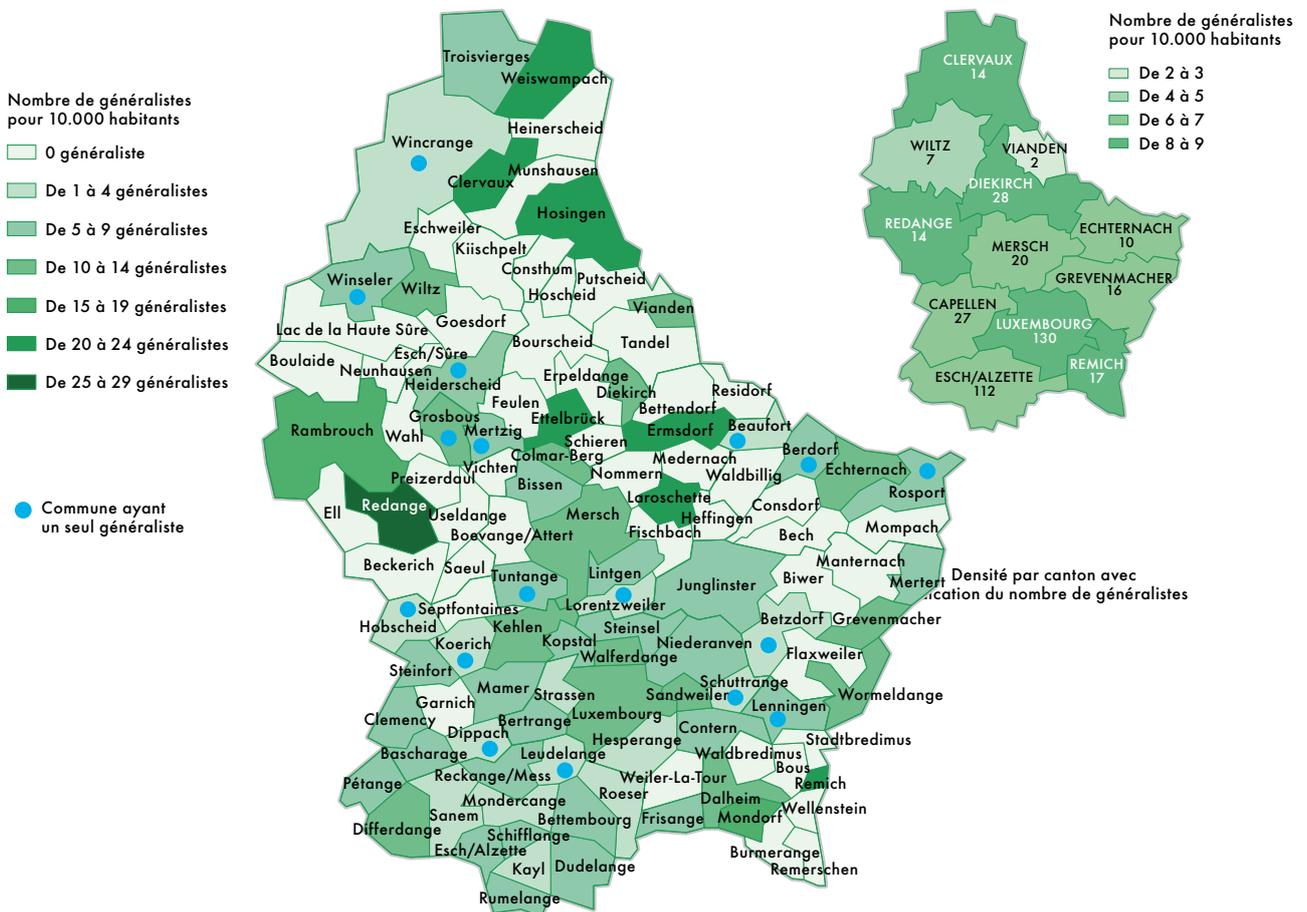
Depuis les années 90, la croissance de la population suit la même tendance dans les trois régions hospitalières, ainsi la distribution des capacités et l'équité du taux de lits (hors services nationaux), tant hospitaliers aigus que de moyen et de long séjour, par région, n'est par conséquent pas à remettre en cause.

→ **Habitat et accès aux soins**

- **ACCESSIBILITÉ AUX MÉDECINS:**

Figure n°5: Cartographie de la densité des médecins généralistes par commune, 2009

(Source des données: Ministère de la Santé, Fichier d'autorisation d'exercer, 31.12.2009 / Traitement: CRP-Santé / Logiciel de cartographie Carte et Données, Artique)



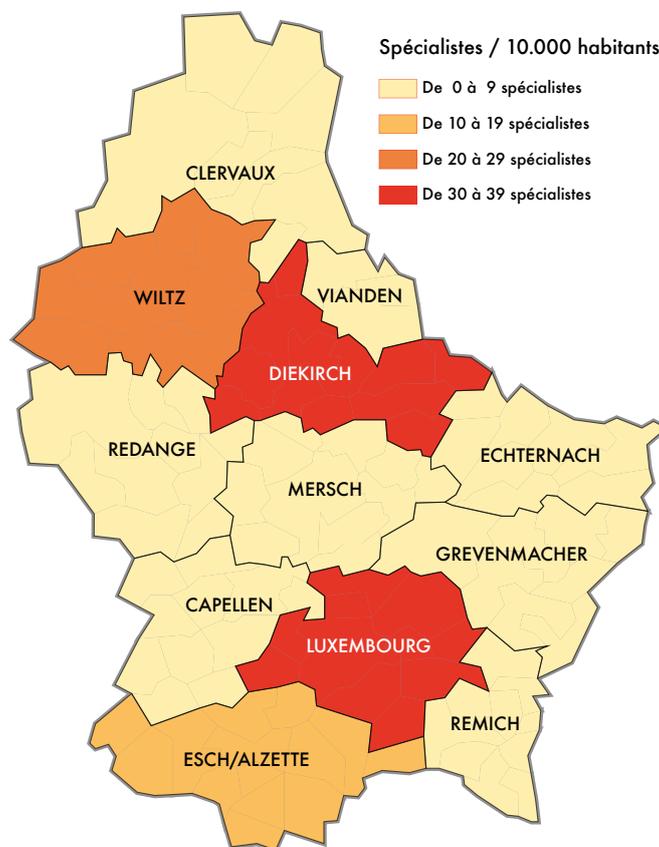
Commentaire:

Les 47 communes en blanc sont celles dans lesquelles on ne retrouve aucun généraliste et les 17 représentées avec un point bleu correspondent aux communes dans lesquelles un seul médecin généraliste exerce.

La prescription médicale d'un généraliste ou d'un spécialiste après consultation est à 64% la raison pour laquelle les patients se rendent à l'hôpital. Cette ordonnance peut concerner tant des examens qui ne se font pas au cabinet du médecin qu'une prescription d'admission à l'hôpital ou d'orientation vers un spécialiste à l'hôpital.

Figure n°6: Cartographie de la densité des médecins spécialistes par canton, 2009

(Source des données: Ministère de la Santé, Fichier d'autorisation d'exercer, 31.12.2009 / Traitement: CRP-Santé / Logiciel de cartographie Carte et Données, Articque)



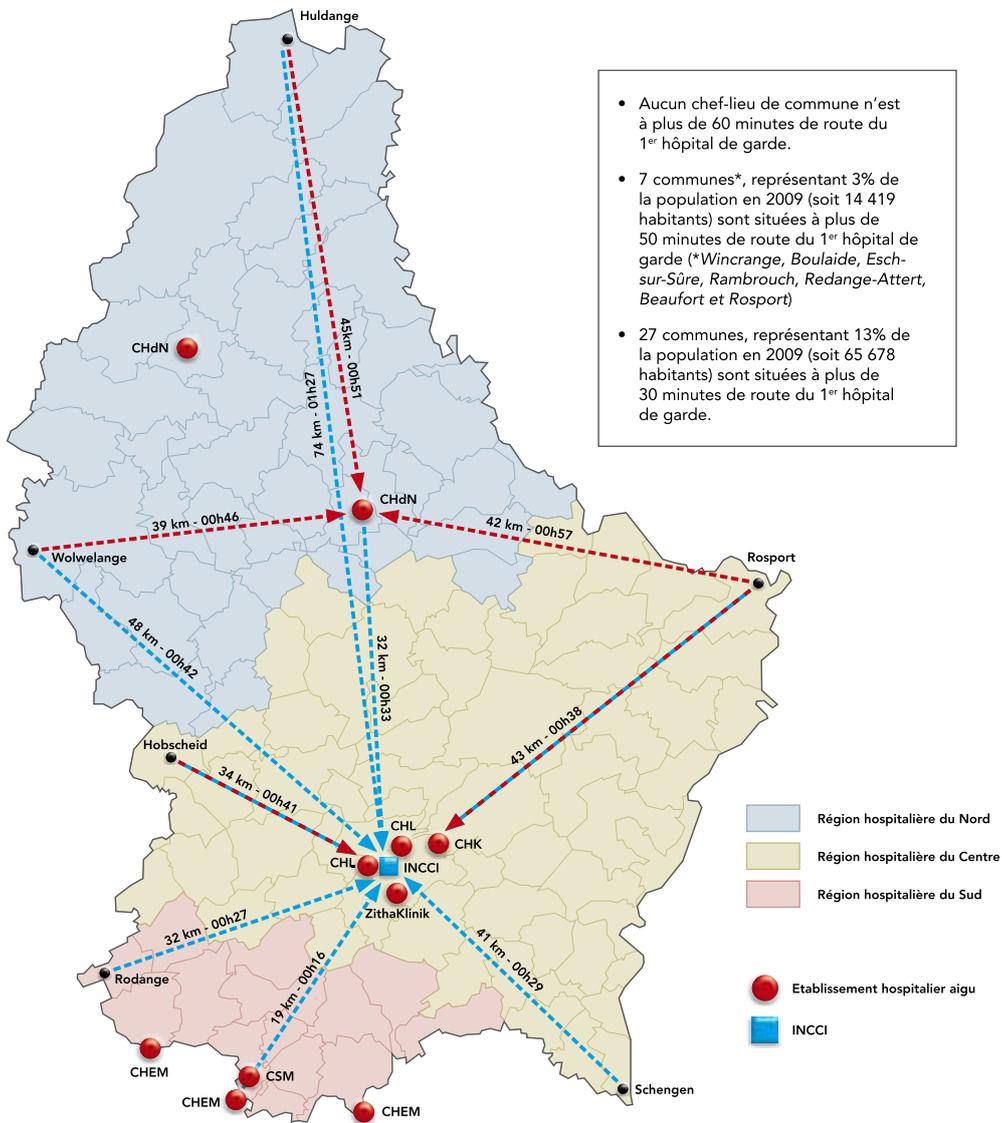
Synthèse des constats:

L'établissement des spécialistes se concentre autour des hôpitaux dans lesquels la majorité d'entre eux sont agréés. Ces derniers participent également, selon des règles internes, au service d'urgence et de garde des hôpitaux respectifs. Le choix du spécialiste entraîne dès lors quasiment un choix d'hôpital, conséquence dont les usagers ne sont a priori pas explicitement informés.

L'information sur les délais d'attente pour un rendez-vous chez un spécialiste ou un généraliste fait aujourd'hui défaut, de même que celle relative à la satisfaction des usagers.

- ACCESSIBILITÉ AUX SOINS URGENTS (service d'urgence ou maison médicale)

Figure n°7: Cartographie d'accessibilité aux services d'urgence



Les cartographies qui précèdent illustrent la facilité d'accès aux soins médicaux et hospitaliers.

En ce qui concerne les hôpitaux, la carte qui précède montre que la présence d'un hôpital général de garde par région hospitalière permet de **réduire le temps d'accès pour les urgences régionales** dans la plupart du temps par rapport aux établissements spécialisés uniques au pays. **En termes de proximité, la notion de région hospitalière**, pourtant si souvent contestée, **fait donc sens. Tout en laissant la liberté du choix hospitalier aux résidents**, elle leur garantit en cas d'urgence une réduction des délais d'arrivée et une optimisation de l'équité de chances.

Le **principe d'un hôpital de garde par région hospitalière permet ainsi à 84% de la population résidente** (493 500 résidents au 01.01.2009: 84% = 414 540 résidents) **d'atteindre l'hôpital de garde dans l'intervalle de 30 minutes.**

Il est connu, et des études le confirment, comme celle menée de 2003 à 2008 sur 14,4 millions de patients dans l'Ontario, que plus l'attente d'une prise en charge professionnelle s'allonge, plus le risque et la durée d'hospitalisation voire les risques de décès sont importants (en particulier pour les cas d'infarctus, AVC, traumatismes...) (Source: *British Medical Journal* n° 342, 01.06.2011: *Association between waiting times and short term mortality and hospital admission: population based cohort study from Ontario, Canada; Guttman et al.*)

En France, le Président de la République a fixé comme objectif que 90% des habitants puissent atteindre le 1^{er} service d'urgence hospitalier dans un délai de 30 minutes (Source: *Hospimedia* du 16 10 12).

Cette **accessibilité rapide** est surtout **capitale pour les secours urgents** et notamment les **interventions SAMU**, la « **golden rule = hour of shock** » c'est-à-dire **la possibilité d'arriver et d'être pris en charge à l'hôpital en moins de 60 minutes**, est parfois difficile à atteindre pour des services nationaux comme l'INCCI, la stroke-unit élective et le service national de neuro-chirurgie. Il faut dès lors que les services de secours et la prise en charge pré-hospitalière soient extrêmement bien organisés pour ne pas entraver les équités de chances notamment de patients frappés par un infarctus, un AVC ou victimes d'un traumatisme crânien. C'est dès lors à dessein que le **projet de réforme des services de secours** prévoit que partout au pays le « **first responder** » soit **sur place dans les 10 minutes**. La mise à disposition de **défibrillateurs automatiques** dans tous les lieux publics et l'instruction de la population aux « 3 gestes pour 1 vie » constituent un soutien efficace supplémentaire à la chaîne des premiers secours.

Mais, ce **critère d'accessibilité est également important pour les soins de proximité et les personnes âgées**, et les usagers et visiteurs des établissements hospitaliers. La rapidité de l'accessibilité par route et la facilité via trans-

ports en commun sont à considérer comme premiers critères pour l'implantation d'un (nouvel) établissement, l'attribution d'un service, d'un équipement national ou d'un centre de compétences prévu par la loi de 2010 portant réforme du système de soins de santé.

La future planification hospitalière devra **veiller à ce que cette équité d'accès aux hôpitaux de garde dans un délai de 30 minutes de route reste acquise ou s'améliore.**

Par conséquent, il y a lieu de **mesurer les temps d'accès réels aux prises en charge que ce soit au niveau des services d'urgence régionaux** (ex. via le Registre des Accidents et Traumatismes) **ou au niveau des services nationaux** (via des registres existants ex: infarctus, ou à créer ex: AVC) et de suivre certains indicateurs (ex: délai entre arrivée du patient et sa prise en charge) pour surveiller et le cas échéant améliorer les équités de chance.

Il convient d'adopter une démarche similaire au regard de la mesure des **délais d'attente** pour **rendez-vous chez un spécialiste et le délai subséquent d'attente pour des hospitalisations** (ex: psychiatrie) **et des interventions chirurgicales électives** (ex: hanche, genou, cataracte), **un examen lié à un équipement** (ex: IRM, Pet Scan), **une thérapie** (ex: radiothérapie, norme de délai < 30 jours).

→ Habitat et choix de l'hôpital

- CHOIX DE L'HÔPITAL PAR LES PATIENTS RÉSIDENTS SELON LEUR CANTON D'ORIGINE

L'analyse suivante a pour objectif d'appréhender, pour chaque canton, l'orientation de la population hospitalisée vers les différents hôpitaux du GDL :

ex: Canton de Clervaux: en 2009, 77% des séjours hospitaliers attribués à des patients dont la dernière adresse connue se situe à Clervaux, ont été réalisés au CHdN.

(Source des données: CNS, 2009, activité opposable, établissements généraux aigus (soins normaux et intensifs, hors rééducation), entrée et sortie le même jour et présence à minuit / STATEC pour la population des cantons au 01-01-2009)

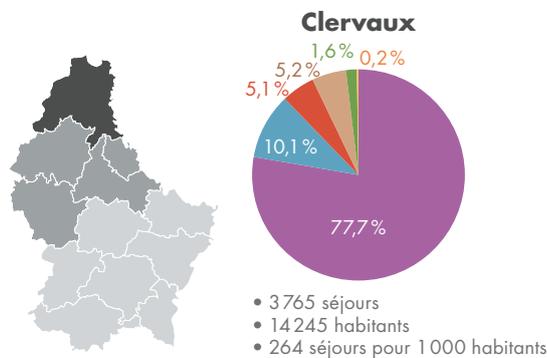
Figure n°8 : Choix de l'hôpital selon le canton d'origine des patients, 2009

Région Nord:

19 433 séjours (16,4%)
 76 140 habitants (15,4%)
 255 séjours pour 1 000 habitants

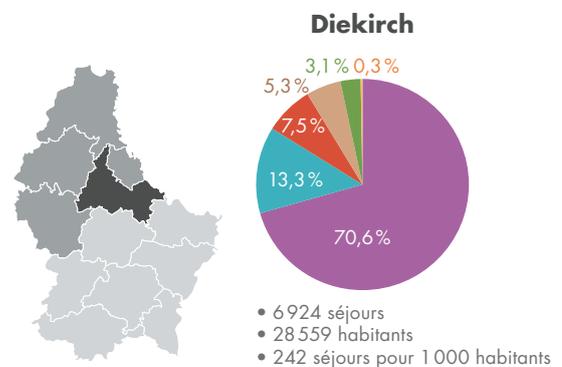
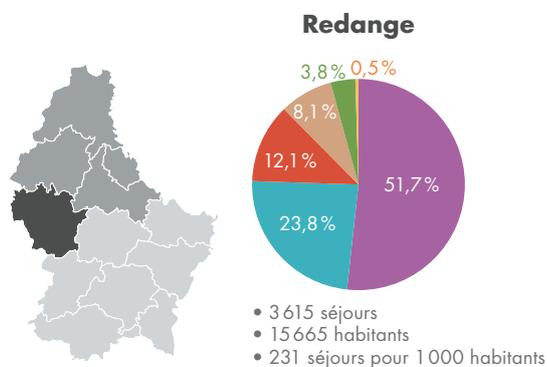
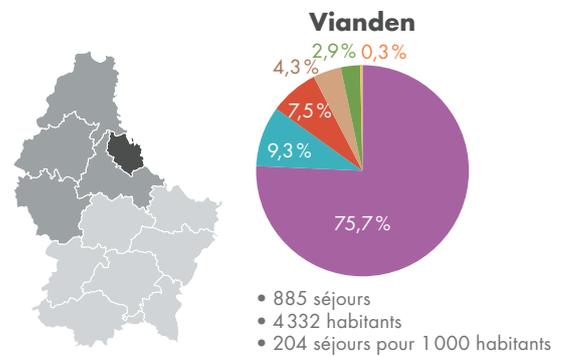
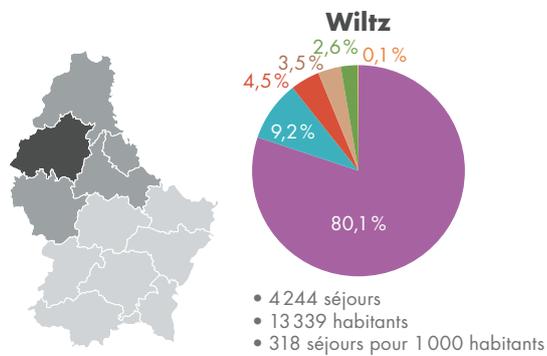
Grand-Duché du Luxembourg:

- 112 369 séjours aigus (résidents)
 - 493 500 habitants
 - 228 séjours pour 1 000 habitants



Légende:

- CHdN
- ZITHA
- CHL
- CHEM
- CHK
- CSM

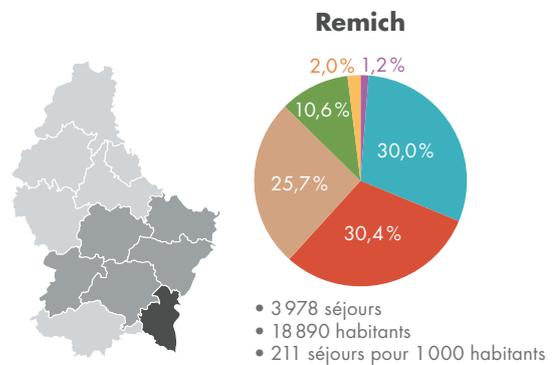
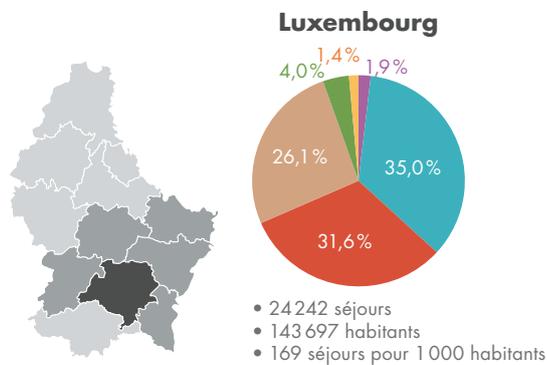
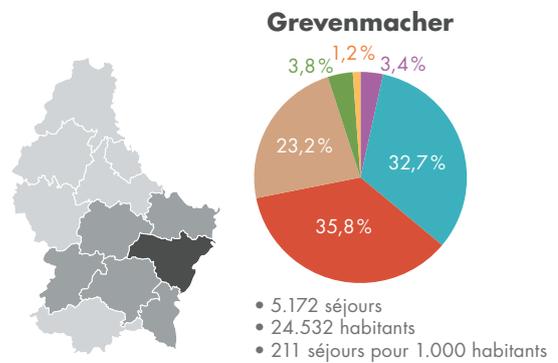
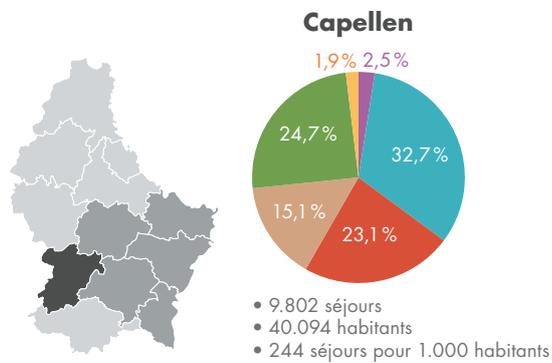
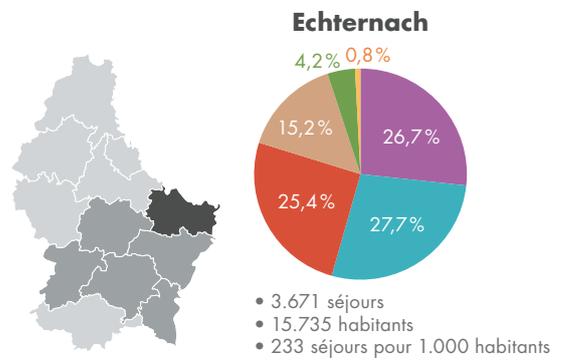
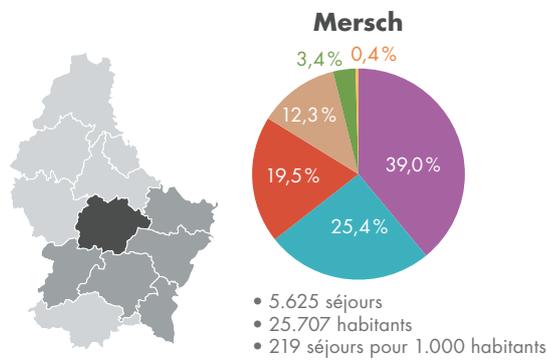


Région Centre:

52 490 séjours (44,4%)
268 655 habitants (54,4%)
195 séjours pour 1 000 habitants

Légende:

- CHdN
- CHK
- CHEM
- CHL
- ZITHA
- CSM



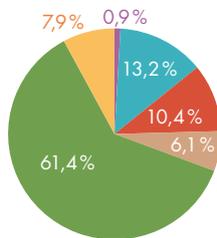
Région Sud:

39 387 séjours (33,3 % nat.)
 148 705 habitants (30,1 % nat.)
 265 séjours pour 1 000 habitants

Légende:

- CHdN
- CHK
- CHEM
- CHL
- ZITHA
- CSM

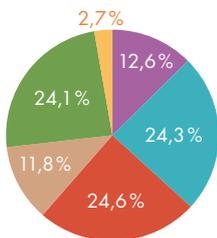
Esch-sur-Alzette



- 39 387 séjours
- 148 705 habitants
- 265 séjours pour 1 000 habitants

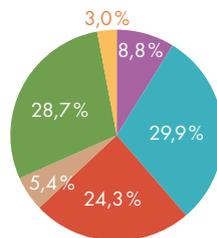
Canton inconnu:

1 059 séjours (0,9 % nat.)



Provenance d'autres pays:

5 954 séjours (5 % nat.)



- HABITAT DES ASSURÉS NON-RÉSIDENTS ET CHOIX DES HÔPITAUX LUXEMBOURGEOIS

Les graphiques suivants montrent l'attractivité des hôpitaux luxembourgeois à travers l'évolution au niveau national des séjours hospitaliers des non-résidents de 2002 à 2009 (Source: IGSS, activité opposable, établissements généraux aigus, hors rééducation).

Figure n°9: Évolution des séjours hospitaliers des non-résidents, selon le pays de résidence, 2002-2009

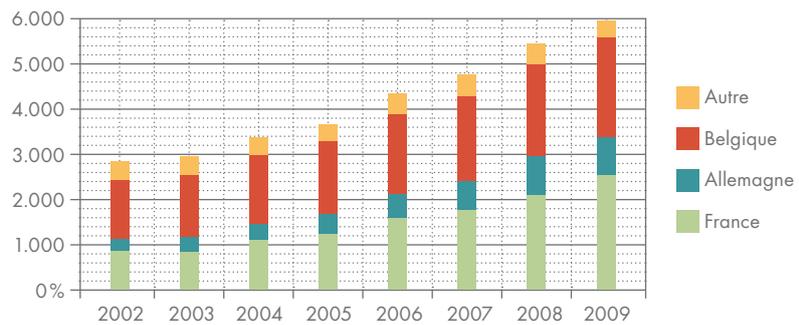
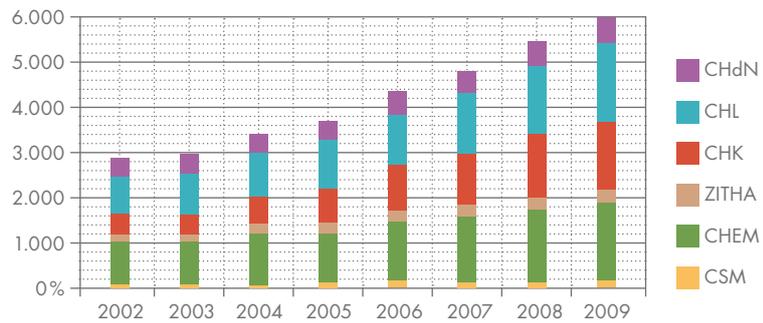


Figure n°10: Évolution et répartition des séjours hospitaliers des non-résidents, par établissement, 2002-2009



L'analyse de l'évolution des séjours hospitaliers des non-résidents, de 2002 à 2009 montre :

- une **consommation qui reste faible**, mais une **augmentation significative des séjours totaux des non-résidents** : de 2 869 séjours en 2002 (2.9 % du total des séjours) à 5 959 en 2009 (5 %).
- une **attractivité particulièrement forte des non-résidents pour certains établissements** :
les graphiques ci-dessus illustrent que, de 2002 à 2009, c'est particulièrement l'attractivité du CHL (de 3.2 % de séjours attribués aux non-résidents dans le total des séjours de l'établissement en 2002 à 6.6 % en 2009), du CHK (de 3.1 % à 6.6 %) et du CHEM (de 3.5 % à 5.5 %) qui a augmenté pour des résidents français et belges, alors que les résidents allemands ont très peu recours aux hôpitaux luxembourgeois. Cette situation pourrait trouver une explication dans le déclin des structures hospitalières de Hayange et Mont Saint Martin.
- une **attractivité qui a évolué entre 2002 et 2009** avec une progression notable du CHK qui réalisait 24.4 % du total des séjours attribués aux non-résidents en 2009 contre 15.6 % en 2002.

Si les séjours hospitaliers des non-résidents sont majoritairement réalisés au CHL, CHK et CHEM, des particularités locales sont toutefois observées :

- le CHdN attire les non-résidents belges, allemands et les autres non-résidents mais comptabilise très peu de séjours de non-résidents français, du fait de sa situation géographique,
- la ZITHA attire des non-résidents allemands, ce qui peut s'expliquer par l'environnement germanophone (gouvernance et nationalités des médecins) de cet établissement.

1.2 Comportements et attentes des usagers hospitaliers

Quels sont les comportements et les attentes de l'utilisateur à l'égard de l'hôpital? Combien de fois en l'espace d'un an la population résidente fait-elle appel à l'hôpital, au Grand-Duché ou à l'étranger, pourquoi et comment, avec quels résultats et quelles ont été leurs impressions?

Ces questions ont été au centre d'un sondage commandité par le Ministère de la Santé et réalisé par l'Institut TNS-ILRES.

Ce chapitre présente :

- **les résultats de l'enquête menée en 2011** auprès de la population résidente du Grand-Duché de Luxembourg et,
- à partir de ces observations, **le décryptage du fonctionnement et des attentes des usagers** ainsi que les réponses à y réserver.

Des **propositions** sont formulées afin de concilier davantage les missions et préoccupations de l'hôpital avec les attentes et le devenir du patient.

L'échéance d'octobre 2013 pour la transposition de la **Directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers et le projet de loi sur la généralisation des droits et obligations des patients** sont des **éléments de contexte favorables** à la mise en œuvre d'une politique centrée sur le meilleur devenir du patient et au questionnement sur la raison d'être du système de santé dont le système hospitalier, et sur la redevabilité de services financés dans une très large mesure par la collectivité.

L'enquête s'est déroulée entre le 12 août et le 12 septembre 2011. La période de référence a été choisie de sorte à ce qu'elle n'interfère pas avec la « grève des médecins » fin 2010.

Le groupe cible a été la population résidente de toutes les classes d'âge, qu'elle soit affiliée ou non à la CNS. Les travailleurs frontaliers et leurs familles ont été exclus. Une cohorte représentative a été constituée et les personnes ont été contactées sur base d'un questionnaire établi en collaboration entre le Ministère de la Santé et l'Institut TNS-ILRES. Deux approches ont été utilisées: des interviews téléphoniques pour la moitié de l'échantillon et des enquêtes en ligne auprès des panelistes pour l'autre moitié de l'échantillon.

Pour la méthode d'enquête par interview téléphonique, les appels ont été passés sur des numéros de téléphone générés par un algorithme et appelés par un sys-

tème d'enquête de façon aléatoire. Pour l'autre méthode d'enquête en ligne, TNS ILRES dispose d'un panel de 11 000 personnes étant disposées à participer aux sondages d'opinion par Internet, dont ils ont extrait un échantillon représentatif via un système de quota.

Au total, **1 040 individus ont répondu** sur l'utilisation réelle des hôpitaux du Luxembourg, dont 509 par des interviews téléphoniques et 531 par des enquêtes en ligne, soit environ 1 personne sur 500 au Grand-Duché, ce qui témoigne de la représentativité de l'enquête.

Parmi ces enquêtes réalisées, 956 sondés ont également répondu au second volet de l'enquête dédié à la perception du système hospitalier au Grand-Duché.

Résultats de l'enquête: Comportement des usagers et utilisations des hôpitaux

1.2.1 Population ayant eu recours à l'hôpital et raisons de recours

En un an presque toute la population a été en contact avec un hôpital.

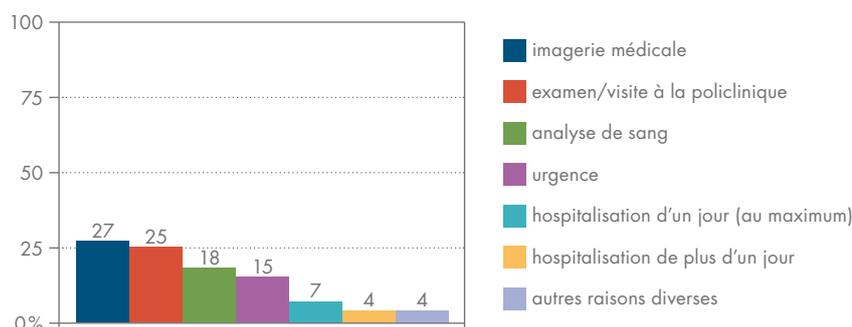
- 50 % des sondés ont été en contact au moins une fois au cours des douze derniers mois avec un hôpital au Luxembourg ou à l'étranger en tant que patient.
- Parmi ceux qui n'ont pas eu recours à l'hôpital en tant que patient, 60 % étaient des visiteurs, 27 % des accompagnants et 13 % avaient des contacts pour d'autres raisons.

Parmi les personnes ayant eu **recours à l'hôpital en tant que patient** :

- **92 % des patients** se sont adressés à un **hôpital luxembourgeois**, 7 % ont été en contact à la fois avec un hôpital au Grand-Duché et à l'étranger et 1 % à l'étranger exclusivement.

- Un patient a eu, en moyenne, 3.8 contacts avec un hôpital au Luxembourg ou à l'étranger.
- La **majorité des recours (70%)** concernaient des **services ambulatoires: imagerie médicale, examen/visite en polyclinique, laboratoire.**
- 38% des patients ont eu recours à l'hôpital en tant que patient dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique (*pour ce sondage a été défini comme chronique une maladie qui durait depuis plus d'un an*). Ces maladies concernent 6% des patients aux urgences.

Figure n°11 : Raisons du recours à l'hôpital en tant que patient (Enquête TNS-ILRES 2011)

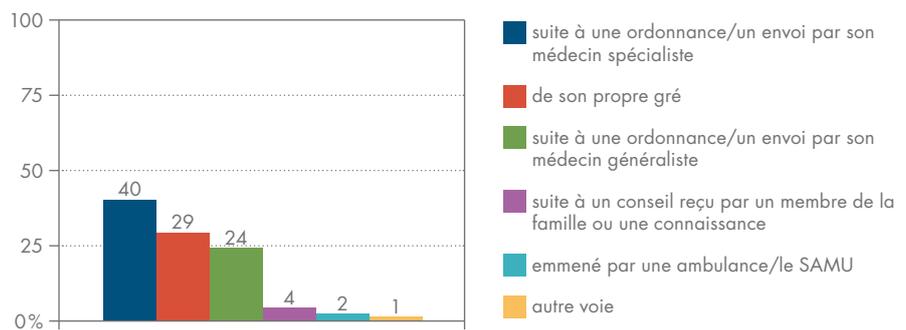


1.2.2 Choix de l'hôpital comme lieu de prise en charge

92% des résidents déclarent avoir un médecin régulier.

Les patients se rendent dans la majorité des cas (64%) à l'hôpital sur prescription d'un médecin généraliste ou spécialiste, mais **presqu'un tiers des patients se rend à l'hôpital de son propre gré.**

Figure n°12: Décision d'orientation des patients vers l'hôpital (Enquête TNS-ILRES 2011)

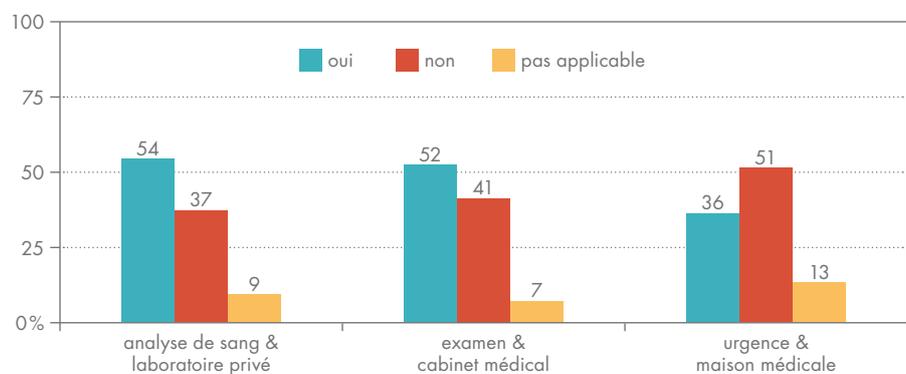


Par ailleurs, une majorité de patients se rend à l'hôpital par ses propres moyens (58%), tandis que 39% y sont conduits par un membre de la famille ou des connaissances, 9% y arrivent avec le SAMU, une ambulance ou un taxi-ambulance alors que 12% ont utilisé les transports publics.

Afin d'éclairer de quelle façon sont perçues des alternatives potentielles à un hôpital, trois alternatives ont été proposées :

- analyse de sang → laboratoire privé
- examen → cabinet médical
- urgence → maison médicale

Figure n°13: Orientation vers l'hôpital versus alternatives potentielles à l'hôpital (Enquête TNS-ILRES 2011)

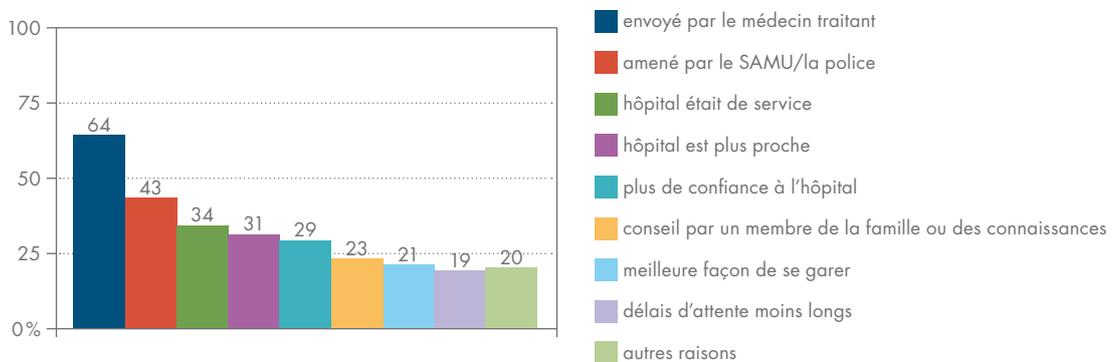


Les alternatives potentielles à l'hôpital sont moins prisées.

52% disent qu'une consultation dans un cabinet médical aurait pu être une alternative, mais 41% des patients ne partagent pas cette opinion.

Pour une **urgence**, telle que perçue par eux, seulement 36% des patients au Luxembourg disent qu'une consultation dans une maison médicale aurait pu être une alternative, mais 51% ne sont pas de cet avis. Seulement 57% des sondés **connaissent le type de prise en charge offert dans les maisons médicales**, 29% répondent n'en avoir aucune idée et 14% n'en ont jamais entendu parler.

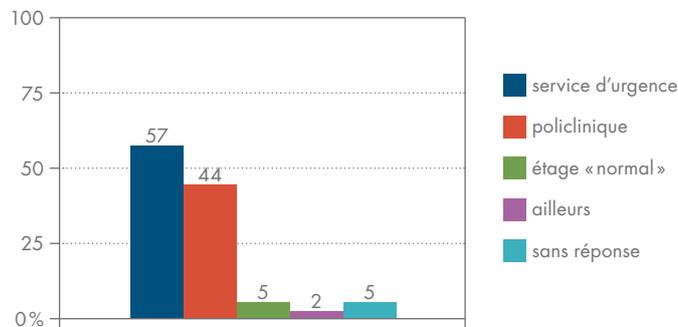
Figure n°14: Raisons de préférence de l'hôpital à d'autres alternatives (Enquête TNS-ILRES 2011)



Parmi les différentes raisons invoquées pour préférer l'hôpital à d'autres alternatives, on peut citer la prescription du médecin traitant, le transfert par SAMU ou police, le fait que l'hôpital était de garde ou qu'il était plus proche que les autres lieux de prise en charge.

1.2.3 Cas des admissions urgentes

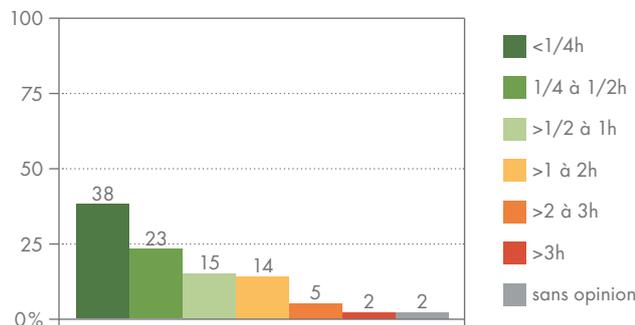
Figure n°15: Service d'admission lors d'une urgence (Enquête TNS-ILRES 2011)



NB : le pourcentage dépasse 100% car plusieurs personnes ont eu des urgences multiples.

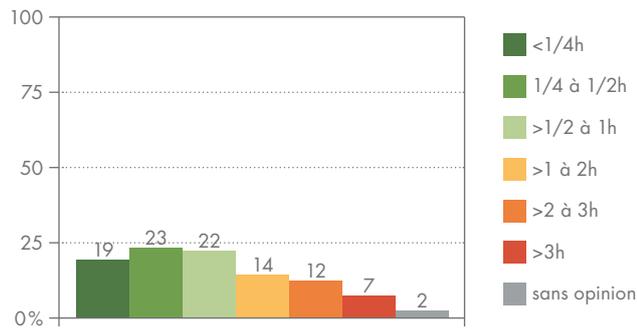
Plus de 90% des sollicitations jugées urgentes par les interviewés ont été reçues au niveau du service d'urgence-policlinique (cf Fascicule 3, Activités médico-techniques).

Figure n°16: Temps d'attente perçu avant d'être vu par un professionnel de santé (Enquête TNS-ILRES 2011)



Le temps d'attente avant qu'un patient en urgence soit vu par une infirmière ou un médecin (1^{er} contact) dépasse un quart d'heure pour 59% des patients.

Figure n°17: Temps d'attente perçu avant d'être effectivement pris en charge (Enquête TNS-ILRES 2011)



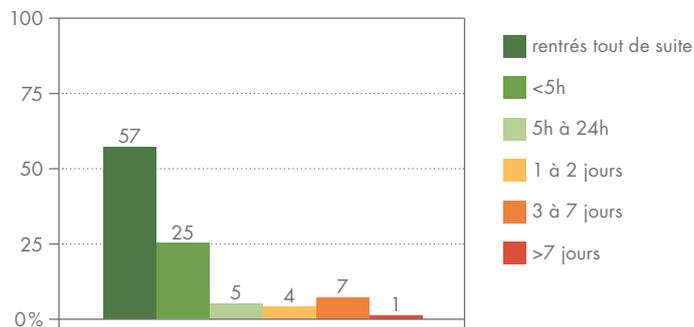
Le temps d'attente effectif jusqu'au moment des soins s'est élevé à moins d'une heure pour 64% des patients d'urgence.

Presque **la moitié des patients se dit insatisfaite** de la durée d'attente car 60% d'entre eux (insatisfaits) ont dû attendre au moins 2 heures.

Néanmoins, en attendant d'être pris en charge en urgence, 60% des patients se sont sentis sous surveillance et en sécurité pendant le temps d'attente, contrairement à 23% d'entre eux; 17% ne s'exprimant pas.

Figure n°18: Répartition des durées de séjour après admission en urgence à l'hôpital

(Enquête TNS-ILRES 2011)

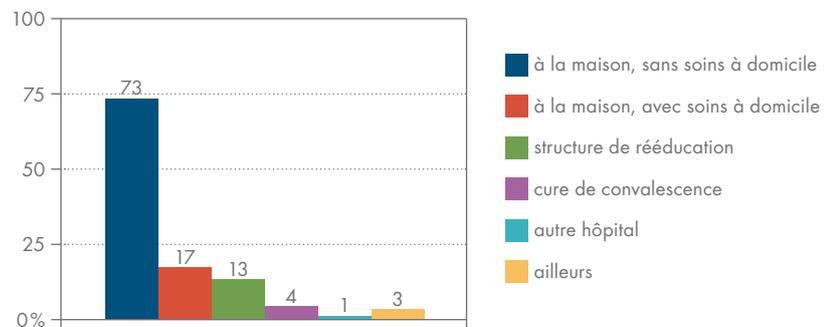


57% des patients admis aux urgences ont pu rentrer tout de suite, 25% en moins de cinq heures, 5% ont dû rester plus de cinq heures et 12% ont dû rester au moins un jour.

1.2.4 Destination des patients après hospitalisation

Figure n°19: Lieux de destination des patients après une hospitalisation de plus d'un jour

(Enquête TNS-ILRES 2011) Plusieurs réponses possibles



La majorité des patients (73%) ayant été hospitalisés (une ou plusieurs fois) plus d'un jour rentre chez eux, sans soins à domicile.

Après une hospitalisation de plus d'un jour, 66% des patients ont éprouvé une (nette) amélioration de leur état de santé, contre 32% qui n'ont pas ressenti d'évolution notable; 3% ont par ailleurs déclaré un état de santé détérioré par rapport à leur état antérieur suite au passage à l'hôpital.

1.2.5 Informations délivrées aux patients

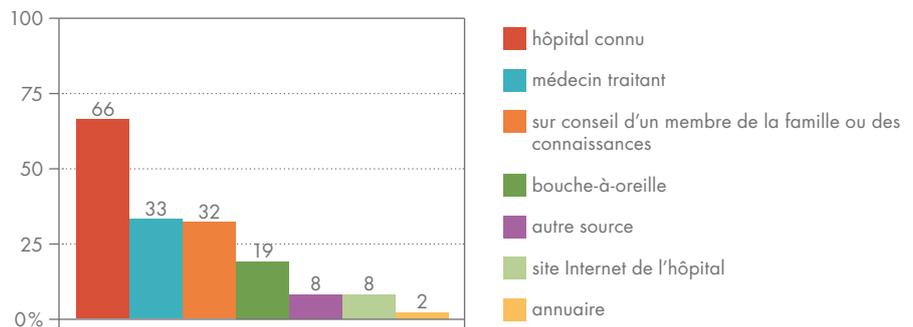
- Avant de se rendre à l'hôpital:

Dans 68% des cas, les patients prétendent avoir disposé d'informations utiles avant de se rendre à l'hôpital de leur choix. Pour 56% d'entre eux, ces informations ont influencé le choix de l'hôpital alors que pour 40% tel n'était pas le cas.

Comme informations utiles sont considérées le fait que l'hôpital soit connu ou que le médecin traitant ou un proche l'ait recommandé.

Figure n°20: Informations préalables dont le patient a disposé avant le contact avec l'hôpital

(Enquête TNS-ILRES 2011) Plusieurs réponses possibles



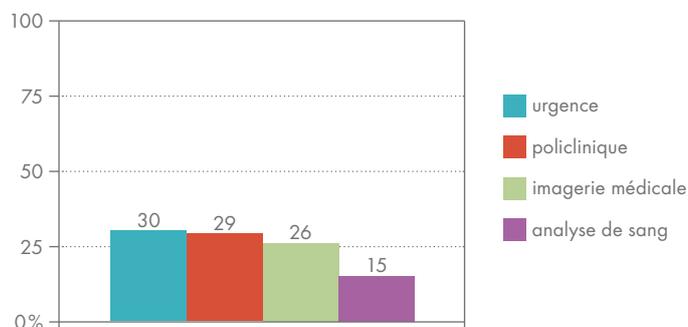
- Après s'être rendu à l'hôpital:

82% des patients déclarent avoir reçu «toutes les informations nécessaires et utiles» à leur sortie de l'hôpital et 94% d'entre eux les ont estimées compréhensibles et acceptables. 45% de ces informations ont été fournies par écrit. Parmi les patients estimant ne pas avoir reçu d'informations à la sortie, 63% n'ont pas apprécié cette situation.

1.2.6 Appréciations du passage à l'hôpital

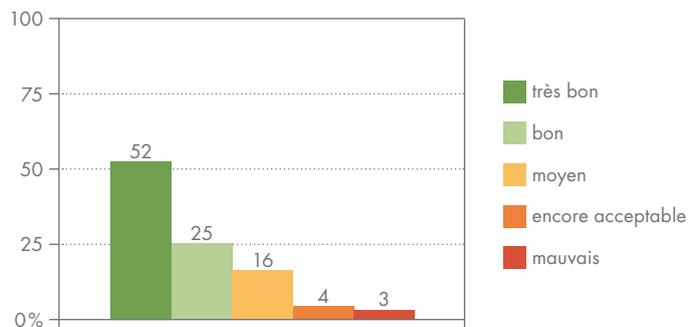
La critique majeure adressée à l'hôpital est celle du temps d'attente jugé trop long.

Figure n°21 : Temps d'attente jugé trop long, par service (Enquête TNS-ILRES 2011)



Les patients insatisfaits du temps d'attente déclarent avoir attendu trop longtemps à 30% pour une urgence, à 29% pour un examen à la polyclinique et à 26% pour un examen d'imagerie médicale.

Figure n°22: Satisfaction du passage à l'hôpital (Enquête TNS-ILRES 2011)

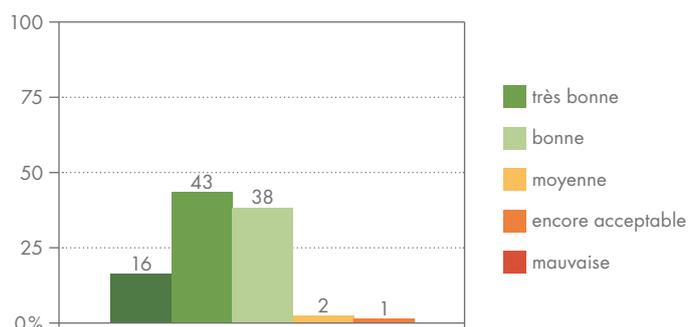


Pour 28% des contacts en relation avec une urgence au Luxembourg les prestations n'ont pas été jugées satisfaisantes, tel était aussi le cas pour 12% des contacts lors d'un examen en polyclinique, pour 5% des contacts en relation avec un examen d'imagerie médicale et pour 7% des contacts en relation avec une analyse de sang.

Si 78% des patients insatisfaits n'ont pas fait de réclamation auprès de l'hôpital, 28% d'entre eux ont fait des réclamations orales et seulement 5% par écrit (dont une partie a également réclamé oralement).

Mais, en « cas d'urgence » 86% des patients retourneraient au même hôpital, contre 14% qui choisiraient un autre établissement.

Figure n°23: Impressions des visiteurs et des accompagnants des patients (Enquête TNS-ILRES 2011)



1.3 Constats, éléments de prospective et propositions

→ Constats

- Évolution de la population et prévision des besoins hospitaliers

- Pour les années à venir, les projections démographiques prédisent, dans une moindre mesure au Grand-Duché que dans la Grande Région, un **accroissement plus important de la population âgée**, la plus importante consommatrice de soins, aux dépens des contributeurs au financement, plus jeunes et en meilleure santé. La **planification des capacités de l'offre de soins et hospitalière grand-ducale** a pour particularité de devoir couvrir la **population résidente**, qui **consomme environ 95% des soins hospitaliers et celle des assurés frontaliers, qui représentent 31% des assurés CNS, mais ne consomment actuellement que 5% de soins hospitaliers** au Grand-Duché. Toutefois la consommation de soins hospitaliers par les non-résidents est en hausse et a quasi doublé entre 2002 et 2009. En dehors des accidents au pays, la plupart des frontaliers qui utilisent les services hospitaliers au Grand-Duché proviennent de régions où les standards en matière de type d'offre, de confort et de qualité sont sensiblement ressentis inférieurs par rapport à ceux du Grand-Duché.

- Pour ce qui est de la population résidente et de son évolution dans son lieu d'habitat, elle suit la même courbe dans les trois régions hospitalières. Toutefois il est constaté :
 - que la région Sud n'arrive pas à capter autant sa population que la région Nord,
 - une forte **inégalité des ratios d'hospitalisation en fonction de l'habitat de la patientèle:**
 - **selon les régions:** de 255 et 265 séjours pour 1 000 habitants respectivement dans les régions Nord et Sud contre 195 séjours pour 1 000 habitants dans la région Centre,
 - **selon les cantons** avec un ratio maximum de 318 séjours pour 1 000 habitants dans le canton de Wiltz et un ratio minimum de 169 séjours pour 1 000 habitants dans le canton de Luxembourg.
 - Les patients en provenance d'**autres pays (5% soit 5 954 séjours)** se répartissent sur trois établissements hospitaliers principalement : CHEM, CHL et CHK. Les données transmises ne permettent pas d'identifier la provenance de 1 059 séjours.

- Le **défi du futur** sera de **maintenir** une **capacité du financement** pour préserver une couverture et des prises en charge adaptées, équitables et efficaces. Pour le relever et maintenir les acquis actuels, il s'agira par conséquent de :
 - surveiller les évolutions de consommation par type de prestations et par catégorie de patients dont notamment les non-résidents et les transferts à l'étranger,
 - agir sur la prévention des maladies chroniques et diminuer les impacts du vieillissement de la population par des actions de prévention visant le recul de l'apparition de la dépendance,
 - privilégier les formes de prises en charge moins coûteuses, notamment ambulatoires,
 - maintenir une dynamique de performance en mesurant, comparant et en rendant compte des résultats et de la satisfaction des usagers,
 - suivre les développements à l'étranger et plus particulièrement dans la Grande Région et envisager des collaborations et synergies chaque fois que raisonnable, efficace et acceptable pour les usagers.

- Comportement des patients et missions de l'hôpital

Même si 90% des personnes sondées déclarent avoir un médecin régulier, l'hôpital, et en particulier ses services externes, joue un rôle important pour leur santé puisque **chaque année un résident sur deux fait appel aux services externes de l'hôpital.**

Ils sont adressés dans 2/3 des cas sur prescription médicale.

Dans la grande majorité des cas, c'est également ce médecin (spécialiste dans 40% des cas et généraliste pour 24%) qui détermine le choix de l'hôpital.

Lorsque les patients se rendent spontanément à l'hôpital c'est pour ce qu'ils considèrent comme une urgence (15% des sollicitations).

En l'espace d'un an :

- 76% des patients y ayant eu recours ne l'ont fait qu'une seule fois et 19% deux fois,
- 57% ont pu rentrer immédiatement à leur lieu de provenance après ces premiers soins, 17% ont dû rester à l'hôpital plus de 24 heures,
- 86% des patients qui ont choisi un hôpital donné pour une sollicitation urgente y retourneraient en cas de nécessité, même si la moitié se plaint des **temps d'attente** dans les lieux d'accueil pour leur sollicitation urgente. En effet seulement 38% d'entre eux ont été « triés » en moins d'¼ d'heure, 33% ont dû attendre plus d'une heure et 19% plus de deux heures avant d'être pris en charge.

Ils choisissent pour 68% un hôpital qu'ils disent connaître.

L'analyse de la provenance des patients par hôpital montre bien qu'il s'agit dans la grande majorité de l'hôpital le plus proche.

Il ressort par conséquent de ces observations que l'**hôpital** joue un **rôle de proximité important dans sa région hospitalière** et ceci en réponse aux :

- **prescriptions médicales** (radiologie, prise de sang, policlinique...),

- **sollicitations en cas d'urgence**, spontanées ou via le service de secours,
- soins plus spécialisés découlant des urgences et des transferts via les médecins spécialistes
- **soins palliatifs, souvent initiés à l'hôpital.**

Par ailleurs, il convient de garder à l'esprit que les **résidents des longs séjours** (CIPA, maisons de soins) n'ont **pas** fait partie de la population **interrogée**. Il serait intéressant d'analyser les transferts vers l'hôpital de ces résidents: **Pour-quoi** - nature des sollicitations (ambulatoire/stationnaire; soins curatifs ou palliatifs de fin de vie), **où** - proximité géographique de l'hôpital par rapport au lieu de résidence, **quand** ont lieu ces transferts, et quelles seraient les possibilités d'optimisation?

Les observations ci-dessus, à confirmer par d'autres données, **illustrent que les usagers sont majoritairement orientés par le premier recours aux soins** (médecins ou services de secours), **et recherchent majoritairement la proximité** pour les sollicitations hospitalières.

Ce constat est un axiome de poids tant pour la planification que pour les exigences de qualité et d'équité de chances et ouvre sur une réflexion à mener sur la pertinence de l'orientation versus les filières de soins.

En effet, dans le système de médecine libérale et de libre choix du patient ce lien entre premier recours aux soins et les services de proximité et structures uniques hautement spécialisées est un enjeu central qui engage l'équité de chances du patient, la responsabilité des adresseurs, le fonctionnement des filières de soins (clinical pathways) et constitue un défi pour la planification.

Outre des considérations inhérentes à la maladie et aux possibilités thérapeutiques, aux délais d'attente et au « libre choix » du patient, aux éventuels souhaits de l'entourage, aux expériences personnelles de celui qui oriente; sur base de quelles missions des établissements et services, de quelles informations sur les résultats des prises en charge, leur qualité, la satisfaction des patients et les délais d'accès, sont orientés les patients? Un progrès certain serait déjà de rendre les informations objectives plus transparentes et disponibles.

- Attentes des usagers concernant les prestations et les services de l'hôpital

La satisfaction des patients n'a pas été analysée par établissement compte tenu de la taille de l'échantillon.

De façon globale:

- **60% des sondés ont une grande ou très grande confiance** dans les hôpitaux luxembourgeois qu'ils jugent au moins au même niveau que ceux des pays avoisinants,
- **77% des patients ont été satisfaits ou très satisfaits** du résultat de leur passage à l'hôpital. Parmi les usagers insatisfaits, 78% n'ont pas fait de réclamation, contre seulement 5% qui ont transmis une réclamation par écrit et 28% oralement,
- **85%** des sondés pensent qu'un patient devrait obtenir, par écrit et sous forme standardisée, **un minimum d'informations** nécessaires et utiles pour son cas **à la sortie** de l'établissement.

Mais 85% des sondés attendent **plus de transparence** sur les résultats des traitements, la qualité et le degré de satisfaction dans les hôpitaux.

Pour 75% d'entre eux, la satisfaction devrait être **mesurée de façon standardisée et les résultats publiés par une organisation indépendante (47%) ou les autorités de tutelle (46%)**. Les interviewés pensent que:

- ces informations aideraient les patients à mieux faire leurs choix (58%),
- ces informations stimuleraient les hôpitaux à progresser (57%),
- les autorités devraient veiller à maintenir la qualité à un niveau élevé et équivalent dans tous les hôpitaux (52%).

Seulement 16% pensent que de telles publications pourraient insécuriser davantage les patients.

→ Éléments de prospective

Si globalement les résultats de l'enquête sur le comportement et les attitudes des patients sont à considérer comme très satisfaisants, les attitudes des usagers évoluent et ils demandent davantage de transparence et de redevabilité afin de pouvoir faire des choix éclairés.

Si la planification concerne toujours le nombre de lits, les activités de l'hôpital sont devenues de plus en plus ambulatoires et les sollicitations des usagers évoluent. À ce titre, les **critères de planification** actuels doivent **être complétés** par des critères **plus qualitatifs** tels que :

- le suivi de l'évolution du recours aux hôpitaux des résidents et frontaliers,
- l'accès aux soins (équité de chances),
- l'efficacité d'utilisation des ressources hospitalières,
- le progrès et l'adaptation continue aux acquis de la science,
- la continuité et la formalisation des prises en charge via la standardisation et la protocolisation des prises en charge et l'organisation de la multidisciplinarité et via le développement des filières de soins.

En outre, il est nécessaire de développer ou améliorer :

- la **transparence** en matière de sécurité, d'innocuité des soins, de plus-values et de résultats, de qualité, de mesure et publication systématique des taux de satisfaction,
- la **redevabilité publique** de tous les acteurs en rendant compte des efforts et de la performance pour témoigner de l'engagement dans une démarche d'amélioration continue, notamment via des comparaisons internationales.

Comme il ressort de l'enquête ces éléments sont de nature à renforcer la crédibilité des tutelles et de la gouvernance et à renforcer la confiance des usagers.

Avec l'entrée en vigueur de la Directive « soins transfrontaliers », les informations à fournir par les autorités nationales aux patients concernant les normes, orientations et informations sur les principes d'universalité d'accès à des soins de bonne qualité, de sécurité, de continuité, d'équité en vue de leurs choix éclairés ne seront désormais plus une faculté louable, mais un droit inaliénable.

→ Propositions

• **Enrichir la planification de nouveaux critères:**

- **Suivi de l'évolution du recours aux hôpitaux des résidents et frontaliers:** pour planifier en temps utile les adaptations des infrastructures et des capacités en fonction de l'évolution des besoins et des modes de prises en charge mais également en fonction du comportement des usagers concernant leur utilisation des services d'urgence, des prestations de proximité et des soins spécialisés et filières de soins.
- **Accès aux soins (équité de chances):**
 - **géographique:**
 - en termes de **délais d'accès aux services d'urgence** (et veiller au bon fonctionnement de la chaîne des secours pré-hospitaliers et des services d'urgences),
 - en termes de **proximité:** les hôpitaux doivent offrir la même offre de soins équilibrée pour répondre aux sollicitations fréquentes et chroniques, à moins que les acquis de la science et les contraintes d'un fonctionnement efficient n'imposent une concentration de l'offre dans certains domaines spécialisés,
 - **temps d'attente:** ex: aux urgences
 - **délai d'accès:** à certains traitements ou interventions (chimiothérapie, interventions chirurgicales planifiées ou urgentes), aux examens diagnostiques sur base d'arbres décisionnels validés par les recommandations internationales de bonnes pratiques.
- **Efficience d'utilisation des ressources hospitalières:**
 - développement de l'**ambulatorio:** lits et places en hôpital de jour, plateaux techniques,
 - pertinence du recours:
 - à la **surveillance intensive,**
 - aux **plateaux techniques,** notamment en regard de la prévalence de certaines maladies chroniques (ex: diabète et insuffisance rénale).
- **Progrès et adaptation continue aux acquis de la science** notamment par l'évolution des techniques opératoires et anesthésiques intégrant de nouvelles approches moins invasives diminuant la durée de séjour, des thérapies médicamenteuses (ex: chimiothérapies orales plutôt que par voie sanguine).

- **Continuité et formalisation des prises en charge:**

- **standardisation et protocolisation des prises en charge** et organisation et bonne pratique de la **multidisciplinarité** (ex : réunions de concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge du cancer, prévention de la dépendance chez les personnes âgées...)
- **développement des filières de soins:** processus de prises en charge coordonnés **en amont et en aval** avec l'extra-hospitalier (structures de long séjour, réseaux de soins à domicile) pour organiser et formaliser la continuité des soins dans leur globalité (somatiques, psychiatriques, sociaux). Application du concept de case-management pendant le séjour hospitalier pour réduire le temps d'hospitalisation. Formaliser les relations (network) entre ces structures par une contractualisation organisant les liens, processus de prise en charge et conditions de transfert, en particulier dans le cas de réadmissions des patients sous encadrement psychiatrique ou en accompagnement palliatif en urgence, pour éviter des situations angoissantes à des populations souvent âgées, fragilisées, voire désorientées. Cette formalisation vaut également pour la préparation de l'admission du patient à l'hôpital et la préparation de la sortie avec transfert éventuel en service d'aval.

- **Attentes des usagers** notamment en termes de chambre seule.

• **Accroître la transparence pour éclairer les choix des usagers et ceux qui les orientent dans le système de santé et hospitalier:**

- **en explicitant davantage les missions et les rôles des établissements et de leurs services:**

- garantir que les notions de « service », « centre de compétences » et autres structures prévues par le plan hospitalier répondent aux exigences afférentes ; et encourager des certifications et labellisations internationales reconnues et sous contrôle des tutelles,
- prévoir une charte de déontologie et/ou l'engagement visible à l'adhésion à des chartes internationalement reconnues pour les établissements hospitaliers et de long séjour.

- **en mettant à disposition des informations objectives sur:**

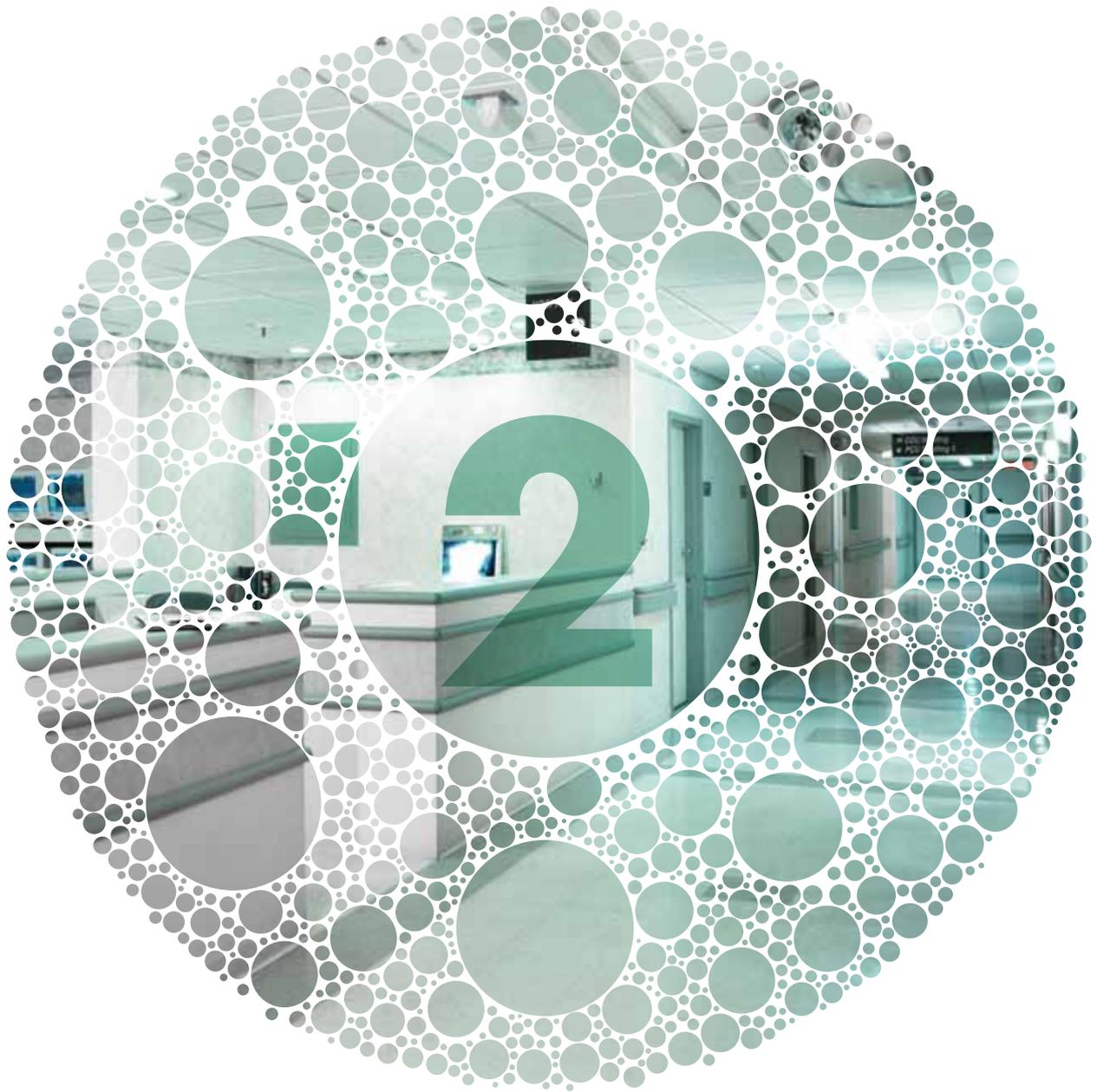
- la mesure de la satisfaction des prestations hospitalières,
- les résultats des prises en charge et de performances comparées au niveau national et international (Health Consumer PowerHouse, OCDE, HQIP),
- les temps d'attente,
- la surveillance de la sécurité et de la qualité des soins (EFQM, ...) et en publiant des résultats et des actions à mener en termes d'amélioration continue de la qualité par des organismes neutres,
- les suppléments tarifaires à charge des usagers.

Cette information peut être diffusée:

- dans le cadre des guichets prévus par la directive européenne sur les soins de santé transfrontaliers,
- sur le «PORTAIL Santé», comme site certifié pour l'information loyale des usagers du système de santé; Il convient également de faciliter l'orientation vers des sites internet certifiés relatifs à l'évaluation des prises en charge et la qualité des soins (ex: www.conseil-scientifique.lu, www.has-sante.fr, www.aerztekammer-bw.de, www.gesundheitsinformation.de/iqwig, www.gesundheit.gv.at, www.patient.co.uk) et les bases de données permettant des comparaisons internationales (OMS HFA-DB; Eurostat-Heidi, OCDE)

• **Renforcer la redevabilité publique aux différents niveaux de la gouvernance, en liant, du moins partiellement, le financement** (conventions, budgétisation + incitants qualité, nomenclatures) :

- à une obligation de transparence et d'amélioration continue via des rapports (bis)-annuels structurés témoignant du suivi des indicateurs de sécurité, de qualité, de satisfaction, d'évaluation des pratiques professionnelles et des résultats en matière de devenir des patients,
- au respect de contrats d'objectifs et de performance des résultats.



Chapitre 2

Cadre et contexte du secteur hospitalier luxembourgeois

2.1	Historique succinct	87
2.2	Système de santé et fonctions de l'hôpital	89
2.3	Cadre légal et réglementaire	93
2.4	Cadre économique et financier	100
2.5	Gouvernance du secteur hospitalier	106
2.6	Éléments de prospective et propositions	112

2.1 Historique succinct

Lieux de pèlerinage au 1^{er} millénaire puis, à partir du Moyen Âge, endroits de charité pour les indigents et les malades, refuges pour les militaires infirmes ou lieux d'éloignement pour les lépreux et les aliénés jusqu'au 20^e siècle, dans lesquels, grâce aux progrès des diverses disciplines médicales, sont nés une multitude de « cliniques », les hôpitaux sont devenus, ces dernières décennies, les centres opérationnels de la plus grande part des prestations les plus sophistiquées de l'action sanitaire (cf « Histoire succincte des hôpitaux » sous www.sante.lu ; « Hospices et hôpitaux de la Ville de Luxembourg », *Ons Stad*, Édition 100/2012 et 81/2006 sous www.onstad.lu ; « Système hospitalier, historique succinct et évolution récente » - Carte sanitaire 2005).

Au Grand-Duché, les ecclésiastiques puis des philanthropes laïques et par la suite les pouvoirs locaux et notamment les communes, étaient les seuls à gérer les hôpitaux. En dehors de la création de la Maison de Santé d'Ettelbruck en 1850, l'État ne s'est vu sollicité qu'à la fin de la 2^e guerre mondiale pour prendre en charge l'organisation hospitalière.

La volonté, forgée et bien confirmée suite aux rapports des experts (GUNDERMAN-FIEBELKORN, AUJALEU-RÖSCH) était alors de sortir, par vagues progressives, de « l'anarchie des constructions hospitalières » et de proposer une offre équilibrée et graduée en fonction de la densité de la population et du lieu d'habitat, permettant une équité d'accès.

L'organisation du paysage hospitalier en 2012 est dès lors le fruit des diverses interventions de l'État et notamment de la planification hospitalière introduite en 1982 (*Mémorial A n°27*), sur base de la 1^e loi de 1978 portant organisation et planification hospitalières.

Lors de l'entrée en vigueur de cette loi, le pays comptait encore 36 établissements hospitaliers avec 4 616 lits, dont 19 hôpitaux aigus avec 2 596 lits, 1 002 lits de neuro-psychiatrie, 364 lits de moyen séjour (3 établissements) et 65 lits de long séjour (3 établissements).

Tableau n°4: Évolution du nombre d'établissements et de lits hospitaliers, 1986-2009

(Source: Ministère de la Santé)

Établissements hospitaliers	1986	2009	Évol. 1986-2009
Nombre établissements	36	13	-64 %
Total lits	4.616	2.824	-39 %
dont somatiques aigus ⁽¹⁾	2.596	2.079	-20 %
dont neuro-psychiatriques ⁽²⁾	1.002	468	-53 %
dont moyen séjour ⁽³⁾	364	277	-24 %
dont long séjour	65	0 ⁽⁴⁾	
Population	369.400	493.500	

(1) et (2): Pour les besoins de la comparabilité de la classification de ce tableau, les lits de psychiatrie ont été retirés des lits somatiques aigus et il a été procédé à leur classification sous lits neuro-psychiatriques, avant 1986 les lits de neuro-psychiatrie étaient exclusivement ceux du CHNP.

(3) À partir de 2001, les lits de moyen séjour sont exclusivement des lits de rééducation (fonctionnelle et gériatrique) et de convalescence.

(4) Les lits de long séjour qui relevaient essentiellement d'hôpitaux locaux et donc de la tutelle du Ministère de la Santé ont été reclassés en 1998 comme lits de long séjour et transférés, dans le cadre de l'assurance dépendance, sous la tutelle du Ministère de la Famille.

En 2012, il reste 14 établissements.

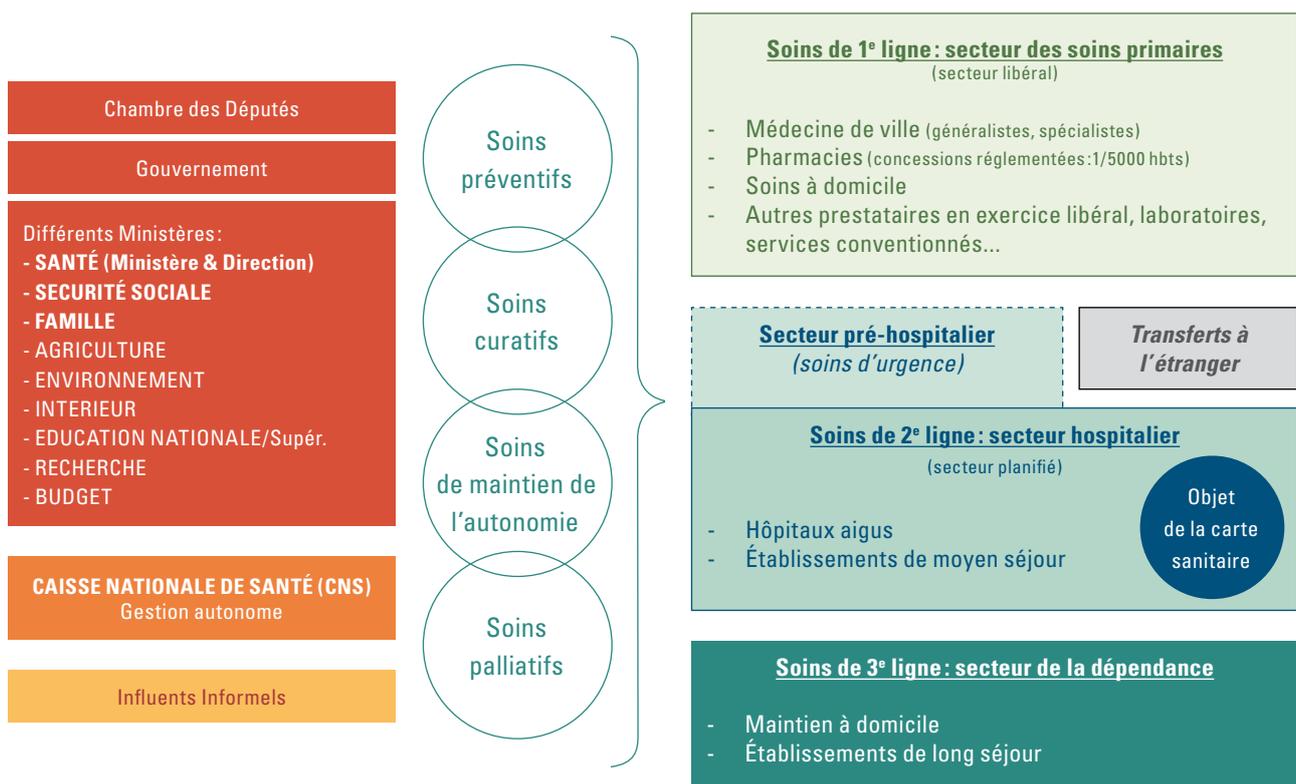
Aucun établissement n'a été fermé mais de nombreux établissements ont été convertis en 1998 en établissements de long séjour et les autres ont été modernisés et se sont regroupés via une série de fusions au sein du secteur :

- en 2003, l'Hôpital du Kirchberg (HK) est né de la fusion des cliniques Ste Elisabeth, Sacré Cœur et St. François, rejoint en 2006 par la Clinique privée du Dr. E. Bohler,
- en 2004, le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) a fusionné avec la Clinique d'Eich,
- le Centre Hospitalier Émile Mayrisch est né de la fusion des Hôpitaux des villes d'Esch-sur-Alzette et de Dudelange en 2004, rejoint en 2008 par l'Hôpital Intercommunal Princesse Marie-Astrid de Differdange-Niederderkorn,
- en 2010, le Centre Hospitalier du Nord est né de la fusion de l'Hôpital Saint Louis (Ettelbruck) et de la Clinique Saint Joseph (Wiltz),
- un rapprochement est prévu entre le CHK et la ZithaKlinik fin 2013.

2.2 Système de santé et fonctions de l'hôpital

• Description succincte du système de santé grand-ducal

Figure n°24: Organisation du système de santé grand-ducal



«L'hôpital est un endroit où sont traitées des choses aussi intimes, subjectives et fondamentales que la vie, la mort, la souffrance et ce dans un monde de rationalités» (Source: Y.Pelicier p.6 dans «L'hôpital, la technique et l'éthique» JM CLEMENT)

• Fonctions actuelles de l'hôpital au Luxembourg

La **loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers** dispose que :

- Art. 1. « *Les établissements hospitaliers ont pour mission de prêter dans leur domaine d'activité les soins stationnaires et ambulatoires, utiles, nécessaires et de qualité adaptés aux besoins des patients qui font appel à leurs services* ».
- Art. 37. « *Tout patient à accès aux soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert son état de santé, conformes aux données acquises par la science et à la déontologie. Les soins doivent être organisés de façon à garantir leur continuité en toutes circonstances* ».
- Art. 2. « *Le Ministre ayant dans ses attributions la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers* ». Un règlement grand-ducal établit un plan hospitalier qui doit répondre « *tant aux besoins sanitaires du pays qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier* ». Ce plan arrête les modalités de classement des différents établissements hospitaliers, il définit les services hospitaliers et centres de compétences pouvant être autorisés. Il détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

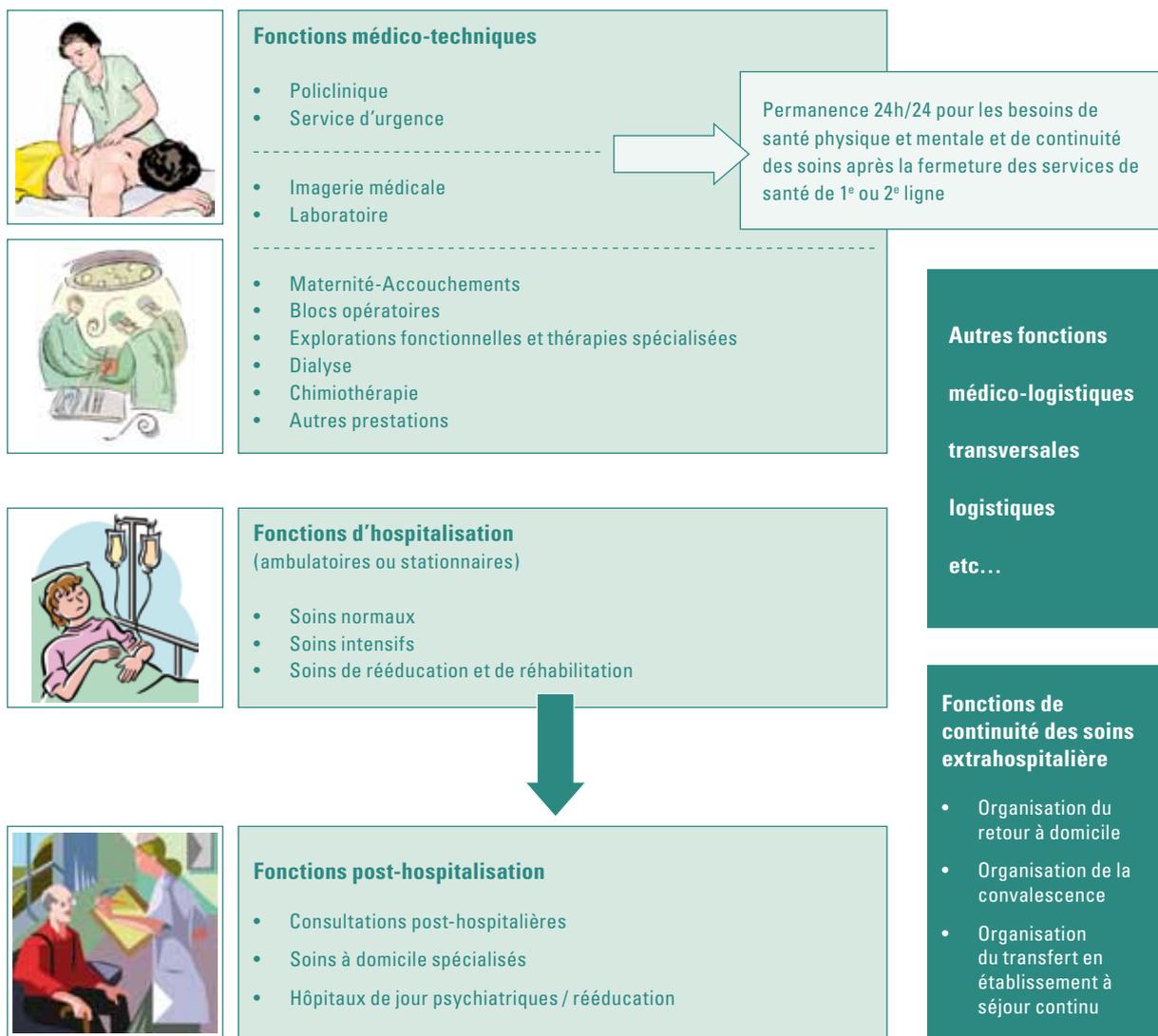
Mais la loi ne précise aucunement les finalités de l'hôpital. Elle est vague en ce qui concerne les missions, le rôle de la gouvernance et les objectifs à atteindre pour les usagers.

Il est dès lors utile de rappeler quelques **axiomes** :

- Le secteur hospitalier relève d'une **mission d'intérêt public** qu'il délègue aux établissements relevant du plan hospitalier. Les conditions de cette délégation doivent être claires; elle implique **redevabilité** sur les contenus, la performance et les formes à préciser par le délégataire.
- La raison d'être de l'hôpital est le **meilleur devenir du patient**.
- Le rôle de l'hôpital est d'assurer des interventions de santé à définir par la politique de la santé. En général il s'agit de **prises en charge ou d'actes** qui, en raison de leur **complexité** et notamment de leurs prérequis en **moyens lourds** et en **ressources spécialisées**, ne peuvent être mieux assurés ailleurs.

- Avec un **fonctionnement 24h/24**, l'hôpital et le système hospitalier dans son ensemble sont **complémentaires aux autres structures et actions au sein du système de santé**.
- Si, du fait de son évolution historique, chaque pays a érigé, au fil du temps, son propre système hospitalier, les **motivations** et les **valeurs** à la base sont cependant **universelles** et la **performance** et l'**efficience** doivent pouvoir être comparées.
- Les **résultats** en termes de plus-value pour ceux que l'hôpital prend en charge ainsi que leur **satisfaction** à l'égard des prestations et du système hospitalier doivent être mesurables et évaluables.
- Les différences de résultats et le manque de performance par rapport aux objectifs visés doivent interpeller et stimuler à l'**amélioration continue** et le cas échéant être mis en relation avec l'attribution des moyens.
- Il est du rôle et de la responsabilité de la politique de santé de **fixer le cadre conceptuel** et les objectifs et de celui de la gouvernance aux différents niveaux de les atteindre en orientant l'amélioration continue du système hospitalier via ses moyens dont notamment la législation, le financement et une planification hospitalière adéquate.

Figure n°25 : Fonctions de l'hôpital



2.3 Cadre légal et réglementaire

Tableau n°5: Législations régissant le secteur hospitalier

Textes légaux	Dispositions
LÉGISLATIONS EN VIGUEUR	
<p>Législations relevant du Code de la Santé: le Code de la Santé est un code compilation qui assemble par ordre thématique et alphabétique des textes de chronologies différentes et non consolidés entre eux.</p>	
<p>Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (modifiée par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mission des établissements hospitaliers, - Planification hospitalière, - Autorisations des établissements et services hospitaliers, - Équipements hospitaliers, - Interventions financières de l'État, - Fonds spécial des investissements hospitaliers, - Gouvernance du système hospitalier, - Organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers, - Droits et devoirs des patients,... <p>Amendements via la loi du 17 décembre 2010 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planification hospitalière: centres de compétence, recherche de synergies et de spécialisations, cadrage de l'évolution du nombre de médecins agréés, priorisation de l'ambulatoire, - Organisation interne des hôpitaux: médecin coordinateur, structuration des services, mutualisation des activités, - Gouvernance et expertise: Commissaire de Gouvernement aux Hôpitaux, Commission Permanente pour le secteur Hospitalier (CPH), Cellule d'Expertise Médicale, - Création d'une Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.
<p>Règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le Plan Hospitalier National (NB: un nouveau Plan Hospitalier est en cours d'élaboration)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Régions hospitalières, - Catégories d'établissements hospitaliers et critères de classement, - Planification de la dotation en lits d'hospitalisation et services hospitaliers et planification des services et équipements nationaux, - Missions et composition des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et modalités de coordination nationale de ces structures.

Textes légaux <i>(suite)</i>	Dispositions <i>(suite)</i>
LÉGISLATIONS EN VIGUEUR <i>(suite)</i>	
<p>Loi modifiée du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Transport des urgences, - Hôpitaux de garde, - Service d'urgence. <p>Règlements d'exécution non pris : services médicaux et hospitaliers qui ne participent pas au service d'urgence (art.9), organisation de l'intervention du SAMU (art.4)</p> <p>Cette loi est unanimement reconnue surannée, plusieurs tentatives de réforme ont été préparées mais n'ont pas abouti.</p>
<p>Loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la Santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Direction de la Santé et médecins rattachés : veillent à l'observation des dispositions légales et réglementaires en matière de santé publique. - Division de médecine curative : a compétence pour toutes les questions concernant la planification et l'organisation notamment hospitalières et l'exercice des professions médicales et paramédicales.
<p>Législations sur l'exercice des professions de santé et de leurs organes professionnels dotés de la personnalité civile</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Loi du 14 juillet 2010 transposant les directives de libre circulation au sein de l'Union Européenne et réglant l'exercice des professions médicales. Un avant-projet de réforme est actuellement en préparation. - Loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé. <p>Ces législations précisent les spécialités autorisées à exercer et conditions d'autorisation, et tutelles et autorités (instances disciplinaires) dont elles relèvent.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical : cette instance édicte le code de déontologie médicale, dispose d'un droit de regard sur les autorisations d'exercer et peut proposer ses bons offices dans les différends entre médecins et patients.
<p>Législation relevant du Code de la Sécurité sociale : Le code de la sécurité sociale est un code loi qui structure des textes consolidés par domaines (assurance-maladie, assurance dépendance etc..)</p>	
<p>Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du financement de l'assurance maladie et des prestataires dont les établissements hospitaliers via budgétisation et primes d'incitants-qualité, mais également des prestataires et notamment des médecins qui y exercent. - Conventonnement des prestataires et règles afférentes.

Textes légaux (suite)	Dispositions (suite)
LÉGISLATIONS EN PRÉPARATION	
Avant-projet de loi relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Patient: ex: droit de choisir librement son prestataire de soins de santé, droit à l'information, droit d'accès direct et rapide à son dossier médical et droit à une explication sur le contenu du dossier, ... Engagement du patient de fournir au professionnel de santé les informations pertinentes pour sa prise en charge médicale et de collaborer à cette prise en charge. - Création d'un service national d'information et de médiation santé: cette structure jouera aussi le rôle de point de contact national, dans le cadre de la transposition de la Directive sur les soins de santé transfrontaliers pour informer les patients transfrontaliers et luxembourgeois sur les normes de qualité et de sécurité applicables au Luxembourg, sur les prestataires de soins de santé autorisés à exercer, sur les droits et obligations des patients, ainsi que sur les recours possibles en cas de litiges.
Directive 2011/24/UE du Parlement Européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (Transposition dans le droit national prévue avant fin 2013)	<p>Instauration d'un cadre général pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> - clarifier les droits des patients concernant leur accès à des soins de santé transfrontaliers et à leur remboursement, - donner une assurance en matière de qualité et de sécurité des soins transfrontaliers, - promouvoir la coopération en matière de soins de santé entre les États-membres.

Tableau n°6: Législations relatives à la gouvernance locale des hôpitaux

(Source: Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers)

Modalités d'organisation	Définitions / Objet
Législations sur les statuts des établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Établissements de droit public: Établissements publics sous tutelle du Ministère de la Santé (CHdN, CHL, Mondorf), Établissement d'utilité publique (CHEM), Établissements publics (CHNP, RehaZenter), Syndicat intercommunal (HIS). Ces lois dites organiques et qui s'appliquent aux établissements datent d'époques différentes et varient dans leurs dispositions. - Les établissements qui ne relèvent pas de lois spécifiques relèvent du droit privé: Fondations (HK, CSM, INCCI, Colpach), Sociétés anonymes (CBK, ZITHA), Associations sans but lucratif (CFB, Haus OMEGA).

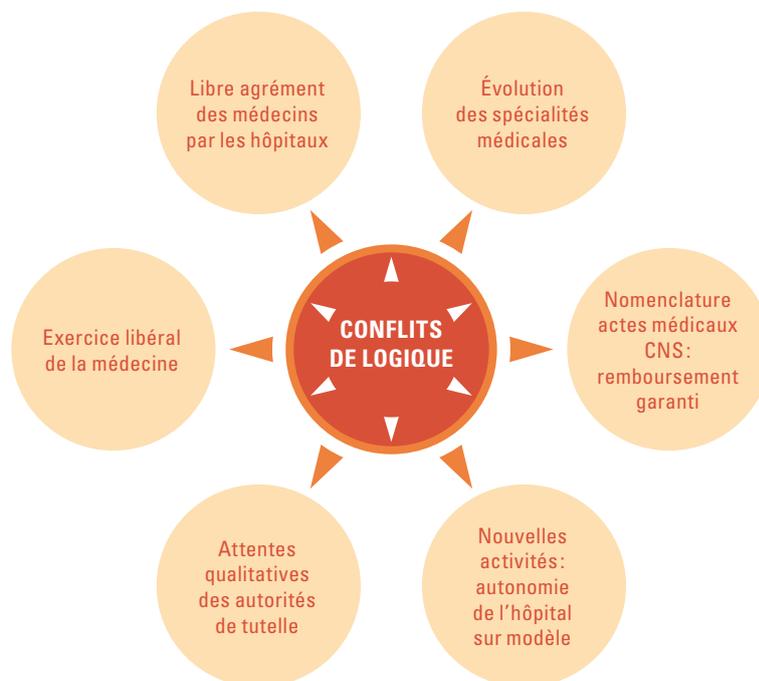
Modalités d'organisation (suite)	Définitions / Objet (suite)
<p>Règlement général <i>(Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers art.22)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Projet d'établissement fixant les objectifs de l'offre de services, et l'évaluation des procédures et résultats, - Objectifs et modalités du fonctionnement hospitalier, - Organigramme et tableau des effectifs du personnel, ... - Organisation médicale, des soins et administrative et mode d'exercice de la médecine, - Règlements de sécurité et plans d'intervention, règlement d'ordre intérieur (patients/visiteurs), organisation et contrôle de la prévention des infections nosocomiales, ...
<p>Services / Départements <i>(Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers art.26)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Service = unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins - Unité de soins = unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune. - Le projet de service précise : <ul style="list-style-type: none"> - la spécialité, le domaine d'activité médicale et le volume d'activité attendu, - les ressources et équipements affectés spécifiquement, dont nombre de lits et d'emplacements, la localisation principale du service et ses antennes éventuelles au niveau d'un autre site relevant de l'établissement, - l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science, - la filière de prise en charge dans laquelle les activités du service médical s'inscrivent. - Départements (pour les établissements de plus de 175 lits) : départements médical, soins, administratif et technique.
<p>Centres de compétences <i>(notion introduite à l'amendement 2010 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers art.26 bis)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de compétences = entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies. - Le projet du centre de compétences doit préciser : <ul style="list-style-type: none"> - les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité projeté, - les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés, - les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, dont nombre de lits et d'emplacements, - les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du centre, - les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le centre, - l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science, - la composition du conseil scientifique, - le contenu minimal du rapport d'activité annuel, - les modalités d'accompagnement par un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.

• Constats et Questionnements

- L'arsenal législatif qui régit le secteur hospitalier provient de deux sources :
 - le code de la sécurité sociale qui dispose des questions de financement du secteur hospitalier (budgétisation) et des médecins y exerçant (nomenclature),
 - le Code de la Santé qui définit la législation sanitaire impactant les établissements hospitaliers qui est diversifiée, hétérogène, d'âges et d'inspirations politiques différentes nées au gré des nécessités du moment et des priorités du législateur.

Si ces législations visent chacune des objectifs pertinents, l'interaction des différentes dispositions, stipulations et conventions révèlent également des incohérences dues à des confrontations de logiques.

Figure n°26: Représentation des logiques impliquées dans les activités hospitalières



Ces conflits de logiques, renvoient à un certain nombre de questions :

- Quels sont les axiomes qui président aux missions de l'hôpital et comment les hiérarchiser et les décliner pour répondre aux multiples fonctions dont celles d'urgence, de proximité, de prises en charge spécialisées, de parades en cas de calamités ?
 - Quels sont les objectifs explicites au niveau national et au niveau local et quels indicateurs de suivi y sont associés en termes de réponse aux besoins, de résultats, de satisfaction, de qualité, d'efficacité et de performance ? Comment les mesurer et les comparer notamment aux pays voisins ? Quelles données sont nécessaires et disponibles ?
 - Quels types de régulations mettre en place pour répondre aux objectifs de santé publique et moduler les investissements aux justes besoins de la population, sans négliger l'adaptation continue au progrès médical, aux acquis de la science et aux attentes des usagers ?
 - Comment maîtriser l'évolution spontanée de l'offre, des besoins, des prestations et des coûts ?
 - Quelle place l'autorité publique doit-elle prendre dans cette gouvernance et quelle part de liberté d'initiative sera laissée aux établissements hospitaliers et aux prestataires pour atteindre ces objectifs et en rendre compte de façon appropriée et transparente ?
 - Comment sortir de ces conflits de logique, dont notamment :
 - un financement des volumes de l'activité hospitalière, sans lien avec les résultats, la qualité, la proactivité en matière de sécurité et de gestion des risques.
- Il existe certes une initiative qualité avec l'attribution, au maximum, de 2 % de budget supplémentaire dont l'utilisation est à discrétion des établissements, prévus dans le cadre des incitants qualité et de la budgétisation hospitalière entre la CNS et la FHL. Toutefois, les indicateurs choisis relèvent en majorité du management institutionnel et des processus de production. Les résultats ne sont pas encore publics et offrent peu d'informations sur les résultats cliniques obtenus. Cette louable initiative qualité dans le secteur devrait être enrichie et recentrée sur des indicateurs de résultats compréhensibles pour les usagers et accessibles publiquement,
- le libre recrutement des médecins par les hôpitaux, en dépit de la planification hospitalière, et la création subséquente de nouvelles activités, sans encadrement et évaluation préalable par rapport aux impacts financiers et aux besoins pour la population,

- une absence de cadrage :
 - de la liberté d'agrément des organismes gestionnaires des hôpitaux notamment en fonction de leurs missions (services et fonctions transversales),
 - de la liberté d'exercice de la médecine sans conditions et redevabilités (activités, résultats, satisfaction) mais avec une garantie de rémunération,
 - de la nomenclature pour qu'elle soit en phase avec les objectifs sanitaires, l'exercice d'une médecine de qualité, la dignité et l'équité des honoraires et revenus notamment en fonction de la participation solidaire aux contraintes communes comme les gardes et qu'elle évite des incitants à des dépenses inutiles et superfétatoires,
 - du conventionnement automatique pour en faire un instrument de pilotage pour mieux répondre aux besoins effectifs et maîtriser des dérives d'évolutions spontanées.

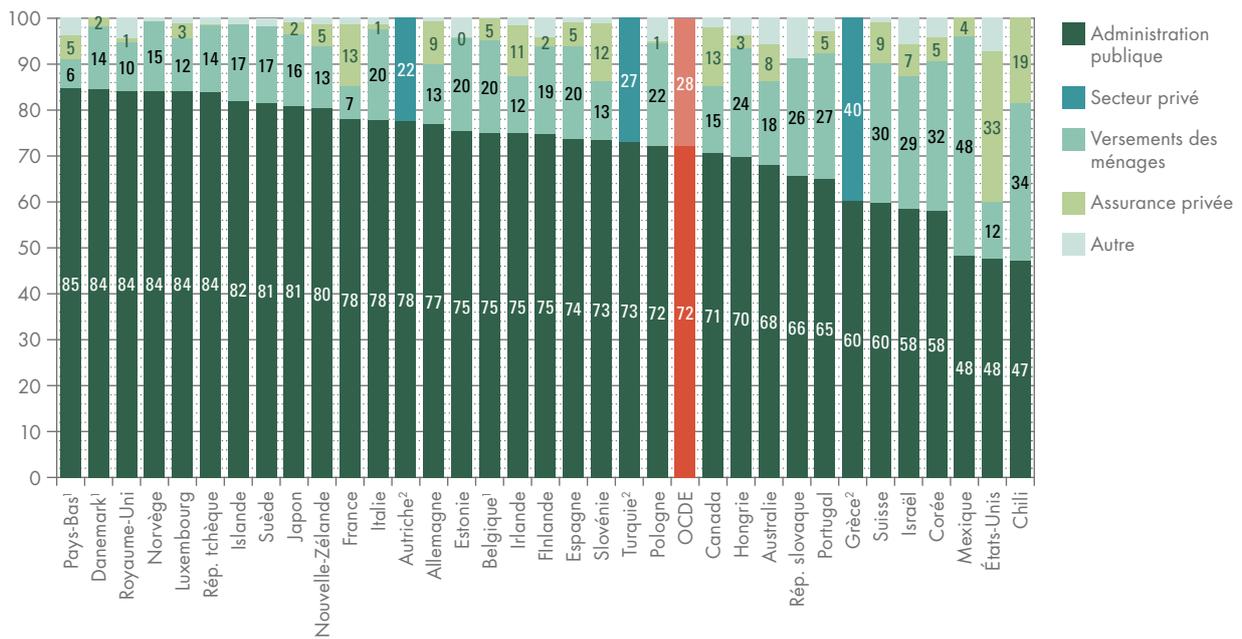
La volonté politique de réformer plusieurs textes de loi dont ceux sur l'exercice des professions de santé, le service d'urgence, la Direction de la Santé et la législation hospitalière a été formulée à plusieurs reprises. L'occasion est par conséquent donnée de réaliser un grand inventaire et une mise à plat et analyse de cohérence et d'actualité de la législation en vigueur et de son application afin de restructurer cet arsenal dans un objectif de vision globale pour un pilotage efficient du système.

2.4 Cadre économique et financier

- **Un financement majoritairement public des dépenses de santé, gage de solidarité**



Figure n°27: Benchmark international: Dépenses totales de santé par type de financement, 2009 (ou année la plus proche) (Source: OCDE, Panorama de la santé 2011)



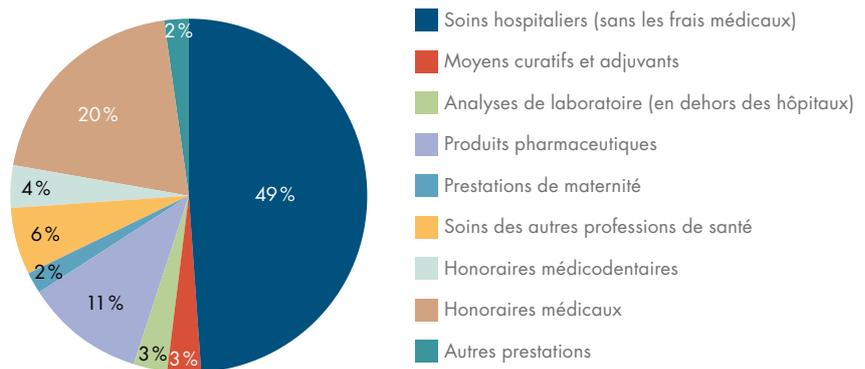
Les dépenses totales de santé sont majoritairement financées par le secteur public (recettes de l'administration centrale et cotisations sociales) qui représente en moyenne 72% du financement dans les pays de l'OCDE. Au Luxembourg, ce financement public se situe parmi les plus importants des pays de l'OCDE avec 84% du financement des dépenses de santé. Un financement solidaire élevé est une prémisses d'accessibilité financière aux soins, un bon garant de leur universalité et un contributeur à l'inclusion sociale.

• **Modalités de financement du secteur hospitalier et évolution des dépenses**

Le financement du système de santé est dualiste et relève de l'assurance maladie pour les frais d'exploitation et directement de l'État pour 80% des frais de grands investissements.

Figure n°28 : Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg, 2010

(Source : IGSS, Rapport général sur la Sécurité Sociale 2010)



Les soins hospitaliers représentent près de la moitié (49%) des dépenses pour soins de santé au Luxembourg en 2010 ; cette proportion est restée stable depuis l'introduction de la budgétisation par la loi de 1992.

Tableau n°7 : Évolution du coût des soins hospitaliers au Luxembourg, 2003-2010

(Source : IGSS, Rapports généraux sur la Sécurité sociale, données ajustées en tenant compte des dotations et prélèvements aux provisions pour prestations, et excluant les honoraires médicaux)

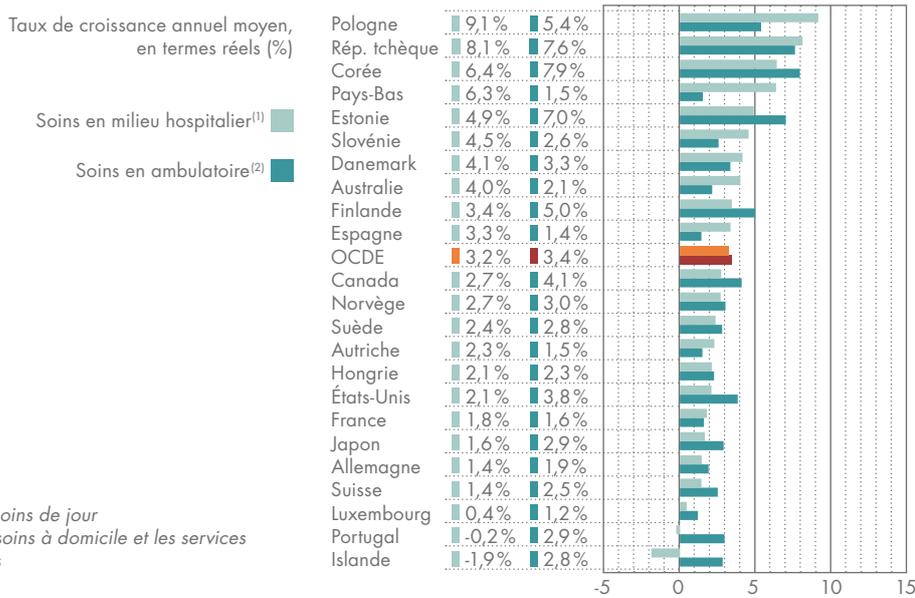
en millions €	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Frais fixes	353,6	400,3	417,3	458,0	482,8	507,3	537,7	543,7
Frais variables	90,2	109,5	113,2	118,3	129,2	131,8	134,3	141,3
TOTAL	443,8	509,8	530,5	576,3	612,0	639,1	671,9	684,9

Outre les frais fixes et variables, s’y ajoutent les frais pour grands investissements pris en charge à 80% par l’État, qui représentent en moyenne, sur la période 2001-2011, 61 826 523 €/an.



Figure n°29: Benchmark international: Évolution des dépenses de santé par habitant en milieu hospitalier et en ambulatoire, 2000-09 (ou année la plus proche)

(Source: OCDE, Panorama de la santé 2011)



(1) inclut les soins de jour

(2) inclut les soins à domicile et les services auxiliaires

Comme tous les autres modes de financement et notamment ceux aux forfaits par groupes diagnostics homogènes de malades (GHM/DRG, ex: États-Unis, Suisse, Allemagne, France), la budgétisation des hôpitaux n’a pas pu empêcher la croissance des coûts, mais, en regard des données comparatives internationales de l’OCDE, il s’agit d’une faible hausse.

Ces observations ne fournissent pas d’arguments justifiant un éventuel abandon de la budgétisation des hôpitaux.

Toutefois, la budgétisation telle qu’actuellement en place n’a pas suffisamment de leviers pour inciter à réaliser des économies. Il conviendrait de lui adjoindre de tels moyens, notamment en l’assortissant de contrats d’objectifs, de performance

et de moyens dans les différents domaines et notamment ceux pour lesquels des bénéfices peuvent être dégagés par la mutualisation tels que les services administratifs et logistiques, l'informatisation interopérable, les services supports tels que la formation continue, les cellules qualité, et certains domaines médico-techniques tels que la pharmacie et les laboratoires.

Par ailleurs, en vue de pouvoir comparer ses effets à ceux d'autres modes de financement et leurs impacts sur la maîtrise des dépenses respectives, il serait utile d'étudier les effets globaux des autres systèmes et surtout les conséquences dans les pays qui ont récemment modifié leur système de financement (*Allemagne, Suisse, Pays-Bas, France*), non seulement en termes de coûts, mais également en termes de qualité-sécurité, bénéfices (résultats de santé), équités (accès et chances) et satisfaction.

• Budgets hospitaliers

Tableau n°8: Distribution des budgets accordés par la CNS, par établissement, 2010 (Source: CNS)

Établissements	Budget alloué en euro	% du total	Part des frais de personnel dans total des frais	Part des frais variables dans total des frais
CHdN	96.045.000€	13,2%	64,2%	15,6%
CHL	171.562.000€	23,6%	58,7%	21,5%
CHK: HK	101.610.000€	14,0%	57,7%	19,3%
CHK: CBK	16.163.000€	2,2%	61,2%	8,1%
ZITHA	68.489.000€	9,4%	59,2%	22,0%
CHEM	169.307.000€	23,3%	67,1%	18,8%
CSM	20.062.000€	2,8%	69,9%	13,7%
INCCI	16.798.000€	2,3%	35,2%	45,8%
CFB	4.315.000€	0,6%	59,2%	10,5%
CHNP	34.042.000€	4,7%	77,5%	3,9%
RHZ	23.550.000€	3,2%	55,4%	3,7%
HIS	4.637.000€	0,6%	84,0%	4,6%
TOTAL	726.580.000€	100,0%	61,9%	18,2%

NB: les établissements de convalescence (Colpach) et de cures thermales (Mondorf) sont indemnisés sur base tarifaire ou forfaitaire.

Jusqu'en 2011, la CNS négociait annuellement les budgets avec les établissements hospitaliers pour leurs frais d'exploitation.

La **loi portant réforme du système de santé** (17 décembre 2010) a introduit la **notion de budgets hospitaliers bisannuels**, amenant les hôpitaux à planifier leur évolution et à définir au mieux leur stratégie.

Le taux de progression de l'enveloppe budgétaire globale bisannuelle est fixé par le Gouvernement sur proposition de l'IGSS.

À cette enveloppe peut s'ajouter un complément, jusqu'à **2% de budget supplémentaire**, sous forme « d'**incitants qualité** » en fonction du résultat de la participation des établissements au programme « qualité » dont le contenu est négocié entre la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois et la CNS.

Par avis du 20 septembre 2012 au sujet de la fixation de l'enveloppe budgétaire globale, la CNS remarque : « *Afin que le système d'enveloppe budgétaire globale puisse jouer son rôle de mécanisme de pilotage à long terme, il est indispensable de le compléter par des mécanismes de contentement de l'offre extrahospitalière* ».

Les frais du secteur hospitalier ne comprennent ni les frais médicaux, 2^e poste des dépenses de la CNS (16,2% en 2003, 17% en 2010), ni les autres frais du secteur extra-hospitalier où l'on note les accroissements les plus spectaculaires, ni les frais pour prestations à l'étranger (16,2% en 2003, 18% en 2010) dont l'évolution, notamment avec l'entrée en vigueur de la directive européenne relative aux soins de santé transfrontaliers, est difficile à prévoir dans son ampleur.

• **Constats**

En dehors de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse Nationale de Santé n'a pas de maîtrise sur les autres **mécanismes générateurs de frais**, imputables notamment au conventionnement automatique, aux conventions collectives, aux tarifs des soins à l'étranger.

Pour exemple, entre 2002 et 2010, la croissance des médecins généralistes a été de 36% et celle des médecins spécialistes de plus de 40% (IGSS, *Rapport général sur la sécurité sociale 2010*, p.81), alors que celle de la population était de 13%.

Au Grand-Duché, il est observé une forte **croissance du nombre de prestataires et de prescripteurs**. Le conventionnement des prestataires n'est pas basé sur une analyse des besoins de santé de la population résidente, ni sur des temps d'attente, ni sur des standards de prise en charge permettant d'évaluer le besoin réel de prestataires.

Cette croissance est imputable :

- au libre établissement, garanti par les directives de libre circulation de l'Union Européenne,
- au conventionnement automatique et obligatoire des prestataires de santé au GDL,
- à la faculté discrétionnaire des organismes gestionnaires des hôpitaux pour agréer librement les spécialités médicales qu'ils souhaitent développer (51 différentes), et le nombre de médecins associés,
- à l'attractivité des honoraires médicaux par rapport aux pays avoisinants,
- à l'absence de politique de recrutement médical et des autres professions de santé.

La santé est par définition une notion extensible. La société évoluant vers le refus de la mort et de la maladie, les citoyens demandant les dernières technologies sans pour autant considérer leur intérêt diagnostic ou thérapeutique ainsi que leur coût, le nombre de procès augmentant, la tendance de prescription par précaution et protection se met en place, engendrant de nouveaux coûts. À cela s'ajoutent une liberté thérapeutique totale, une absence de contrôles d'indications et de pertinence, des mécanismes inexistant de détection, de prévention et de corrections (automatiques) d'éventuels abus, par conséquent les **risques d'évolution non maîtrisée des budgets hospitaliers** existent.

Une **augmentation des activités hospitalières** est constatée. Toutefois, elle ne peut être considérée comme cela est trop souvent le cas, comme le seul reflet des besoins de santé de la population. En réalité elle est, probablement **en partie, l'effet de la croissance du nombre de prestataires** (l'offre générant la demande).

2.5 Gouvernance du secteur hospitalier

• Gouvernance nationale du secteur hospitalier

(Sources : Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, Plan Hospitalier National 2009, www.sante.lu)

Tableau n°9: Gouvernance nationale du secteur hospitalier: organes et missions

Organes	Missions relatives aux établissements hospitaliers
Ministère de la Santé Attributions non fixées par une loi (Sources : www.gouvernement.lu et www.sante.lu)	<ul style="list-style-type: none">- Conception du système de santé (législation, organisation et structures de santé), dont législation hospitalière,- Règlements d'exécution dont plan hospitalier,- Autorisations d'exploitation des hôpitaux et services,- Gestion des projets de modernisation du fonds spécial des établissements hospitaliers,- Législation sur les professions de santé et autorisations d'exercer.
Direction de la Santé Attributions fixées par la <i>loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la Santé</i>	<ul style="list-style-type: none">- Étudier les problèmes concernant la santé publique,- Conseiller les autorités publiques et les collectivités sur les questions de santé,- Veiller à l'observation des dispositions légales et réglementaires,- Assurer le contrôle de la situation sanitaire du pays,- Prendre les mesures d'urgence nécessaires à la protection de la santé,- Collaborer sur le plan national et international à l'élaboration et à l'application de la politique sanitaire.- La division de médecine curative a compétence pour toutes les questions concernant la planification des moyens et équipements de soins et la formation et l'exercice des professions de santé.
Commissaire de Gouvernement aux hôpitaux Attributions fixées par la <i>loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers</i>	<ul style="list-style-type: none">- Contrôler l'affectation des subventions publiques,- Contrôler la gestion administrative et financière des hôpitaux,- Faire des propositions en relation avec une meilleure utilisation des ressources,- Faciliter les projets d'intérêt commun des établissements hospitaliers,- Tenir, sur base des informations à fournir par les établissements hospitaliers, le registre des médecins agréés dans les différents services hospitaliers- Établir un rapport annuel sur ses missions.

Organes (suite)	Missions relatives aux établissements hospitaliers (suite)
<p>Commission permanente pour le secteur hospitalier <i>(missions amendées par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers)</i></p>	<p>Rendre des avis sur les :</p> <ul style="list-style-type: none"> - projets de plan hospitalier national, - demandes d'aides financières, - demandes d'autorisation, de cessation d'exploitation totale ou partielle ainsi que de suppression ou de réduction de services hospitaliers, - projets de règlements applicables aux établissements hospitaliers, - projets d'établissement.
<p>Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières <i>(fonction introduite par le Plan Hospitalier National 2009)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procéder à la coordination au niveau national des structures hospitalières d'évaluation et d'assurance qualité, - Procéder à une évaluation commune des événements indésirables survenus au sein des établissements hospitaliers du pays en vue d'élaborer des recommandations à l'attention des établissements, - Élaborer et diffuser des recommandations à l'attention des établissements, incluant des lignes directrices pour l'évaluation de la qualité, et évaluer l'implémentation de ces recommandations au sein des établissements, - Élaborer et mettre en place un système d'échange et de signalement rapide entre hôpitaux de problèmes de qualité et d'événements indésirables importants.
<p>Inspection Générale de la Sécurité sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à la pérennité des prestations sociales, via la surveillance des différentes gestions, et notamment à l'équilibre de l'assurance maladie (dont les hôpitaux sont un des grands centres de frais) via e.a. la quadripartite.
<p>Caisse Nationale de Santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Financement des soins de santé, selon les dispositions légales et les statuts dont : <ul style="list-style-type: none"> - budgétisation hospitalière y compris les « incitants qualité », - prestations des médecins y compris à l'hôpital.
<p>Contrôle médical de la Sécurité sociale <i>(Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Constater au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la CNS par voie informatique [...] toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire, - Donner les autorisations aux usagers pour soins à l'étranger - Contrôler les consommations de soins de santé des assurés - Contrôler les arrêts pour congé maladie

Organes (suite)	Missions relatives aux établissements hospitaliers (suite)
Cellule d'expertise médicale <i>(introduite par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé)</i>	<ul style="list-style-type: none">- Proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, en produire une définition complète et en préciser les indications et les conditions d'application,- S'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance-maladie,- Collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale et à leur promotion auprès des professionnels de la santé,- Analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier,- Assurer le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.
Commission de nomenclature	<ul style="list-style-type: none">- Fixer les tarifs des actes y compris à l'hôpital. De fait, elle joue un rôle dans l'évolution des activités des prestataires médicaux et autres professionnels de santé.

• Constats et Observations

Si la loi précise que le Ministre ayant dans ses attributions la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers, le tableau qui précède illustre que la gouvernance du secteur hospitalier relève de l'intervention de nombreux acteurs.

Hormis les missions et responsabilités fixées à la loi pour le Commissaire aux Hôpitaux et la Commission Permanente pour le secteur hospitalier, celles des autres acteurs ne sont pas précisées dans des textes législatifs.

Si récemment le Ministre a mis en place et préside un comité de pilotage entre représentants de l'IGSS, de la CNS et du Ministère et de la Direction de la Santé, il n'y a pour autant pas de gouvernance dédiée spécifiquement au secteur hospitalier.

« Les mécanismes semblent insuffisants pour guider le développement du secteur hospitalier à moyen et à long terme [...] Il serait opportun de réfléchir sur une gouvernance commune [...] » ...et dédiée?

(Avis de la CNS du 20 septembre 2012 sur le rapport d'analyse prévisionnel en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire)

« Good governance enhances health system performance through transparency and accountability. Informing policies and programs by evidence on health system performance and the impact of implemented actions are key instruments of good governance. » (Source: WHO Europe, Health 2020, Health systems and strategic objectives)

« Les pouvoirs publics ne gèrent ni ne commandent directement ces systèmes; ils leur donnent des orientations. Ils définissent des buts et des objectifs ainsi que les règles devant être respectées pour les atteindre. Il faut fixer des orientations politiques stratégiques, assurer une réglementation valable et des outils appropriés pour la mettre en œuvre, et favoriser la production des informations exploitables sur la performance du système de santé nécessaires pour garantir la responsabilité et la transparence.

La direction du système de santé consiste notamment à donner des impulsions et à sensibiliser les parties prenantes en vue d'influencer et de coordonner l'action menée avec d'autres.

Il incombe aux responsables de la direction du système de santé de :

- *plaider pour définir le concept et la stratégie à utiliser pour le concrétiser ;*
- *utiliser des informations utilisables lors de la définition du modèle et de l'évaluation des résultats ;*
- *diriger le système de santé en se fondant sur des valeurs et une éthique, et mobiliser ses pouvoirs légaux et réglementaires pour atteindre ses buts ;*
- *veiller à ce que ce système soit conçu de telle façon qu'il puisse s'adapter à une évolution des besoins ;*
- *collaborer et mettre en place des coalitions pour atteindre les buts du système de santé. »*

(Source: OMS-Europe: Rapport sur la Santé en Europe 2009, p.155-161)

« Il est nécessaire de mesurer, d'évaluer et de surveiller la performance des systèmes de santé pour maximiser les améliorations de la santé et du bien-être social » (Source: OMS-Europe: Rapport sur la Santé en Europe 2009, p.109)

Il revient aux autorités de tutelles de mesurer et de comparer les performances, les progrès accomplis et de mettre en place ou de revoir les démarches d'amélioration pour assurer la pérennité du système. Cette démarche ne peut se passer d'un **système d'information hospitalier structuré** en mesure de fournir des renseignements suffisamment valides et cohérents par rapport au **cadre conceptuel formalisé** connu de tous les acteurs de la santé (tutelles, professionnels, prestataires et usagers) et auquel ils peuvent se référer et se rallier comme projet et dénominateur commun.

• Gouvernance interne des établissements hospitaliers

(Source : Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers)

Tableau n°10: Gouvernance interne des hôpitaux: organes et missions

Organes	Missions
Organisme gestionnaire (Loi 1998 art.20)	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la direction générale de l'activité hospitalière sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, - Définir la politique de l'hôpital dans le respect des lois, règlements et conventions, - Assurer, selon le statut juridique de l'hôpital, la gestion et l'exploitation de l'hôpital.
Directeur, chefs de département, conseil de direction (Loi 1998 art.20-29)	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la direction de l'hôpital. <p>Le directeur est assisté de chefs de département dans les structures de plus de 175 lits pour les départements soins, médical et administratif.</p> <p>Possibilité d'instituer un conseil de direction.</p>
Conseil médical (Loi 1998 art.30)	<ul style="list-style-type: none"> - Représenter les médecins, les pharmaciens et chefs de laboratoire exerçant à l'hôpital en donnant des avis sur tout ce qui touche à l'exercice médical au sein de l'institution.
Médecins-coordonateurs (Loi 1998 art.29)	<ul style="list-style-type: none"> - Participer, au sein du département médical, au développement et à la coordination de l'activité médicale d'un service ou groupement de services hospitaliers et veiller : <ul style="list-style-type: none"> - au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations, - à la standardisation de la prise en charge des patients, - à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Les établissements hospitaliers sont représentés par la **Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois** (FHL) qui a pour objet « *le groupement des établissements hospitaliers luxembourgeois, la défense de leurs intérêts professionnels et réalisation sous toutes ses formes du progrès hospitalier, pour concourir notamment au bien-être des patients* ». La FHL négocie les conventions de financement avec la CNS et les contrats collectifs avec les syndicats. Elle rend compte de ses activités à travers sa publication trimestrielle et son site internet (www.fhlux.lu).

Par ailleurs, le **médecin hospitalier** est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration (*avant = contrat d'agrément*). Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical. Il respecte le cadre défini par le règlement général de l'établissement, participe à la continuité des soins et des gardes, déclare et documente ses prestations effectuées à l'hôpital, participe à la démarche qualité et à la prévention des risques, utilise de manière efficiente les ressources disponibles (*Loi 1998, art.31*). Au niveau de la gouvernance locale, les intérêts des médecins sont représentés par le conseil médical et c'est leur syndicat national et unique, l'**Association des Médecins et Médecins-Dentistes** (AMMD), qui est l'interlocuteur auprès de la gouvernance centrale et du Ministre de tutelle. C'est elle qui négocie la nomenclature des actes médicaux ainsi que la convention avec la Caisse Nationale de Santé.

En l'absence d'objectifs généraux et d'indicateurs de mesure à destination de la gouvernance hospitalière locale fixés au niveau national, celle-ci rend compte de ses performances selon son point de vue. Certains établissements publient des rapports d'activité d'excellente qualité, mais vu l'absence d'instructions sur les données à publier et celle de système d'information harmonisé et validé, la redevabilité de leur responsabilité est laissée à discrétion. Il faut toutefois noter que s'expriment désormais des attentes de la part de ces acteurs de recevoir de la part des tutelles des lignes directrices claires sur leurs missions, objectifs à atteindre, ainsi qu'une transcription dans la loi d'un mandat leur donnant la légitimité pour agir.

2.6 Éléments de prospective et propositions

• **Cadre conceptuel** (cf tableau joint ci-après)

- Rappeler les **prérequis** (raisons d'être de l'hôpital, politique voulue, rôle dans le système de santé national, missions) de façon explicite dans un **cadre (conceptuel) de référence** servant de dénominateur commun à tous et dont ressortent les **objectifs**, bien définis, pour cibler ces **axiomes**.
- Mettre en place et décliner des **indicateurs**, conformes aux acquis de la science et permettant des **comparaisons internationales** (ECHI, OMS, OCDE) pour **évaluer** ces objectifs.
- Veiller à disposer en temps utile des **données nécessaires, pertinentes, fiables et robustes** pour alimenter les indicateurs de suivi via un **cockpit de tableaux de bord** reflétant le cadre conceptuel.
- Utiliser le cadre conceptuel et ses instruments pour la **gouvernance** et son **pilotage**, ainsi que pour la **planification** et rendre compte **publiquement**.

• **Législation**

- **Harmoniser** les législations et réglementations qui impactent le secteur hospitalier et suivre leurs applications, revoir les mécanismes à l'origine des **conflits de logique** (ex: planification-nomenclature) et des inefficiences dans le système et adapter les régulations, dispositions et stipulations.
- **Actualiser** certaines législations devenues obsolètes (ex: service d'urgence des hôpitaux).
- À l'instar du code de la sécurité sociale, faire évoluer le **code de la santé en code loi**, respectivement **fusionner les codes** précités pour prévenir des incohérences comme notamment celles qui limitent l'impact du plan hospitalier.

• **Financement**

- Introduire la notion de **contrats d'objectifs et de moyens** liés aux **performances** et aux **résultats** au sein des systèmes de financement en place (budgétisation hospitalière et incitants qualité, tarification des actes médicaux),
- **Maîtriser** l'évolution du nombre de **prescripteurs** et du volume des **prescriptions** ; informer les praticiens de leurs productions de coûts.
- **Inciter** à la pratique, à résultat équivalent, de prises en charges moins onéreuses notamment **ambulatoires** et **monitorer** notamment l'**évolution des raisons d'hospitalisation** pour détecter et **prévenir** des **hospitalisations inadéquates** (voir Fascicule 2).
- Insuffler une dynamique d'**amélioration continue** au mécanisme des **incitants- qualité**, et y associer tous les acteurs qui contribuent à ce processus.

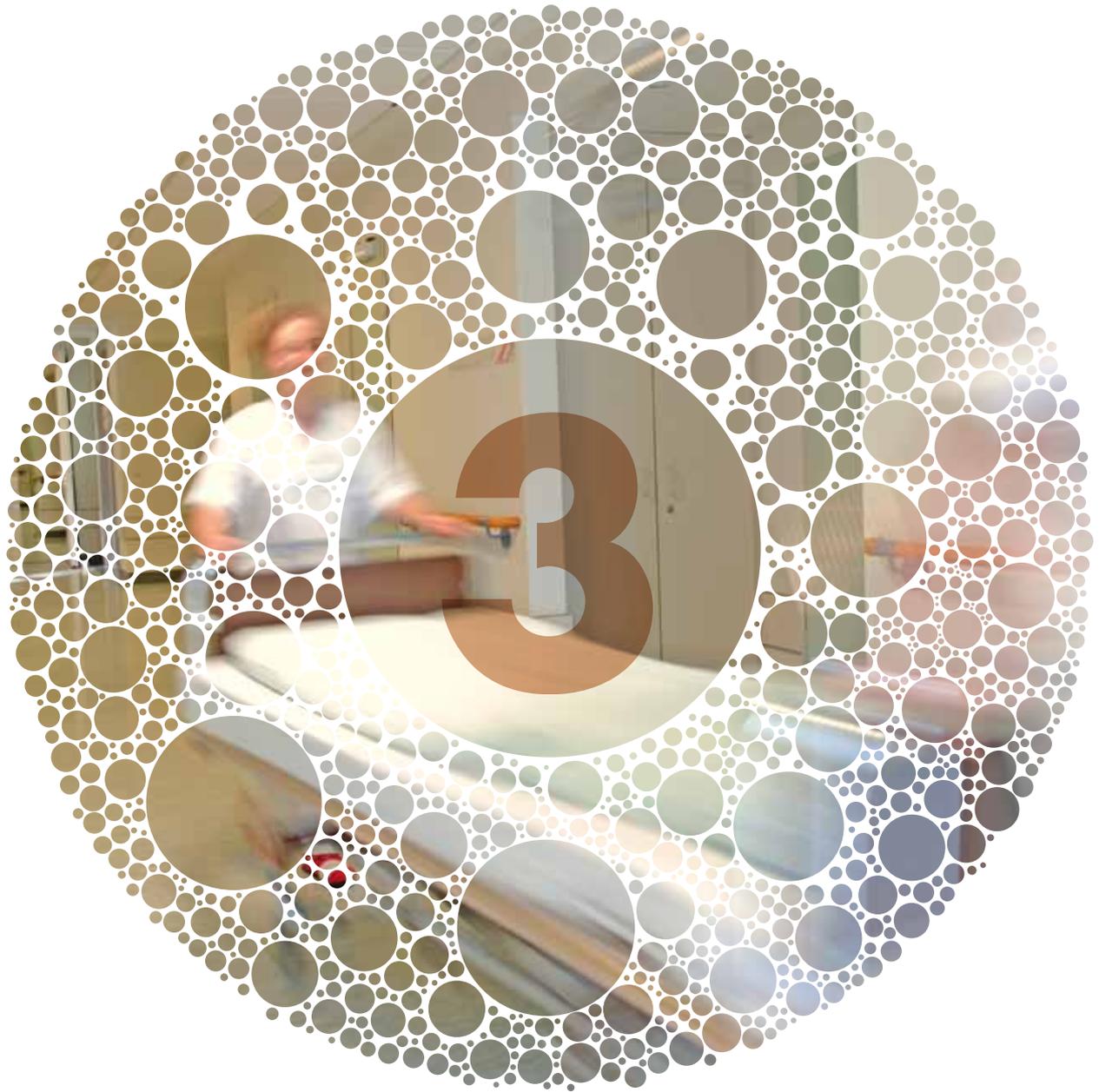
• **Gouvernance**

- Mettre en place le cadre conceptuel de référence et ses tableaux de bord, (voir exemple ci-après) et orienter la **gouvernance par objectifs** avec une **attribution claire** pour les différents intervenants des **missions**, des **responsabilités**, des **modalités de fonctionnement** (y compris les mécanismes de concertation et de collaboration).
- Scruter le modèle de gouvernance en place quant à son efficacité et ses possibilités de pilotage ainsi que ses **potentialités d'amélioration** pour relever les défis incontournables à un **développement pérenne du système** et envisager des évolutions à terme.
- Mettre en place, au niveau de la gouvernance centrale et des établissements hospitaliers, un **système d'information hospitalier valide et exhaustif**, avec un **cockpit de pilotage** qui permet le suivi des indicateurs en fonction de l'atteinte des objectifs (métiers, financiers, à l'égard du patient) et des performances comparées (acquis de la science, pays avoisinants),
- Consolider les **données existantes**, les **élargir**, réglementer leurs supports (dossiers patient ; tableaux de bord des entités d'activité tels que service d'urgence, salle d'accouchement...) et faciliter leurs **interopérabilités**, de sorte qu'elles puissent effectivement servir de base aux **stratégies de développement** du secteur et au cadrage du conventionnement avec les prestataires.
- Améliorer la **transparence** à tous les niveaux via notamment des rapports d'activité, publiquement accessibles ; associer les rapports (bis)annuels des établissements hospitaliers à la budgétisation et au contexte des conventions d'objectifs et de performance.

Tableau n°11 : Proposition de cadre conceptuel et tableau de bord pour la planification et la gouvernance hospitalières

AXIOMES	OBJECTIFS	INDICATEURS (exemples, non exhaustifs) <i>(indicateurs internationaux à privilégier)</i>
UNIVERSALITÉ EQUITÉ (de chances)	Accès aux soins en termes : - financier - géographique (distances) - de délais et temps d'attente	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de population ayant accès à l'offre de soins et taux de population protégée - Accès à un prestataire de soins primaires 24h/24, 7j/7 - Besoins de santé insatisfaits - Taux de financement des soins de santé restant à charge des patients not. chroniques - Durée d'accès au service d'urgence le plus proche - Délais d'attente: avant consultation, examen, intervention chirurgicale... - Temps d'attente: aux urgences...
GÉNÉROSITÉ SOLIDARITÉ	Panel d'offres Assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Offre Promotion, prévention (vaccination, dépistage), soins curatifs, maintien de l'autonomie, soins palliatifs - Taux de dépenses « out of pocket » versus publiques / dépenses totales de santé
BÉNÉFICES RÉSULTATS EFFICACITÉ	Santé de la population	<ul style="list-style-type: none"> - État de santé général perçu - Comportements sanitaires: consommation tabac, alcool, pratique activité physique, dépendances - Morbidité: incidence/prévalence des pathologies ou évènements ou facteurs de risque (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires... / AVC, IAM... / obésité, faible poids à la naissance...) - Mortalité (dont infantile, périnatale) / prématurée (années potentielles de vie perdues-APVP) - Espérance de vie / en bonne santé, sans incapacité
	Devenir des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats de prise en charge et destinations à la sortie - Qualité et taux de survie (ex. à 5 ans pour cancer: sein, colorectal) - Taux de mortalité à 30 jours après admission pour IAM ou AVC

AXIOMES (suite)	OBJECTIFS (suite)	INDICATEURS (suite)
QUALITÉ DES SOINS	Innocuité – sécurité	<ul style="list-style-type: none"> - Registres et Cartographie des risques & vigilances, - Nombre et rapports de signalement d'évènements indésirables, - Taux d'infections nosocomiales, chutes, escarres, complications iatrogènes
	Continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'utilisation/pénétration du dossier patient partagé, - Taux de réadmission pour hospitalisations évitables: asthme, schizophrénie/troubles bipolaires, insuffisance cardiaque - Disponibilité de lits de soins de longue durée
	Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de conformité aux recommandations cliniques - Taux de césarienne / accouchement provoqué
	Satisfaction des usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de satisfaction (ex. après la sortie de l'hôpital)
EFFICIENCE	Finançabilité / Viabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Dépenses de santé/habitant, en proportion du PIB, pyramide des âges, situation économique
	Optimisation organisationnelle / Rationalisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de chirurgie ambulatoire, taux d'hospitalisation de jour - Durée moyenne de séjour, taux d'occupation des lits - Nombre de médecins par disciplines / Densité de médecins - Nombre de passages aux urgences qui auraient dû être traités en maisons médicales - Taux d'hospitalisations inadéquates
JUSTICE	Respect des droits des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports sur l'application et le suivi des législations afférentes - Nombre de plaintes enregistrées
	Transparence	<ul style="list-style-type: none"> - Publication/diffusion des indicateurs au grand public
GOVERNANCE	Responsabilité / Redevabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports structurés, validés et d'accès public des missions des autorités et des prestataires
	Pilotabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des interventions des tutelles



Chapitre 3

Inventaires des ressources hospitalières

3.1	Panorama hospitalier actuel	119
3.2	Capacités d'hospitalisation	124
3.3	Services hospitaliers	131
3.4	Équipements hospitaliers	134
3.5	Ressources humaines hospitalières	139
3.6	Éléments de prospective et propositions	166

Compléments descriptifs et d'analyses

- **Fascicule 1:** Établissements hospitaliers du GDL
- **Fascicule 2:** Recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (ICD 10)
- **Fascicule 3:** Activités médico-techniques
- **Fascicule 4:** Focus sur des prises en charge spécifiques: Transferts à l'étranger – Rééducation et convalescence – Gériatrie – Soins palliatifs

3.1 Panorama hospitalier actuel

En 2012, il est dénombré **14 établissements hospitaliers** au Grand-Duché de Luxembourg offrant les activités suivantes :

- **8 ÉTABLISSEMENTS AIGUS :**

- **6 établissements généraux :**

- 5 Centres hospitaliers :

- Centre Hospitalier du Nord (CHdN)
- Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)
- Centre Hospitalier du Kirchberg (CHK)
- ZithaKlinik (ZITHA)
- Centre Hospitalier Émile Mayrisch (CHEM)

- 1 hôpital local :

- Clinique Sainte Marie (CSM)

- **2 établissements spécialisés :**

- Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI)
- Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)

- **6 ÉTABLISSEMENTS DE MOYEN SÉJOUR :**

- **1 établissement de réhabilitation psychiatrique**

- Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)

- **2 établissements de rééducation :**

- 1 établissement de rééducation gériatrique :

- Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)

NB : Le CHdN, la ZITHA et le CHEM disposent d'un service de rééducation gériatrique en leur sein.

- 1 établissement de rééducation fonctionnelle et de réadaptation :

- Rehazenter (RHZ)

- **1 établissement de convalescence**

- Colpach

- **1 établissement d'accueil pour personnes en fin de vie**

- Haus OMEGA

- **1 établissement de cures thermales**

- Centre thermal et de santé de Mondorf

Figure n°30: Cartographie des hôpitaux et régions hospitalières, 2012

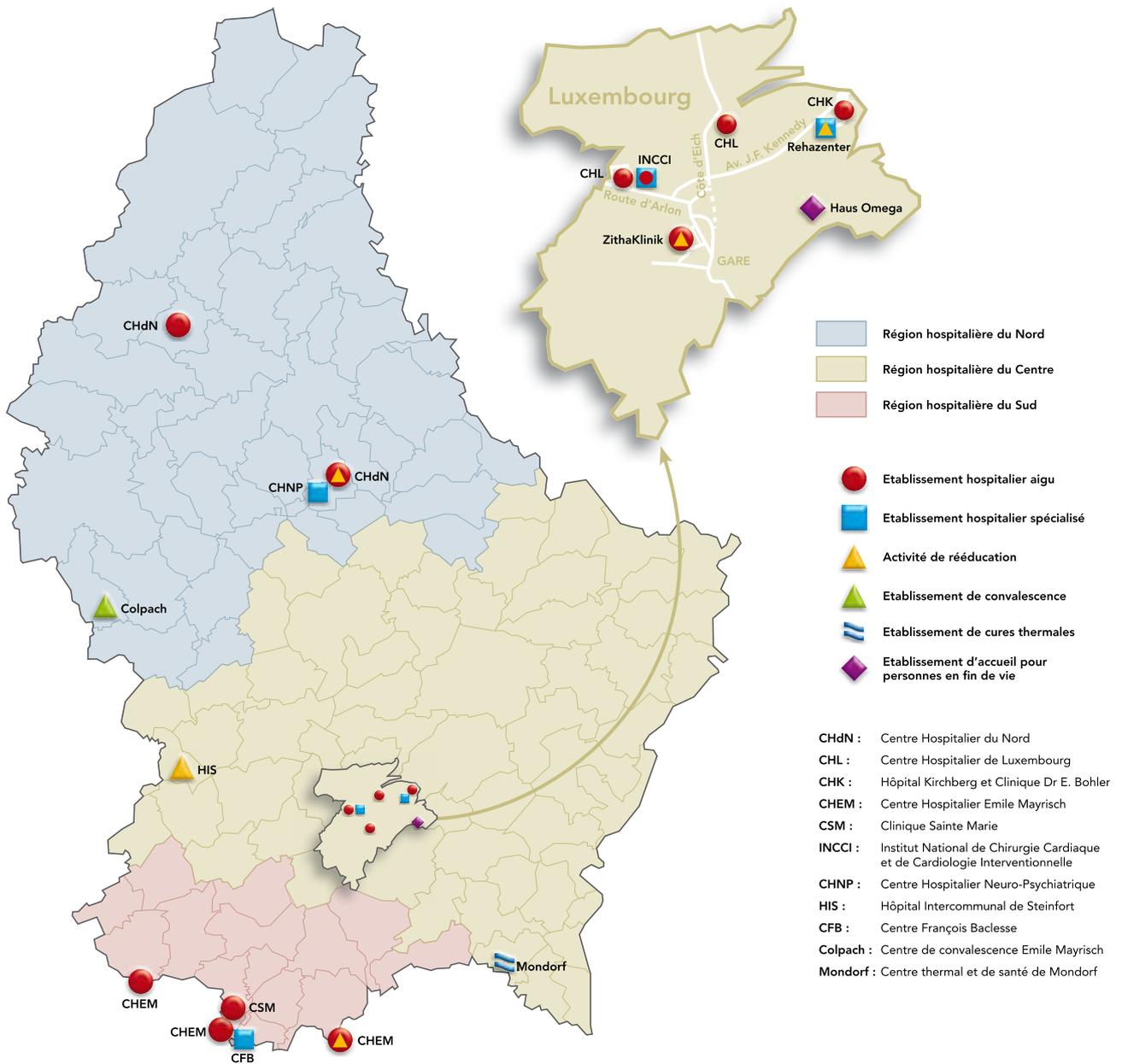


Tableau n°12: Classification des établissements et répartition des lits autorisés, 2011*(Source: Plan Hospitalier National, RGD 13 mars 2009 / Financement par la CNS de lits de soins intensifs, 2011)*

Établissements et abréviations utilisées	Localisation	Classification selon le Plan Hospitalier	Statut Juridique	Nombre de lits aigus (% total aigu) (dont lits soins intensifs - USI)	Nombre de lits de moyen séjour
Centre Hospitalier du Nord (CHdN)	2 sites : - Ettelbruck - Wiltz	Centre Hospitalier Régional	Établissement public	342 (14,9%) dont USI: 26	15 (rééduc.)
Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)	2 sites à Luxembourg : - Hôpital municipal, Maternité Grande Duchesse Charlotte, Kannerklinik - Clinique d'Eich	Centre Hospitalier Régional	Établissement public	579 (25,1%) dont USI: 57	/
Centre Hospitalier du Kirchberg (CHK)	1 site à Luxembourg : Hôpital Kirchberg et Clinique Dr E. Bohler	Centre Hospitalier Régional	HK: Fondation CBK: Société anonyme	405 (17,6%) dont USI: 22	/
ZithaKlinik (ZITHA)	Luxembourg	Hôpital général	Société anonyme	226 (9,8%) dont USI: 12	30 (rééduc.)
Centre Hospitalier Émile Mayrisch (CHEM)	3 sites : - Esch-sur-Alzette - Dudelange - Nieder Korn	Centre Hospitalier Régional	Établissement d'utilité publique	612 (26,6%) dont USI: 41	30 (rééduc.)
Clinique Sainte Marie (CSM)	Esch-sur-Alzette	Hôpital de proximité	Fondation	118 (5,1%)	/
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie interventionnelle (INCCI)	Luxembourg	Établissement de soins aigus à service national	Fondation	20 (0,9%) dont USI: 8	/
Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)	Esch-sur-Alzette	Établissement de soins aigus à service national	Association sans but lucratif	10 (lits localisés au CHEM)	

Établissements et abréviations utilisées (suite)	Localisation (suite)	Classification selon le Plan Hospitalier (suite)	Statut Juridique (suite)	Nombre de lits aigus (% total aigu) (dont lits soins intensifs - USI) (suite)	Nombre de lits de moyen séjour (suite)
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)	4 sites : - Ettelbruck - Useldange - Manternach - Diekirch	Établissement de moyen séjour à service national	Établissement public	/	237 (Réhabilitation psy.)
Rehazenter (RHZ)	Luxembourg	Établissement de moyen séjour à service national	Établissement public	/	72 (rééduc.)
Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)	Steinfort	Établissement de moyen séjour de rééducation gériatrique	Syndicat intercommunal	/	34 (rééduc.)
Centre de convalescence Émile Mayrisch (Colpach)	Colpach	Établissement de convalescence	Fondation	/	100 (convalesc)
				Lits aigus: 2302	Rééducation: 181 Convalesc.: 100 Réhab. Psy: 237
Haus OMEGA	Hamm	Établissement d'accueil pour personnes en fin de vie (Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers)	Association sans but lucratif		15 (soins palliatifs)
Centre thermal et de santé de Mondorf	Mondorf	Établissement de cures thermales	Établissement public		

NB : Le profil des établissements est détaillé au Fascicule 1 – Établissements hospitaliers du GDL

• Modernisation des infrastructures hospitalières

Toutes les infrastructures hospitalières vouées en 1998 à l'avenir du secteur, ont été modernisées ou reconstruites sur base d'un programme de modernisation nationale, unique en Europe dans cette ampleur, sur base de la loi du 21 juin 1991 autorisant l'État à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers.

L'État intervient pour 80% des frais d'investissements infrastructurels, les 20% restants sont à charge de la CNS et les organismes gestionnaires des hôpitaux interviennent, le cas échéant, pour des frais de mise à disposition de terrain à bâtir, des frais de démolition ainsi que des structures en principe non opposables (parking, auditorios, surfaces commerciales, y compris cabinets médicaux) à louer.

Tableau n°13: Rapport succinct sur la mise en œuvre de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'État à participer à la modernisation, l'aménagement ou la construction de certains établissements hospitaliers (Source: Inspection Générale des Finances et Ministère de la Santé, 01.08.2012)

Établissements concernés	Subsides étatiques libérés avant le 31.12.2011 Base: loi 21 06 1999 (Fonds hospitalier) Inclus: apports des comptes «bloqués» avant 1999		Suites Prévisions en 2012* (stades de concrétisation divers)
National			
Baclesse	23.887.984 €		Travaux clôturés en 2012
INCCI	6.606.268 €		Projet d'agrandissement en cours
Rehazenter	74.883.991 €		Travaux clôturés en 2009
Colpach	21.453.563 €		Travaux clôturés en 2012
CHNP	2.094.611 €		
Région hospitalière NORD			
CHdN	121.584.762 €		Ettelbruck réalisé (2003); Wiltz en cours
Région hospitalière CENTRE			
CHL	127.937.301 €		Modernisation Hôp. Municipal en projet Travaux Centre Mère-Enfant débutés en 2012. Travaux à Eich clôturés en 2012.
ZITHA	10.338.481 €		
CHK	143.905.292 €		Extension psychiatrie juvénile 2011
Région hospitalière SUD			
CHEM	92.808.984 €		Travaux en cours à Esch/Alzette et Dudelange, mise en sécurité prévue à Differdange, nouvel hôpital du Sud projeté pour 2020
CSM	7.910.836 €		Modernisation en cours
Total GD	633.412.073 €		
Frais accessoires	Frais d'études	11.689.232 €	
Études, experts, financiers	Int. et autres frais fin.	27.919.738 €	
	Frais d'experts	7.070.712 €	
Grand Total	680.091.755 €		

* Projets (en cours, autorisés ou en planification concrète) pour lesquels des subsides n'ont pas encore été libérés

Le coût annuel moyen des investissements du fonds hospitalier pour la période 2001-2011 est de 61.826.523 €. Aucun autre pays n'a modernisé ses infrastructures à une telle échelle et dans un tel intervalle de temps. Néanmoins pour situer ces investissements dans leur contexte, il convient de rappeler que les dépenses du budget d'exploitation pour les hôpitaux à charge de la CNS étaient en 2010 de 684,9 millions €, soit dix fois supérieures.

3.2 Capacités d'hospitalisation

Le **plan hospitalier** distingue les **lits aigus** et de **moyen séjour**. La **budgétisation** affine le classement des lits aigus (lits d'hospitalisation de soins normaux, de soins intensifs) et emplacements aigus (places de surveillance ambulatoire, hôpital de jour).

Tableau n°14: Classification des lits d'hospitalisation: rappels méthodologiques

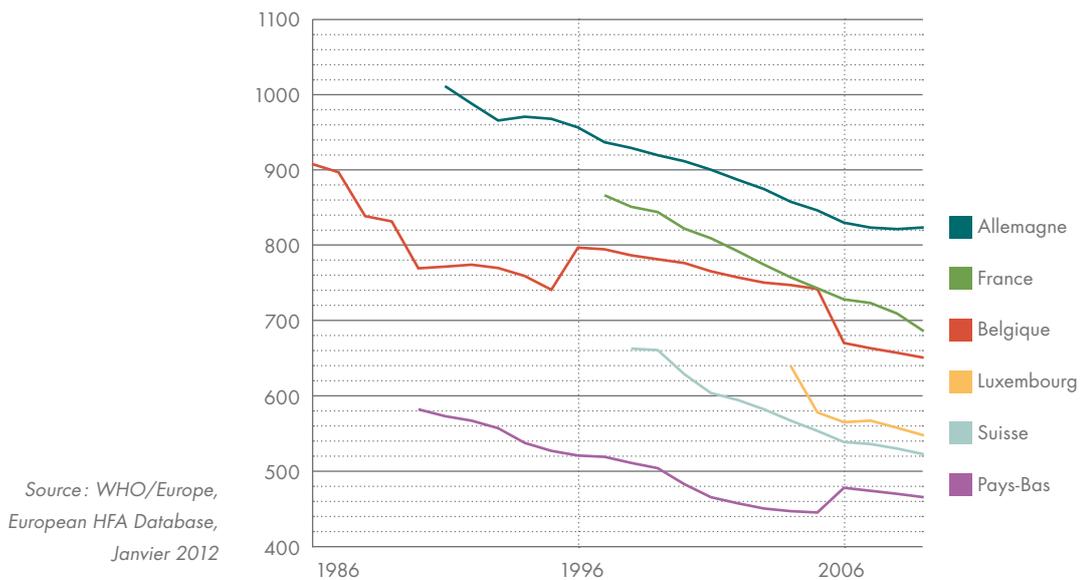
Typologie des lits	Définitions et sources
Lits autorisés / planifiés	Lits planifiés autorisés, par établissement, par le Plan Hospitalier National (RGD 13 mars 2009). Il ne s'agit pas des lits réellement ouverts et dotés en personnel (lits budgétisés) par établissement. Le nombre de lits autorisés peut être différent de la réalité.
Lits de soins normaux	Lits acceptés par la CNS dans les budgets hospitaliers, dotés en personnel, ne nécessitant pas d'équipements pour surveillance intensive des patients.
Lits de soins intensifs	Lits acceptés par la CNS dans les budgets hospitaliers, spécifiquement dotés en personnel, nécessitant des équipements pour la surveillance intensive des patients.
Lits porte	Un lit porte permet d'installer temporairement un patient dont l'état le nécessite dans un lit situé au sein du service des urgences, de faire les examens complémentaires pour aboutir au diagnostic et prendre aussi la décision d'une hospitalisation si besoin. Ces lits ne sont pas comptabilisés dans les lits autorisés et ne donnent pas lieu à facturation hospitalière (Source: <i>Étude Polyclinique CNS 2011</i>).
Lits de rééducation	Lits de rééducation autorisés par le Plan Hospitalier National 2009.
Lits de convalescence	Lits de convalescence autorisés par le Plan Hospitalier National 2009.
Lits de psychiatrie	Le Plan Hospitalier National 2009 précise le nombre de lits de réhabilitation psychiatrique (CHNP) et le nombre de lits des services nationaux de psychiatrie infantile (CHL) et de psychiatrie juvénile (CHK). Les lits de psychiatrie générale dans les centres hospitaliers aigus sont inclus dans les lits de soins normaux.
Places de surveillance ambulatoire	Emplacements (fauteuil ou brancard) permettant d'accueillir un patient pour un acte médico-technique réalisé en entrée et sortie le jour même. Ces places ne sont pas définies au plan hospitalier 2009 mais sont négociées entre la CNS et l'hôpital lors de la négociation budgétaire.

Tableau n°15 : Répartition des lits autorisés par type d'activité et ratio pour 1 000 habitants, 2009

(Sources : Plan Hospitalier National, RGD 13 mars 2009; STATEC, population au 01.01.2009)

Activité	Établissements	Nombre de lits autorisés au PHN	Nombre d'habitants	Ratio Lits / 1 000 habitants
Aigu <i>(établissements généraux aigus, hors INCCI, hors rééducation)</i>	Région Nord: CHdN	342	78.028	4,38
	Région Centre: CHL, CHK, ZITHA	1.210	261.620	4,63
	Région Sud: CHEM, CSM	730	153.852	4,74
Sous-total aigu <i>(hors INCCI)</i>		2.282	493.500	4,62
INCCI	INCCI	20	493.500	0,04
Total aigu <i>(avec INCCI)</i>	Tous établissements aigus	2.302	493.500	4,66
GDL rééducation <i>(hors convalescence)</i>	Rééduc gériatrique CHdN, ZITHA, CHEM + HIS, RehaZenter	181	493.500	0,37
GDL Réhab.psy	CHNP	237	493.500	0,48
Total GDL <i>(Total lits hors convalescence)</i>	CHdN, CHL, CHK, ZITHA, CHEM, CSM, INCCI, HIS, RehaZenter, CHNP	2.720	493.500	5,51

Figure n°31 : Benchmark international: Lits d'hôpitaux pour 100.000 habitants, 1986-2009



Le graphique qui précède illustre l'évolution des lits hospitaliers (*aigus et moyen séjour*) au Grand-Duché par rapport aux pays voisins et montre que **le GDL a une densité de lits inférieure à celle de ses voisins allemands, français et belges.**

En revanche, le nombre de lits de long séjour est plus élevé au Luxembourg.

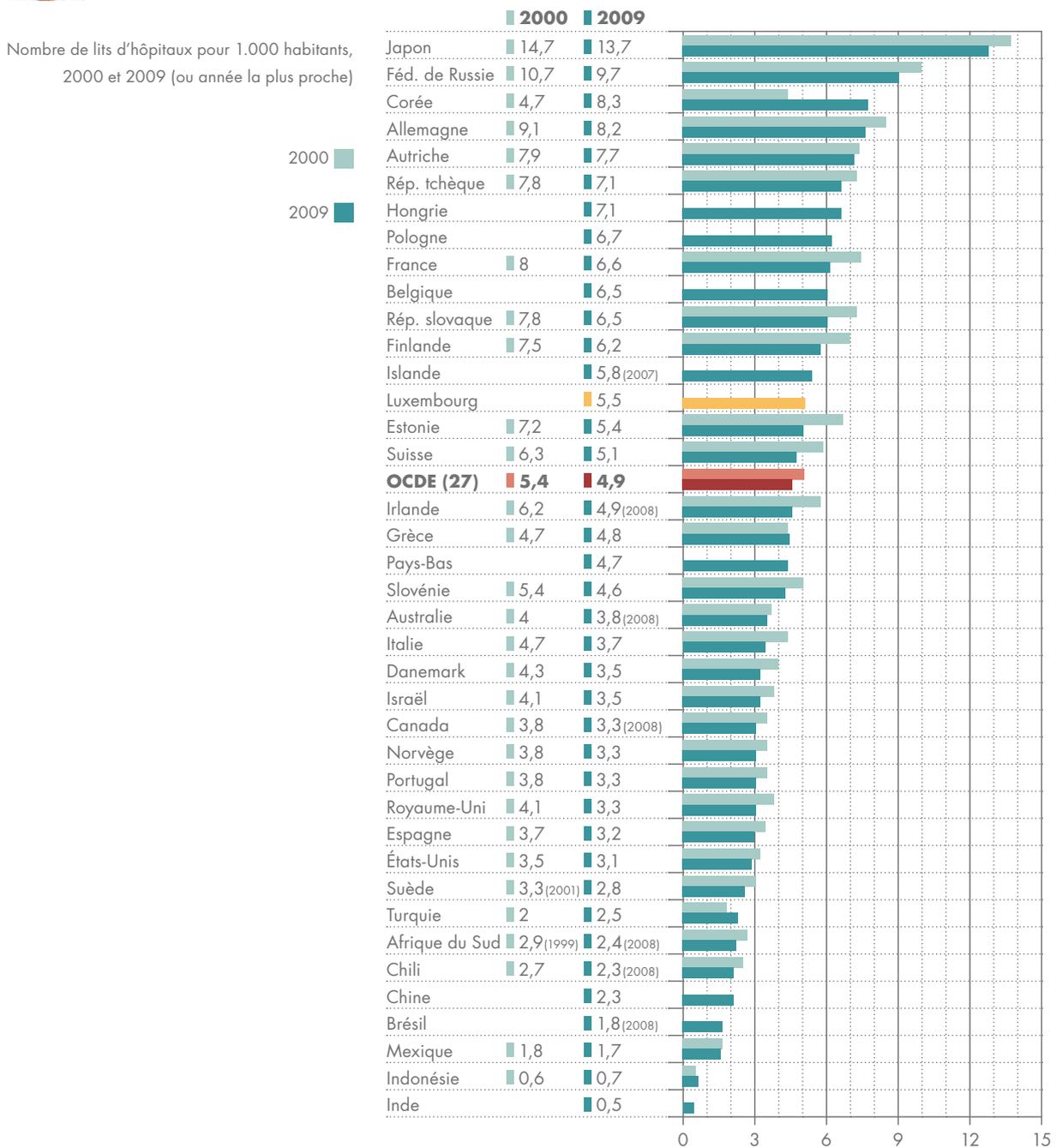
Les évolutions du cadre législatif et de la **planification hospitalière** ont permis une **restructuration** et une **gradation de l'offre** des divers établissements hospitaliers, avec notamment :

- une **répartition spatiale assez harmonieuse des infrastructures hospitalières** au sein des territoires permettant ainsi de **répondre aux besoins** de la population notamment en termes de **proximité** et d'**accès en cas d'urgence**,
- une **gradation**, du moins partielle, **des niveaux de prise en charge** entre établissements,
- un certain **développement des coopérations** inter-établissements (*ex: hôpital de garde-INCCI; psychiatrie aiguë-CHNP*).



Figure n°32: Benchmark international: Lits d'hôpitaux pour 1.000 habitants, 2000 et 2009

(ou année la plus proche) (Source: OCDE, Panorama de la santé 2011)



Selon la définition de l'OCDE, « on entend par lits d'hôpitaux tous les lits régulièrement ouverts et dotés en personnel qui sont immédiatement disponibles pour utilisation. Le terme englobe les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques, et autres hôpitaux spécialisés. Il ne prend pas en compte les lits des maisons médicalisées et de soins avec hébergement ». (Source: OCDE, Panorama de la santé 2011, p.84)

Pour le Luxembourg, les lits renseignés sont les lits autorisés par le Plan Hospitalier 2009 et non les lits réellement occupés.

En comparaison, le Luxembourg, avec ses 5.5 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, a des capacités d'hospitalisation un peu plus élevées que la moyenne des pays de l'OCDE (4.9), mais moins élevées que ses voisins allemands (8.2), français (6.6) et belges (6.5).

• Constats, observations et prévisions

Au 1^{er} janvier **2012**, le Grand-Duché comptait 524 853 habitants (Source: STATEC). Le nombre de lits planifiés étant resté identique (Plan Hospitalier 2009), le **ratio de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants** se situe actuellement à **5,2** lits totaux pour 1 000 habitants et **4,4 lits aigus pour 1 000 habitants**.

Alors que d'autres pays ont été amenés à fermer des lits, ce ne fut pas le cas pour le Luxembourg, la diminution du ratio des lits se faisant naturellement par augmentation de la population et par conversion de lits aigus. Pour exemple, le plan hospitalier de 1994 avait fixé un taux plancher de 5 lits aigus pour 1 000 habitants, ce qui a donné lieu à une conversion des lits aigus excédentaires en lits de long séjour dont le besoin était crucial lors de la mise en œuvre de l'Assurance Dépendance et en 2001 à une conversion des lits aigus en lits de rééducation gériatrique pour prendre en charge les problèmes de santé en lien avec le vieillissement.

Le Plan Hospitalier National 2009 (art. 15), prévoit que « le Ministre peut décider de la création de lits supplémentaires par dépassement du nombre de lits planifiés si comme suite à l'évolution démographique le nombre de lits aigus pour 1 000 habitants tombe au sein d'une région hospitalière en-dessous de 4 pour 1 000 habitants »

Pour **2020**, le Statec prévoit 578 103 habitants (*Portail statistique de la Grande Région*); si le nombre de lits reste inchangé, hypothèse accréditée du fait qu'à ce jour, il n'est pas envisagé de créer des lits supplémentaires, le **ratio de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants passera à 4,7** lits totaux et **4,0 lits aigus**.

Cette même projection prévoit 613 409 habitants pour 2025 respectivement 646 740 habitants pour 2030. En effet selon les prévisions de croissance de population réalisées par Eurostat, le Grand-Duché réaliserait la croissance démographique 2010/2030 la plus soutenue (+ 24,7%) en Europe (devant Chypre 21,2%, l'Irlande 18,1%, la Belgique 12,6%... Voir sous <http://statbel.fgov.be>), mais en rapport avec ses voisins directs (Sarre, Lorraine, Rhénanie-Palatinat, Wallonie) la plus lente croissance des personnes âgées de plus de 60 ans (*Source: www.grande-region.lu sous Territoires et population; indice de dépendance des personnes âgées*).

Le « **break even point** » taux maximal des 4 lits planifiés pour 1 000 habitants serait donc susceptible d'intervenir **vers 2020**. Pour répondre aux besoins, cette diminution du taux de lits stationnaires devra s'accompagner du développement de structures ambulatoires fonctionnelles, ainsi que d'une réattribution régulière des lits et services médicaux en fonction des évolutions diagnostiques et thérapeutiques.

Toutefois, la question de la pertinence du **taux plancher des 4 lits planifiés pour 1 000 habitants** doit être reposée, notamment à l'aune des comparaisons internationales.

En effet, déjà en 2009, il était retrouvé des taux inférieurs à 4 lits hospitaliers pour 1 000 habitants pour des pays dont le système de santé est généralement bien coté: Danemark (3,5); Norvège (3,3); Suède (2,8); dans ces pays, tout comme au Canada p.ex, les hôpitaux sont souvent reliés (de plein pied ou à proximité immédiate) à des hôtels avec une offre de soins identique à celle d'un réseau de soins à domicile et dans lesquels sont transférés le plus rapidement possible tous les patients qui ne nécessitent plus de soins spécifiques. Dans ces pays, l'**hôpital est un maillon dans la chaîne de prise en charge** en offrant une haute technicité dans des centres de compétences perfectionnés, ne prenant en charge l'hospitalisation des usagers que lorsque celle-ci est nécessaire. En amont les **centres de santé communautaires** préparent l'hospitalisation de concertation avec l'hôpital et prévoient la sortie du patient, afin de réduire au maximum le temps d'hospitalisation. La qualité des prises en charge des **réseaux de soins à domicile** basée sur la formation des professionnels et le case management, capables de prendre le relais sans complications ni risques pour les patients, est

bien entendu une condition pour réduire le nombre de lits hospitaliers au strict besoin. Une orientation de ce type au Luxembourg imposerait le développement d'une stratégie concertée préalable, dans laquelle l'hospitalocentrisme actuel serait à revoir.

De plus, il est nécessaire de suivre en parallèle d'autres développements tels que les **prises en charge ambulatoires**, notamment la chirurgie ambulatoire.

Pour le Grand-Duché, dans le contexte du besoin futur en lits, se posent également d'autres questions telles que :

- les **délais de planification et de construction d'entités d'hospitalisation**,
- le **nombre de lits par chambre**, sachant que la demande de chambre individuelle est déjà prépondérante et croissante, mais liée au Grand-Duché à la question de suppléments de coûts « de 1^e classe » à charge du patient (s'il n'a pas d'assurance complémentaire),
- les **impacts** concrets de la transposition de la **directive** européenne relative à l'application des droits des patients en matière de **soins de santé transfrontaliers** et notamment l'attrait pour des questions de qualité et/ou de confort de l'étranger. Dans ce domaine s'il est vrai que le Grand-Duché peut largement compter sur des équipements de pointe et des infrastructures rénovées, il ne faut pas oublier que les régions avoisinantes se modernisent également, comme en Lorraine avec le nouvel hôpital Robert Schumann à Metz qui compte 2/3 de chambres individuelles. Si la directive précitée réussit pleinement son enjeu en créant la concurrence entre autorités transfrontalières pour informer au mieux les patients sur les standards de qualité et de sécurité, ces aspects pourront jouer un rôle plus déterminant dans le cadre d'un libre choix éclairé pour les patients,
- la disponibilité des lits pour les admissions via le service d'urgence de patients nécessitant une hospitalisation.

3.3 Services hospitaliers

Tableau n°16: Présentation des services hospitaliers autorisés, fonctionnels ou non, et des autres activités réalisées par les établissements généraux aigus

Structuration interne		CHdN	CHL	CHK	ZITHA	CHEM	CSM
Services hospitaliers et activités							
Services de base prévus au PHN	Service mixte médico-chirurgical						
	Médecine interne						
	Chirurgie générale						
Services spécialisés prévus au PHN	Cardiologie						
	Chirurgie digestive et vasculaire						
	Chirurgie plastique et reconstructive						
	Gastro-entérologie						
	Gériatrie						
	Gynécologie-obstétrique						
	Néphrologie-Dialyse						
	Neurologie						
	Oncologie						
	Ophthalmologie						
	ORL						
	Orthopédie						
	Pédiatrie						
	Pneumologie						
	Psychiatrie						
	Rééducation gériatrique						
	Service d'urgence						
	Soins intensifs						
	Soins palliatifs						
	Traumatologie						
Urologie							
Services nationaux prévus au PHN	Chirurgie infantile						
	Immuno-allergologie					Allergo	
	Maladies infectieuses et tropicales						
	Néonatalogie intensive						
	Neurochirurgie						
	Onco-hématologie						
	Oxygénothérapie						
	Procréation médicalement assistée						
	Psychiatrie infantile						
	Psychiatrie juvénile						
	Soins intensifs pédiatriques						
Nouvelles activités non prévues au PHN	Chirurgie de la main						
	Chirurgie thoracique						
	Chirurgie vertébrale						
	Clinique douleur						
	Dermatologie						
	Endocrinologie diabétologie						
	Génétique						
	Médecine dentaire et maxillo-faciale						
	Médecine nucléaire						
	Médecine du sport						
	Rhumatologie						

Service prévu au PHN et hôpital réalise l'activité correspondante

Service prévu au PHN et hôpital ne réalise pas l'activité correspondante

Activité non prévue au PHN et hôpital réalise l'activité correspondante

Service non prévu au PHN

• Discussion et perspectives

Les **services médicaux** ont été introduits par le **plan hospitalier de 1994** pour atteindre un **niveau plus élevé de sécurité et de qualité des soins**, grâce à une concentration géographique des équipements et des compétences et un volume suffisant d'activités spécifiques (voir *Carte sanitaire 2005 services médicaux*, p.160). Le nombre et la spécialité des services attribuables est prévu depuis lors aux plans hospitaliers successifs.

Lien entre volume des activités et qualité des soins

Pour les soins spécialisés, la question du **lien entre volume des activités et qualité de soins** a souvent été posée et fait l'objet de discussions controversées.

L'étude de l'IRDES (*Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé*) menée en 2008 montre que la probabilité de réadmission et de mortalité n'est pas plus élevée dans les établissements à faible volume d'activités pour les motifs de prise en charge d'appendicectomie et de prothèse totale de la hanche, mais bien plus élevée pour l'AVC, l'infarctus du myocarde, le pontage coronarien, la pose de stent, la résection pour cancer du côlon et pancréatectomie.

« L'impact du volume sur les résultats diffère selon la technicité des soins et semble s'atténuer au fur et à mesure que l'activité augmente. L'intensité de la relation entre le volume et les résultats varie d'une intervention à l'autre mais ce lien n'est linéaire pour aucune prise en charge. L'accroissement du volume d'activités n'augmente pas la qualité des soins. Le volume d'activité du médecin peut également avoir un effet propre sur la qualité des soins. L'activité d'un établissement et de ses chirurgiens sont clairement corrélées; les effets d'apprentissage semblent significatifs, de même que le niveau d'organisation collective ». (Source: IRDES, Questions d'économie de la santé n°149, septembre 2009: Quel lien entre volume d'activité et qualité des soins en France)

Une analyse menée sur 58 études mondiales portant sur 90 interventions distinctes de cancer (Source: IRDES, QES n°149 précité), a montré que seulement 5 ne trouvent pas d'association entre le volume et la qualité. Dans ce contexte il convient peut-être également de rappeler que les chances de survie nette à 10 ans pour un cancer du pancréas en 2009 ne sont toujours que de 4% (hommes) à 5% (femmes), de 4 à 6% pour un cancer du foie, de 7 à 9% pour un cancer de l'œsophage, de 9 à 12% pour un cancer du poumon (Source: *Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007; Synthèse à partir du registre des cancers du réseau Francim, Institut de veille sanitaire (InVS; F) et Institut National du Cancer (INCA, France)*).

Parmi les 18 études évaluant diverses interventions orthopédiques (Source: IRDES, QES n°149 précité), la quasi-totalité confirme que les résultats s'améliorent avec le volume d'activités et/ou de chirurgiens.

La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit que les établissements doivent introduire une demande documentée pour bénéficier d'une **autorisation d'exploitation, valable pour cinq années** mais **prorogable**. L'amendement de 2010 de cette loi prévoit également l'introduction de la notion de médecin coordinateur de service, dont la fonction est à définir par règlement grand-ducal et le nombre à fixer dans le cadre des négociations budgétaires.

La présentation des services hospitaliers proposée dans le tableau précédent décrit les services prévus au Plan Hospitalier National 2009 (services de base, services spécialisés et services nationaux) qui sont fonctionnels ou non dans les établissements hospitaliers ainsi que les nouvelles activités.

Ce tableau révèle que :

- la **majorité des services autorisés** lors de la première sollicitation est **fonctionnelle**,
- les **services de gériatrie** ne sont **pas encore actifs dans deux établissements** hospitaliers, alors qu'ils étaient prévus au Plan Hospitalier National 2009,
- l'**hôpital de proximité** (Clinique Ste Marie) réalise des activités prévues dans des **services spécialisés** dans le Plan Hospitalier National 2009, telles que des activités de neurologie, d'urologie, d'orthopédie ou d'ophtalmologie,
- des **activités médicales** autres que celles prévues au sein des services fixés par le Plan Hospitalier National, **existent** et ont été **initiées par les établissements** hospitaliers, telles que la médecine nucléaire, la médecine du sport, la génétique, la rhumatologie.

Il en ressort qu'à côté des services retenus pour le Plan Hospitalier, les différents hôpitaux développent régulièrement de nouvelles activités.

Les services médicaux, sous leur forme actuelle, ne sont dès lors pas la panacée, le modèle est en mutation, tant au GDL qu'à l'étranger dont le Luxembourg s'est inspiré lors de leur introduction au plan hospitalier de 1994. La revue de la configuration actuelle du fait notamment de la multiplication des spécialités médicales et l'évolution vers un modèle centré davantage sur la multidisciplinarité requise pour une prise en charge holistique pour le meilleur devenir post-hospitalier du patient ainsi que l'introduction à bon escient du médecin coordinateur et du binôme d'encadrement médecin-soignant dans le respect des contraintes locales,

pourraient inspirer le modèle de cette réorganisation interne. Des expériences pilotes évaluées quant à leurs plus-values notamment en termes de qualité des prises en charge et de satisfaction des patients et des collaborateurs hospitaliers devraient pouvoir être prévues dans le cadre du plan hospitalier. Une telle possibilité permettrait d'encadrer des évolutions spontanées.

3.4 Équipements hospitaliers

• Équipements et appareils soumis au Plan Hospitalier 2009

Tableau n°17: Typologie et localisation des équipements et appareils soumis au Plan Hospitalier 2009 (Source: Plan Hospitalier National du 13 mars 2009)

Types d'appareil ou équipement	Établissements et service d'implantation
Équipement de coronarographie par cathétérisme	INCCI - Service national de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	CFB - Service national de radiothérapie
Tomographe à émission de positrons (PET-CT)	CHL - Service de médecine nucléaire
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	CHEM - Service national d'oxygénothérapie
Équipement de lithotritie extracorporelle	CHL - Service de néphrologie/dialyse
Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA	ZITHA - Service de rhumatologie
Prone-table	CHL - Service d'oncologie (participation active au programme mammographie)
Équipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire	CHL - Service national de neurochirurgie
Équipements servant à la fécondation in vitro	CHL - Service national de procréation médicalement assistée.

Ces équipements sont financés à 80% par l'État et soumis pour avis à la Commission Permanente pour le secteur Hospitalier. La liste des équipements soumis à planification évolue avec les plans hospitaliers nationaux. Ainsi, les IRM et scanners y figuraient antérieurement mais ont été retirés de cette liste et relèvent désormais de la seule compétence d'attribution de la CNS, dans le cadre des négociations budgétaires avec les hôpitaux.

• Équipements d'imagerie médicale: focus sur 4 types d'équipements

Tableau n°18: Répartition des équipements d'imagerie médicale, par établissement, 2010

(Source: CNS, Étude imagerie médicale, 2010)

Établissements	Sites	Scanner	IRM	Gamma Camera	PET-CT
CHdN	Ettelbruck	1	1	1	
	Wiltz	1			
CHL	Hôpital municipal	1*	1**	3	1
	Eich	1			
CHK	Hôpital Kirchberg	2	1		
ZITHA		1	1	3	
CHEM	Esch	1	1	1	
	Nieder Korn	1	1		
CSM		1		2	
TOTAL		10	6	10	1
Nbre appareils / 1 000 000 hbts (Base: 511.840 habitants au 01.01.2011 - Source Statec)		19,5	11,7	19,5	2,0

*Le CHL disposait d'un scanner supplémentaire en service jusqu'à 2009 qui sert désormais de back-up depuis 2010.

**Le CHL disposait d'un IRM supplémentaire jusqu'à mi-2009.



Benchmark international (Source: OCDE, Panorama de la Santé 2011)

Figure n°33: Unités d'IRM par million d'habitants, 2009

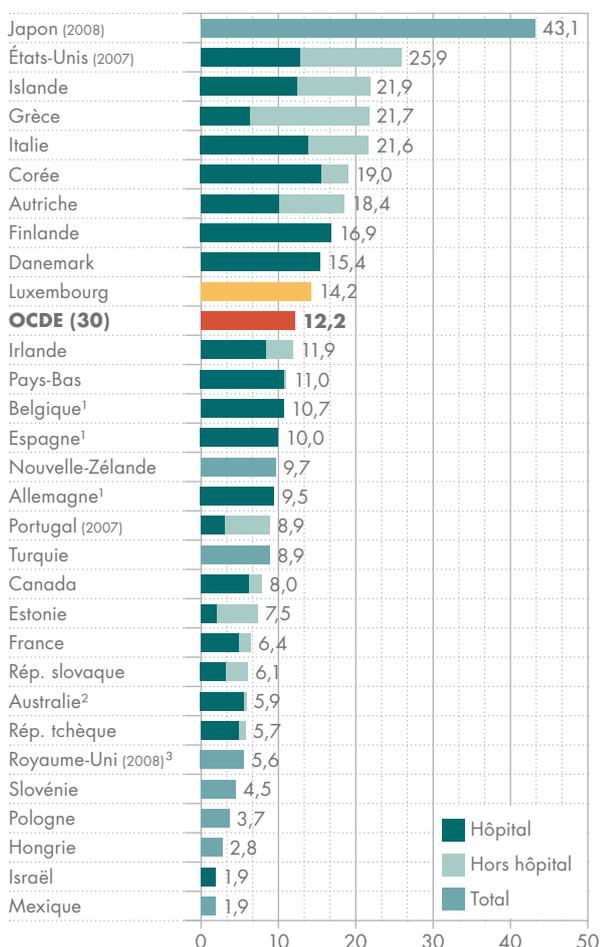
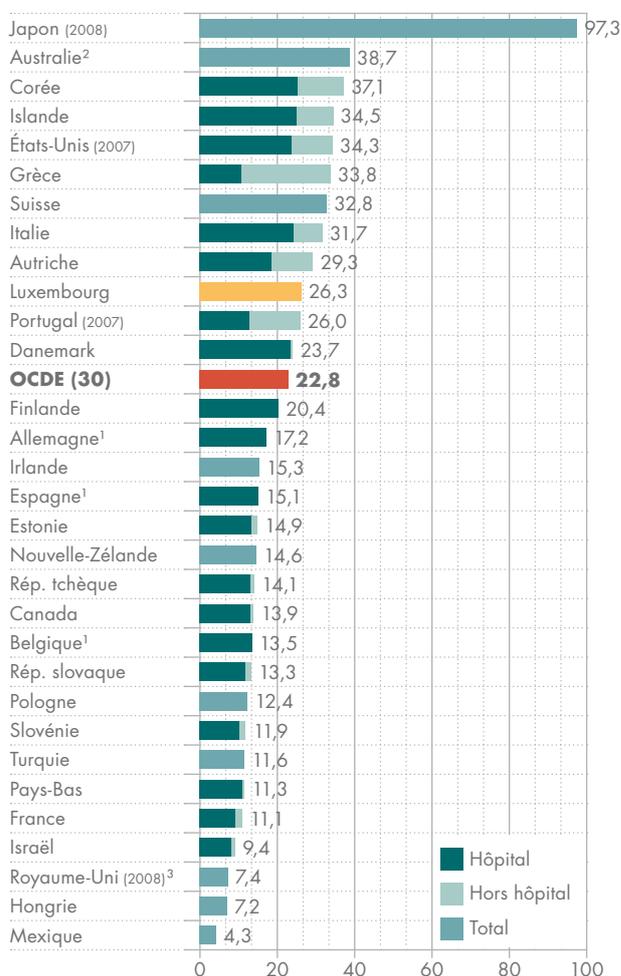


Figure n°34: Tomodensitomètres par million d'habitants, 2009



Note: La moyenne de l'OCDE n'inclut pas les pays déclarant seulement les appareils dans les hôpitaux (Allemagne, Belgique et Espagne).

1. N'inclut pas les appareils en dehors des hôpitaux.
2. Inclut seulement les appareils couverts par l'assurance maladie.
3. N'inclut pas les appareils du secteur privé.

En 2009, le Luxembourg avait une **dotacion** en équipements **supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE** et à ses voisins européens avec **14.2 IRM et 26.3 scanners par million d'habitants** (contre respectivement 6.4 et 11.1 pour la France), mais a reculé dans ce classement par rapport à celui de 2005. En effet, le pays dispose en général plus rapidement des dernières technologies par rapport à ses voisins, ce qui témoigne de son souci de gouvernance pour l'équité de chances pour tous.

Néanmoins, pour bien ajuster la planification dans le contexte d'entrée en vigueur de la Directive européenne relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, il serait **utile de mesurer les délais d'attente** en fonction de l'urgence et de l'adéquation de prescription.

L'analyse de l'utilisation des équipements, via les données disponibles, est réalisée au Fascicule 3 – Activités médico-techniques – Imagerie médicale.

• Observations et perspectives

Le Luxembourg a doté les établissements hospitaliers aigus d'un parc d'équipements en imagerie médicale digne de celui des hôpitaux universitaires étrangers. Cette dotacion permet de répondre aux besoins de la population avec des délais d'attente a priori courts, mais à ce jour non mesurés.

Ces équipements sont intensément utilisés (*cf Fascicule 3 – Activités médico-techniques - Imagerie médicale: pour des détails concernant l'utilisation des appareils d'imagerie médicale*).

Pour autant, la durée de vie des équipements est limitée dans le temps (5-10 ans) et l'évolution des technologies médicales implique leur remplacement régulier qui devrait s'inscrire dans le cadre d'une planification structurée pluriannuelle.

Parmi les exemples de référence étrangers sont généralement cités le KCE belge (Centre fédéral d'expertise des soins en santé) et au Royaume-Uni, « le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [qui] a créé en 2009 un comité aviseur chargé d'évaluer et de faire des recommandations pour un usage approprié des technologies de diagnostic dans le système anglais de soins de santé NHS » (*Source: OCDE, Panorama de la santé 2011, p.82*).

Pour ces équipements, mais également pour d'autres appareils de diagnostic et de suivi, la gouvernance devrait pouvoir se doter de moyens de suivi et de bonne utilisation par les prescripteurs notamment pour détecter et prévenir des déviances injustifiées.

En ce qui concerne le monitoring et la veille technologique des équipements d'imagerie médicale et de radiothérapie, la FHL (*Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois*) dispose d'une cellule très étoffée de radiophysiciens qui pourrait être chargée de cette surveillance et du reporting aux tutelles concernées.

L'identification d'une gouvernance en matière d'inventaire et de gestion des équipements ainsi que de mise en place d'une politique de **Health Technology Assessment** est nécessaire, avec mission de consultance et d'expertise en matière :

- d'**acquisition** des équipements, selon des critères définis au préalable,
- de **remplacement** des équipements,
- de mise en place d'**update et d'upgrade**,
- de **contrôle** de l'état du parc matériel existant.

Cela permettrait de mieux éclairer un pilotage national de la politique des équipements qui se fait actuellement par le biais de deux instances séparées, à savoir d'une part la Commission pour le secteur hospitalier pour les équipements subsidiés par l'État et d'autre part, la Commission Technique d'Investissement CNS-FHL, pour les équipements ne relevant pas de la liste des équipements lourds.

La gouvernance pourrait aussi aviser les **rapports d'activités** et de résultats annuels des équipements soumis à planification nationale et des services nationaux et assister les autorités pour suivre les indicateurs de délais d'attente, de résultats et d'utilisation efficiente.

Pour une meilleure transparence de l'activité des équipements nationaux tels que le Petscan, la lithotritie extracorporelle ou le caisson d'oxygénothérapie hyperbare, un **audit externe** de l'activité des services et équipements nationaux, à l'instar de celui commandité pour la radiothérapie en 2010/2011, **donnant éventuellement lieu à labellisation**, est recommandé pour une meilleure visibilité de la qualité des prestations et prises en charge et pour accompagner les perspectives de développement à envisager pour rester au meilleur niveau.

3.5 Ressources humaines hospitalières

Les ressources humaines constituent un **pilier fondamental du secteur de la santé**. Elles représentent la **part la plus importante des dépenses d'exploitation dans les hôpitaux**. Tant en termes qualitatif que quantitatif, ce capital constitue une richesse nécessitant une politique de développement à moyen et long terme, tenant compte de l'évolution des sciences médicales, des technologies de la santé, et de la durée de formation des professionnels. Dans cette section sont présentées les ressources médicales, soignantes et administratives.

Les médecins agréés aux hôpitaux

• Principes qui régissent l'exercice de la médecine au GDL

- Pour exercer au Luxembourg, un médecin doit demander une **autorisation d'exercer auprès du Ministère de la Santé**. Cette autorisation, validée par le Collège Médical, permet au médecin d'utiliser le titre professionnel qui lui a été attribué pour exercer sa profession librement et en toute indépendance, à l'intérieur du cadre tracé par le code de déontologie médicale.
- Tout médecin répondant aux critères pour obtenir une autorisation d'exercer au Luxembourg est automatiquement conventionné avec la CNS et peut ouvrir un cabinet de consultation librement sur le territoire luxembourgeois. Il n'existe **pas de système de régulation à l'implantation médicale**.
- Le **conventionnement obligatoire** induit l'avantage de bénéficier et l'obligation de respecter **les tarifs négociés par le syndicat des médecins (AMMD) avec la Caisse Nationale de Santé**.
- **L'exercice libéral** de la médecine est le mode d'exercice **prépondérant** au Luxembourg, le médecin étant l'initiateur de toutes prestations opposables à l'assurance maladie. Sur décision des organismes gestionnaires concernés, les médecins qui le souhaitent peuvent avoir un contrat d'agrément ou plus

rarement un contrat salarié dans les hôpitaux, toutefois le système de rémunération de leurs prestations est identique à celui des médecins exerçant en libéral.

- **Le patient a le libre choix du prestataire et un accès direct au médecin spécialiste.** Toutefois, la notion de **médecin référent** se met en place pour les patients présentant des maladies chroniques.
- La loi de 2010 modifiant l'art.2 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit que « *pour chaque service hospitalier, le plan hospitalier peut fixer les **nombre minimal et maximal de médecins autorisés à y exercer**. Ces nombres seront fixés **en fonction des impératifs de continuité des soins et d'activité moyenne minimale requise par médecin*** ». Toutefois, à ce jour, aucune modalité d'exécution de cette disposition n'est en place.
- Aujourd'hui, au GDL, il n'y a **pas de faculté de médecine**, mais une formation spécialisée en médecine générale et une candidature aux facultés des pays avoisinants. De nombreux recrutements de médecins se font donc parmi les ressortissants de l'Union Européenne et exceptionnellement à partir de pays tiers, ce qui limite les possibilités d'action et de politique nationale médicale en matière d'orientation, de recrutement et de coordination.

• Principes qui régissent l'exercice de la médecine au sein d'un hôpital

- **L'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier** est le décideur du recrutement des médecins hospitaliers, sur proposition du directeur de l'établissement et avis du Conseil médical. Ce recrutement est discrétionnaire et dépendant de considérations internes à chaque établissement et basé sur une série de facteurs tels que les besoins ressentis, la stratégie de développement de l'hôpital, sa volonté de concurrencer des partenaires nationaux ou interrégionaux, voire sur des opportunités de recrutement.
- Le médecin agréé par l'hôpital signe un contrat le liant à l'institution. Un modèle de contrat type a été proposé par la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL).

• Évolution de la démographie médicale hospitalière, 2006-2010

Tableau n°19 : Évolution des effectifs de médecins agréés aux hôpitaux au GDL, par spécialité et par genre, 2006-2010 (Source : IGSS, Enquête annuelle auprès des établissements hospitaliers)

Spécialités	2006			2010			Évolution moyenne annuelle 2006-10		
	Femmes	Hommes	H+F	Femmes	Hommes	H+F	Femmes	Hommes	H+F
Anesthésie-réanimation	19	50	69	24	49	73	6,0%	-0,5%	1,4%
Cardiologie et angiologie	2	38	40	6	40	46	31,6%	1,3%	3,6%
Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale	1		1	1		1	0,0%		0,0%
Chirurgie générale	4	52	56	5	49	54	5,7%	-1,5%	-0,9%
Chirurgie pédiatrique		1	1	1	2	3		18,9%	31,6%
Chirurgie plastique	2	7	9	3	9	12	10,7%	6,5%	7,5%
Chirurgie thoracique		1	1		2	2		18,9%	18,9%
Chirurgie vasculaire		1	1		7	7		62,7%	62,7%
Dermato-vénérologie	10	8	18	10	8	18	0,0%	0,0%	0,0%
Endocrinologie	2	1	3	3	2	5	10,7%	18,9%	13,6%
Gastro-entérologie	2	11	13	3	14	17	10,7%	6,2%	6,9%
Gériatrie				1	1	2	p.m.	p.m.	p.m.
Gynécologie-obstétrique	12	40	52	15	45	60	5,7%	3,0%	3,6%
Médecin généraliste	18	36	54	27	49	76	10,7%	8,0%	8,9%
Médecin-dentiste	3	17	20	5	19	24	13,6%	2,8%	4,7%
Médecine interne	12	69	81	13	65	78	2,0%	-1,5%	-0,9%
Médecine nucléaire	2	3	5	2	5	7	0,0%	13,6%	8,8%
Néphrologie	3	3	6	2	5	7	-9,6%	13,6%	3,9%
Neurochirurgie	1	8	9	1	7	8	0,0%	-3,3%	-2,9%
Neurologie	4	21	25	3	26	29	-6,9%	5,5%	3,8%
Neuro-psychiatrie		6	6		9	9		10,7%	10,7%
Ophthalmologie	10	23	33	10	28	38	0,0%	5,0%	3,6%
Orthopédie	1	29	30	2	35	37	18,9%	4,8%	5,4%
Oto-rhino-laryngologie	2	32	34	4	30	34	18,9%	-1,6%	0,0%
Pédiatrie	24	23	47	28	32	60	3,9%	8,6%	6,3%
Pneumologie	3	13	16	5	12	17	13,6%	-2,0%	1,5%
Psychiatrie	11	23	34	8	26	34	-7,7%	3,1%	0,0%
Psychiatrie infantile	2	1	3	4	4	8	18,9%	41,4%	27,8%
Radiodiagnostic	6	45	51	7	44	51	3,9%	-0,6%	0,0%
Radiothérapie	2	2	4	2	5	7	0,0%	25,7%	15,0%
Rééducation et réadapt. fonction.	4	8	12	4	12	16	0,0%	10,7%	7,5%
Rhumatologie	3	6	9	4	6	10	7,5%	0,0%	2,7%
Stomatologie		3	3		2	2		-9,6%	-9,6%
Urologie	1	18	19	1	18	19	0,0%	0,0%	0,0%
Total médecins agréés¹	166	599	765	204	667	871	5,3%	2,7%	3,3%
Internes (MEVS)²	29	24	53	23	25	48	-5,6%	1,0%	-2,4%
TOTAL médecins agréés + internes	195	623	818	227	692	919	3,9%	2,7%	3,0%

1. Élimination de doubles comptages concernant médecins exerçant sur plusieurs sites.

2. Médecins en voie de spécialisation y compris médecins généralistes stagiaires.

- Le nombre de **médecins agréés aux hôpitaux** (hors internes) est passé de 765 médecins en 2006 à **871 médecins en 2010** soit une augmentation de **14%** sur cette période.
- Il est constaté une **évolution significative de certaines spécialités entre 2006 et 2010** (*en nombre de personnes physiques*):
 - Cardiologie-angiologie: de 40 à 46 (+15%)
 - Chirurgie plastique: de 9 à 12 (+33%)
 - Chirurgie vasculaire: de 1 à 7 (+600%)
 - Gastro-entérologie: de 13 à 17 (+31%)
 - Médecine générale: de 54 à 76 (+41%)
 - Neuro-psychiatrie: de 6 à 9 (+50%)
 - Ophtalmologie: de 33 à 38 (+15%)
 - Orthopédie: de 30 à 37 (+23%)
 - Pédiatrie: de 47 à 60 (+28%)
 - Psychiatrie infantile: de 3 à 8 (+167%)
 - Radiothérapie: de 4 à 7 (+75%)
 - Rééducation et réadaptation fonctionnelles: de 12 à 16 (+33%)

Certaines augmentations des effectifs médicaux sont salutaires dans la mesure où il y avait une véritable pénurie **de médecins dans certaines spécialités médicales, telles que la pédiatrie ou la psychiatrie infantile**, pouvant constituer un véritable obstacle à l'accès aux soins garanti aux patients.

Toutefois, certains problèmes de santé publique sont par ailleurs croissants tels que le diabète et l'obésité et nécessitent des ressources de **médecins endocrinologues appropriés**. De même, le vieillissement de la population requiert le recrutement de gériatres pour la prise en charge globale des personnes âgées polypathologiques.

D'autres évolutions coissantes d'effectifs médicaux méritent attention (ex: chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, gastro-entérologie, ophtalmologie, orthopédie) et renvoient à la question de la preuve de **l'adéquation des ressources aux besoins**.

Il est en effet nécessaire d'évaluer les besoins à court, moyen et long terme pour chaque spécialité médicale afin de planifier les ressources médicales nécessaires et éviter que des recrutements médicaux autonomes n'induisent une offre de soins incontrôlée.

Il y a également lieu d'analyser la **structure d'âge de la population médicale** par spécialité afin d'anticiper les départs à la retraite des médecins et éviter la désertification de certaines spécialités.

Cette analyse doit également prendre en compte la **féminisation** de la profession médicale et les **modalités de travail** associées car ces chiffres montrent une évolution de la démographie médicale en nombre de personnes physiques et non en équivalent temps plein, or de nombreux médecins exercent leur activité hospitalière à temps partiel pour des raisons familiales ou parce qu'ils ont une autre activité en cabinet libéral.

Dans le cadre de ces réflexions, il est utile pour la planification de **mettre en œuvre un pilotage national basé sur plusieurs types d'indicateurs** dont :

- la pyramide des âges de la population,
- la prévalence des maladies,
- la pyramide des âges des médecins,
- la féminisation de certaines spécialités médicales,
- l'évolution démographique de la population sur le territoire,
- la capacité d'attraction des populations frontalières,
- l'évolution des technologies...

Un monitoring national par spécialité ou groupes de spécialités serait souhaitable pour enrichir une prise de décisions objectives. Le type de tableau ci-après pourrait donc être complété de nouveaux indicateurs.

Tableau n°20: Exemple d'évolution corrélée entre démographie médicale et activité pour la spécialité ophtalmologie, 2006-2009

	2006	2007	2008	2009	Évol. 2006-2009
Nombre d'ophtalmologues hospitaliers <i>(Source : IGSS, Enquête annuelle auprès des établissements hospitaliers)</i>	33	40	39	39	+18,2%
Nombre de séjours hospitaliers pour cataracte sénile (Code ICD 10 H25) <i>(Source: IGSS, activité opposable)</i>	3.202	3.347	3.468	3.753	+17,2%
Nombre moyen de cataractes par ophtalmologue	97	84	89	96	

- La **part des femmes dans les effectifs des médecins agréés aux hôpitaux** est restée stable: **23%** des effectifs en **2010** (contre 22% en 2006).
 L'analyse du nombre de femmes par spécialité montre une évolution à la hausse:
 - en anesthésie-réanimation: les femmes représentent 33% des effectifs en 2010 contre 28% en 2006,
 - en cardiologie: les femmes représentent 13% des effectifs en 2010 contre 5% en 2006.

• Évolution des nationalités et pays de résidence des médecins agréés aux hôpitaux, 2005-2010

Tableau n°21 : Évolution des nationalités des médecins agréés aux hôpitaux, 2005-2010

(Source : Ministère de la Santé)

		Luxembourg	Belgique	Allemagne	France	Autres	TOTAL
2005	Nbre	176	83	58	46	13	376
	%	46,8%	22,1%	15,4%	12,2%	3,5%	100%
2006	Nbre	174	86	69	49	12	390
	%	44,6%	22,1%	17,7%	12,6%	3,1%	100%
2007	Nbre	196	82	69	60	15	422
	%	46,4%	19,4%	16,4%	14,2%	3,6%	100%
2008	Nbre	193	87	78	68	17	443
	%	43,6%	19,6%	17,6%	15,3%	3,8%	100%
2009	Nbre	201	90	80	64	15	450
	%	44,7%	20,0%	17,8%	14,2%	3,3%	100%
2010	Nbre	213	90	87	69	17	476
	%	44,7%	18,9%	18,3%	14,5%	3,6%	100%

- La part des médecins de nationalité luxembourgeoise dans les effectifs de médecins agréés aux hôpitaux diminue (44.7% en 2010 contre 46.8% en 2005). Plus de 55% des médecins exerçant dans les hôpitaux luxembourgeois sont étrangers, témoignant ainsi de la dépendance du pays pour assumer avec ses ressources nationales la prise en charge de sa population dans le domaine des soins hospitaliers. Cette situation n'est pas sans poser question quant au processus d'intégration, aux problèmes linguistiques potentiels, et à la diversité des formations et des pratiques professionnelles pouvant compliquer la continuité des prises en charge.
- La part des médecins allemands s'accroît (18.3% en 2010 contre 15.4% en 2005), de même que celle des médecins français (14.5% en 2010 contre 12.2% en 2005).

Tableau n°22: Évolution des pays de résidence des médecins agréés aux hôpitaux, 2005-2010

(Source: Ministère de la Santé)

		Luxembourg	Belgique	Allemagne	France	Autres	TOTAL
2005	Nbre	285	37	23	23	8	376
	%	75,8%	9,8%	6,1%	6,1%	2,1%	100%
2006	Nbre	293	38	26	25	8	390
	%	75,1%	9,7%	6,7%	6,4%	2,1%	100%
2007	Nbre	318	40	26	36	2	422
	%	75,4%	9,5%	6,2%	8,5%	0,5%	100%
2008	Nbre	316	41	32	43	11	443
	%	71,3%	9,3%	7,2%	9,7%	2,5%	100%
2009	Nbre	324	47	34	42	3	450
	%	72,0%	10,4%	7,6%	9,3%	0,7%	100%
2010	Nbre	339	49	39	46	3	476
	%	71,2%	10,3%	8,2%	9,7%	0,6%	100%

- La proportion de médecins agréés aux hôpitaux résidant au Luxembourg a baissé entre 2005 et 2010, passant de 75.8% en 2005 à 71.2% en 2010, ce qui laisse à la responsabilité des organismes gestionnaires l'assurance de la permanence des soins des médecins non-résidents dans certaines disciplines chirurgicales ou obstétricales.

• Distribution du nombre de médecins, par établissement, en 2012

Tableau n°23: Distribution du nombre de médecins agréés, par établissement, 2012

(Source : Ministère de la Santé, fichier d'autorisation d'exercer)

Établissements	Nombre de médecins agréés par établissement
Centre Hospitalier du Nord (CHdN)	121
Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL)	269
Centre Hospitalier du Kirchberg (CHK)	152
ZithaKlinik	106
Centre Hospitalier Émile Mayrisch (CHEM)	233
Clinique Sainte Marie (CSM)	27
Institut National de Chirurgie cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI)	21
Centre François Baclesse (CFB)	5
Centre Hospitalier Neuro-psychiatrique (CHNP)	22
Rehazenter	9
Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)	4
TOTAL	969

Les autres professionnels des hôpitaux

(Source : CNS, Budgets hospitaliers 2004-2011)

• Budgétisation des ressources humaines hospitalières

Dans le cadre de la convention signée entre la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois et la Caisse Nationale de Santé, il est institué une **Commission des Normes paritaire** ayant pour objet d'arrêter les **normes à appliquer en matière de budgétisation du personnel hospitalier (hors médecins)**, ainsi que les **méthodologies de calcul des dotations**.

Ce modèle est opérationnel depuis 1995. Les normes nationales de personnel mentionnées à l'article 10 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers sont diffusées au sein des institutions mais ne sont pas rendues accessibles aux citoyens ou assurés sociaux.

• Modélisation du système de dotation

Le système de dotation en personnel, arrêté par la Commission des Normes, repose sur le modèle suivant :

- **Dotation** des personnels hospitaliers par **entité fonctionnelle ou centre de frais**. Une liste des entités fonctionnelles et centres de frais est déterminée pour l'ensemble des établissements hospitaliers. Une entité fonctionnelle correspond à un certain type d'activité hospitalière (ex : bloc opératoire, unité d'hospitalisation de soins intensifs, pharmacie,...).
- Attribution d'une **méthode de mesure des charges de travail** selon le type d'entité fonctionnelle ou centre de frais.
- **Définition de normes** pour calculer et budgéter les dotations en personnel hospitalier.
- **Détermination des heures à travailler** par équivalent temps plein, intégrant les **dispositions légales et conventionnelles** dans le cadre de la convention collective de travail du secteur hospitalier.

• Principes de base du système de budgétisation du personnel hospitalier

Les **principes suivants** constituent le socle sur lequel les normes de dotation hospitalière reposent :

- Les **dotations** en personnel hospitalier **varient** en fonction du **volume d'activité de l'établissement**.
- La **charge de travail** des personnels varie en fonction des **besoins en soins des patients** et donc du case mix des patients et des pathologies. Les méthodologies de calcul des charges de travail doivent être assez sensibles pour en tenir compte.
- La dotation en personnel doit **épouser les profils diagnostiques et thérapeutiques** des patients de l'établissement, ainsi que le profil **de dépendance du patient, déterminés par la prescription médicale** et les actes du rôle propre des soignants.
- Seuls les **soins requis** selon **l'état du patient** et selon les **acquis de la science** sont considérés. Le soin est considéré requis s'il repose sur une anamnèse et des signes cliniques objectifs.
- Les **normes et méthodologies s'appliquent de façon identique à tous** les établissements quelque soit leur statut juridique afin d'éviter des inégalités d'accès aux soins.
- Les méthodes de mesure des charges de travail de certains secteurs d'activité avec production d'actes médicaux (ex : bloc opératoire) doivent **tenir compte** du case mix **de compétences** et expériences médicales disponibles ainsi que des technologies employées.
- Les normes de dotation ne sont pas fixées sur base d'une échelle hiérarchisant les disciplines médicales entre elles (ex : la chirurgie serait plus « noble » que la médecine et de ce fait serait mieux dotée).
- La **charge de travail** des personnels hospitaliers repose sur le **respect de la législation relative aux professions de santé** et notamment le respect des attributions professionnelles.

En conclusion, tout en appliquant des normes et des standards, ainsi que des méthodologies strictes de manière systématique pour tous les hôpitaux, **les dotations en personnel hospitalier sont ajustées chaque année au profil des patients, au profil thérapeutique des médecins et des activités prévues par l'établissement.**

Cette **approche, très innovante en Europe, garantit une adaptation** rapide aux restructurations hospitalières, aux changements dans les approches thérapeutiques, ainsi qu'aux évolutions sociales impactant la disponibilité des professionnels (par exemple : réduction du temps de travail), **sans entraîner une augmentation injustifiée des effectifs**, comme il pourra être constaté sur le tableau d'évolution de 2004 à 2011 ci-après :

Tableau n°24: Évolution des dotations en personnel hospitalier, 2004-2011 (en nbre d'ETP) (Source: CNS)

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total ETP	5.556,9	5.639,9	5.651,5	5.877,7	6.002,9	6.114,4	6.109,3	6.197,5

La croissance pour cette période de **11.5% sur 7 années** a permis d'absorber la croissance du nombre de lits en rééducation gériatrique (+30 lits à la ZITHA en 2007, +22 lits au Rehacenter en 2007) ainsi que l'ouverture de l'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie Haus Omega en 2010.

Elle a permis aussi d'absorber la croissance des séjours hospitaliers, des journées d'hospitalisation et des actes médico-techniques. Elle a d'autre part intégré les adaptations de la convention collective du travail.

• Les différents types de personnel hospitalier

Le personnel hospitalier est divisé en **4 catégories** :

- le personnel **de direction** y compris les fonctions staffs de direction,
- le personnel **administratif et logistique**,
- le personnel **soignant des unités d'hospitalisation** (soins normaux et soins intensifs),
- le personnel des **services médico-techniques**.

• Méthodologies de calcul des dotations hospitalières

Tableau n°25: Synthèse des principales méthodes de calcul des dotations hospitalières au GDL selon le secteur d'activité

Secteur	Méthode
Direction et Staff de Direction	<p>Entités concernées: Direction, secrétariat de direction, hygiène hospitalière, audits, qualité, formation continue, conseil stratégique, communication, sécurité, cadres intermédiaires.</p> <p>→ Méthodologie: dotation sur base de la loi hospitalière (direction) ou sur le nombre d'ETP totaux dans l'hôpital (hygiène hospitalière, formation) ou sur l'activité d'hospitalisation (audit) ou sur le nombre de lits (conseil stratégique).</p>
Personnel Administratif	<p>Centres de frais concernés: service financier, service comptabilité, service du personnel, service informatique, admissions, gestion des lits, accueil-réception, etc...</p> <p>→ Méthodologie: certains centres de frais sont dotés par négociation avec la CNS (ex: service informatique, archives, conciergerie). Pour les autres centres de frais, une fourchette de dotation avec borne supérieure et inférieure est utilisée en tenant compte du nombre d'admissions stationnaires par an et du nombre d'unités d'œuvre par an dans les entités médico-techniques.</p>
Personnel Logistique	<p>Centres de frais concernés: cuisine, ateliers.</p> <p>→ Méthodologie: une norme est fixée par ETP par an, différenciée selon le centre de frais si l'établissement est un hôpital assurant la garde avec SAMU (ex: nombre d'unités alimentaires par ETP par an pour le centre de frais cuisine). Il faut noter que dans ce type de centres de frais, la comparaison entre hôpitaux doit tenir compte des activités sous-traitées.</p> <p>Centre de frais: coordination des travaux.</p> <p>→ Méthodologie: norme fixe selon le budget prévisionnel des travaux.</p>
Personnel Unités Hospitalisation	<p>Entités fonctionnelles concernées: unités de soins normaux (USN) et unités de soins intensifs (USI).</p> <p>→ Méthodologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mesure de charge en soins avec l'outil PRN (Projet de Recherche en Nursing) version 6.0 basée sur des audits annuels de 14 jours en USN et de 21 jours en USI, avec un seuil de dotation fixé à 82% en USN et une fourchette entre 90 et 110% en USI selon la sévérité des cas, sur base de l'activité prévisionnelle en journées à minuit et en entrées et sorties jour même : - norme de sécurité en psychiatrie fermée, - norme complémentaire pour les petites unités de pédiatrie.

Secteur (suite)	Méthode (suite)
<p>Personnel Unités Médico-techniques</p>	<p>1. Entités fonctionnelles spécifiques: laboratoire, imagerie médicale, kinésithérapie, polycliniques-urgence, salle d'accouchement. → Méthodologie: une norme est fixée par ETP par an par entité, différenciée si l'établissement est un hôpital assurant la garde avec SAMU (ex: nombre de passages en imagerie médicale par jour par ETP, nombre d'accouchements par ETP par an).</p> <p>2. Entité fonctionnelle Bloc Opératoire, Anesthésie, Endoscopie → Méthodologie: mesure de la charge de travail totale annuelle comprenant le temps opératoire du chirurgien ou du médecin, un temps de prise en charge avant OP ou examen selon le type d'anesthésie, et le temps de prise en charge après OP ou examen, avec une norme de personnel ATM de chirurgie et Infirmier anesthésiste ou Infirmier pour chacun de ces 3 temps, associée à une prévision d'activité opératoire.</p> <p>3. Entité fonctionnelle Hémodialyse → Méthodologie: forfaits temps par séance de dialyse selon le type de dialyse, associés à une prévision d'activité.</p> <p>4. Entité fonctionnelle Chimiothérapie ambulatoire → Méthodologie: mesure de la charge en soins selon un guide spécifique de chimiothérapie ambulatoire en audit de 20 jours par an, avec un seuil de dotation de 100% et des forfaits pour les charges administratives, entretien et déplacement, associée à une prévision d'activité annuelle.</p> <p>5. Entité fonctionnelle Salle de réveil → Méthodologie: mesure des flux des patients par heure par jour dans chaque salle de réveil, avec une norme de dotation en ETP selon le nombre de patients à surveiller, et la prise en compte de spécificités tel que l'accueil d'enfants, associée à une prévision d'activité.</p> <p>6. Entité fonctionnelle Pharmacie → Méthodologie: norme de base et normes complémentaires pour la préparation des chimiothérapies, pour la distribution unitaire des médicaments sur prescription individualisée par patient.</p> <p>7. Entité fonctionnelle Diététique clinique → Méthodologie: norme de base adaptée au nombre de patients pris en charge par année dans l'établissement.</p> <p>8. Entité fonctionnelle Assistante Sociale → Méthodologie: norme de base, selon le nombre de lits et normes complémentaires si présence d'un service de rééducation, d'un service de psychiatrie ou d'un service de périnatalité.</p>
<p>Dotations spécifiques de Soins</p>	<p>Hôpitaux de jour de rééducation: → Méthodologie: norme fixe en personnel associée à une obligation de qualification.</p> <p>Équipe mobile d'assessment gériatrique: → Méthodologie: norme fixe si service de gériatrie aiguë et si médecin gériatre recruté.</p>

• Évolution et distribution des ressources humaines hospitalières

Au total, **6 197 ETP** en personnel hospitalier sont financés en 2011 dans les différents établissements hospitaliers.

Tableau n°26: Évolution du personnel hospitalier selon les groupes de fonctionnalités, 2004-2011

(en nbre d'ETP) (Source: CNS)

	DIR	Staff DIR	ADM	LOG	Unités hospit	Support soins	Médico- Tech	TOTAL
2004	69,0	177,5	449,3	921,8	2.088,2	241,6	1.609,5	5.556,9
2005	67,0	184,3	457,6	930,4	2.106,2	254,2	1.640,1	5.639,9
2006	69,8	184,5	466,7	915,0	2.039,8	267,2	1.708,6	5.651,5
2007	70,8	187,8	494,7	914,7	2.091,8	288,0	1.830,0	5.877,7
2008	67,1	199,7	504,9	912,2	2.124,9	305,4	1.888,7	6.002,9
2009	67,1	200,9	516,0	904,3	2.150,4	313,5	1.962,3	6.114,4
2010	65,1	202,7	515,2	897,3	2.156,4	314,7	1.957,9	6.109,3
2011	67,3	202,2	527,4	890,8	2169,9	319,2	2.020,6	6.197,5
Évol. 2004-2011	-2,5%	+13,9%	+17,4%	-3,4%	+3,9%	+32,1%	+25,5%	+11,5%

Il est à noter que l'évolution la plus importante porte sur les services médico-techniques (+25.5% entre 2004 et 2011), qui s'explique par l'évolution sur la même période des activités en bloc opératoire, en polycliniques, en dialyse, en chimiothérapie ambulatoire, etc... ainsi qu'avec la création de nouveaux lits de rééducation nécessitant des ressources supplémentaires de kinésithérapie et ergothérapie.

La baisse des ETP dans les services logistiques doit être reliée au développement dans cette même période de la sous-traitance des activités cuisine et nettoyage dans plusieurs établissements.

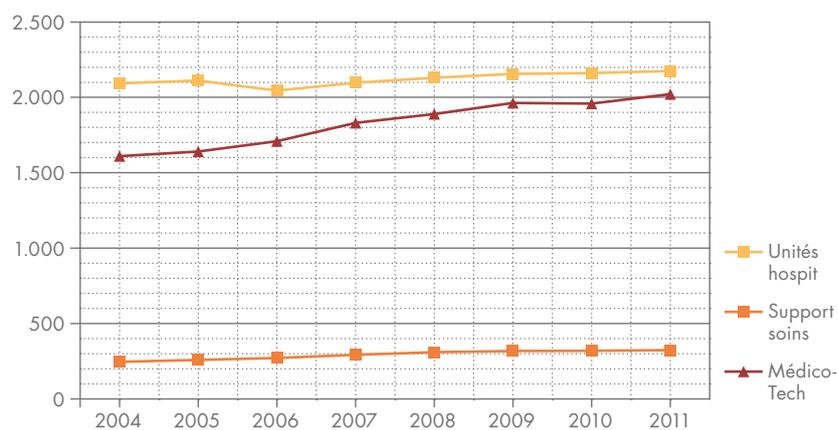
Figure n°35: Évolution du personnel hospitalier administratif et logistique, 2004-2011 (en nbre d' ETP)

(Source: CNS)



Figure n°36: Évolution du personnel hospitalier affecté aux soins, 2004-2011 (en nbre d' ETP)

(Source: CNS)



Évolution de l'activité d'hospitalisation, des effectifs du personnel hospitalier et du nombre de médecins, 2006-2009

Évolution de l'activité d'hospitalisation, des effectifs du personnel hospitalier et du nombre de médecins, 2006-2009

Figure n°37 : Évolution du nombre de séjours hospitaliers, 2006-2009

(Source : IGSS, activité opposable des établissements généraux aigus)

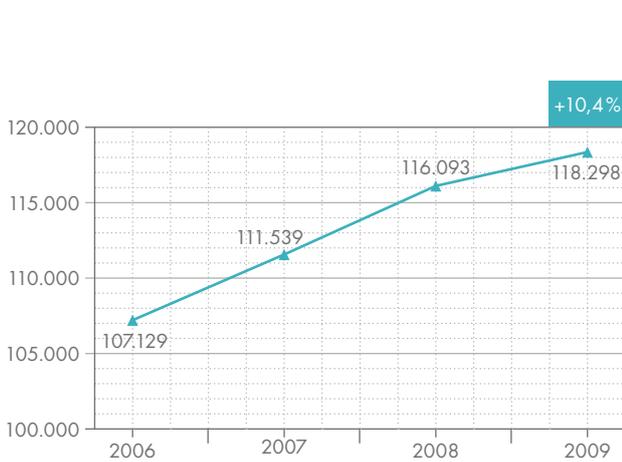


Figure n°38 : Évolution du nombre de journées d'hospitalisation, 2006-2009

(Source : IGSS, activité opposable des établissements généraux aigus)

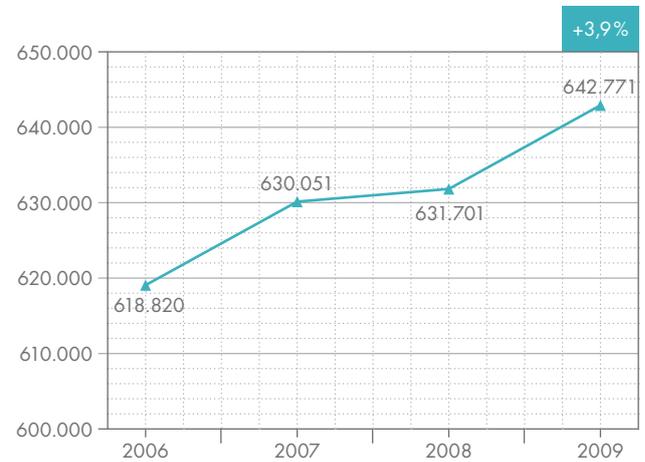


Figure n°39 : Évolution du nombre de médecins hospitaliers, 2006-2009

(Source : IGSS, enquête annuelle auprès des établissements hospitaliers)

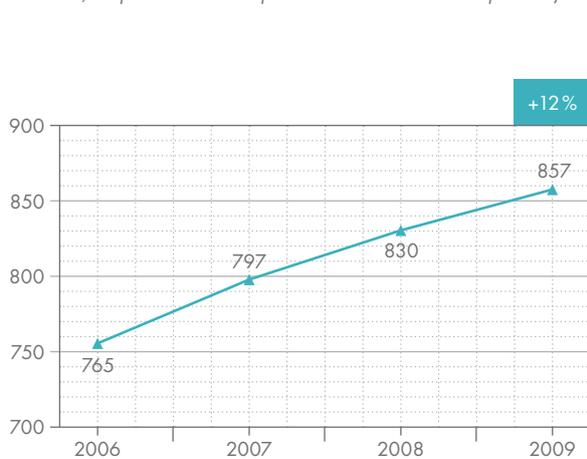
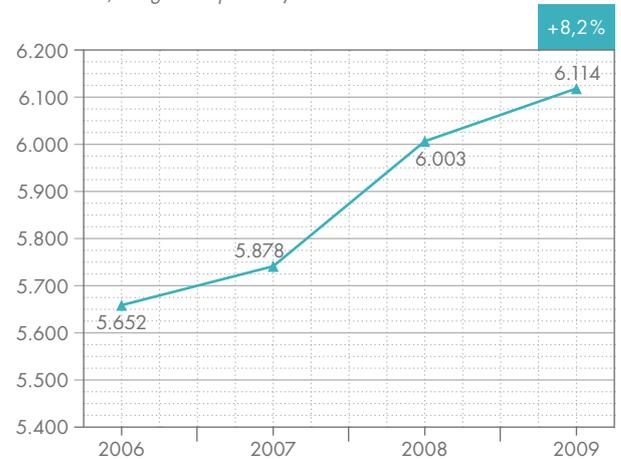


Figure n°40 : Évolution du nombre d'ETP Personnel hospitalier, 2006-2009

(Source : CNS, Budgets hospitaliers)



Sur la période 2006-2009, la comparaison de l'évolution de l'activité d'hospitalisation avec l'évolution du personnel hospitalier montre d'une part, une croissance plus faible de l'évolution du personnel salarié (+8.2%) par rapport à l'évolution des séjours hospitaliers (+10.4%) et d'autre part, une croissance plus forte de l'évolution du personnel salarié (+8.2%) par rapport à l'évolution des journées d'hospitalisation (+3.9%).

L'évolution du nombre de médecins hospitaliers (+12%) dépasse l'évolution de l'activité d'hospitalisation, qu'il s'agisse de l'évolution des séjours hospitaliers (+10.4%) ou des journées d'hospitalisation (+3.9%). Toutefois, les chiffres des médecins correspondent à des personnes physiques et non à des équivalents temps plein, comme c'est le cas pour le personnel salarié.

Cette évolution s'explique par les principes de liberté d'installation pour la pratique libérale et de liberté d'agrément des médecins par les établissements.

Tableau n°27 et Figure n°41 : Distribution du personnel hospitalier selon les catégories de personnel, 2011 (en nbre d'ETP) (Source CNS)

Tableau n°27

Catégories de personnel	Nbre d'ETP
Direction	67,3
Staff Direction	202,2
Pers. Administratif	527,4
Pers. Logistique	890,8
Pers. Unités Hospitalisation	2.169,9
Support Soins	319,2
Pers. Unités Médico-Tech	2.020,6
Total	6.197,5

Figure n°41

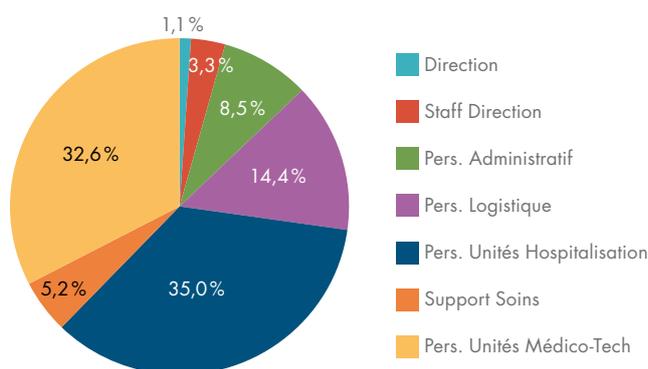
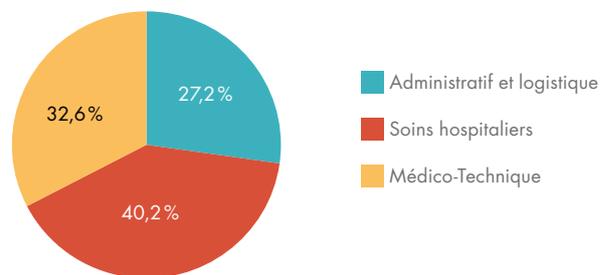


Tableau n°28 et Figure n°42: Distribution du personnel hospitalier, par grand groupe de fonctionnalités, 2011 (en nbre d'ETP) (Source CNS)

Tableau n°28

Groupes	Nbre d'ETP
Administratif et logistique	1.687,8
Soins hospitaliers	2.489,1
Médico-Technique	2.020,6
Total	6.197,5

Figure n°42



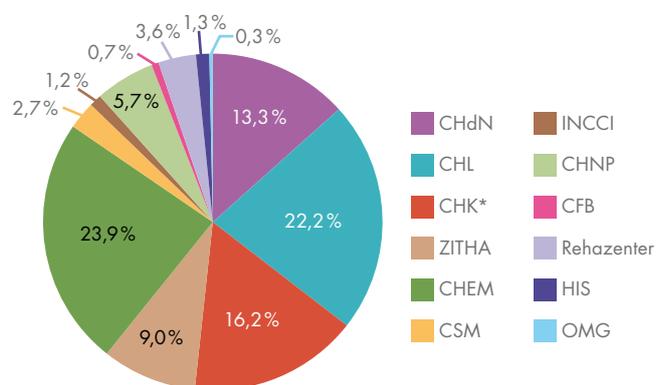
Les effectifs directement impliqués dans la prise en charge des patients en hospitalisation ou en unités médico-techniques, représentent 73 % des effectifs totaux.

Tableau n°29 et Figure n°43: Distribution du personnel hospitalier, par établissement, 2011 (en nbre d'ETP) (Source CNS)

Tableau n°29

Établissements	Nbre d'ETP
CHdN	825,9
CHL	1.375,5
CHK*	1.002,6
ZITHA	560,2
CHEM	1.479,1
CSM	164,5
INCCI	72,2
CHNP	353,7
CFB	42,4
RHZ	222,8
HIS	78,4
Haus OMEGA (OMG)	20,2
Total	6.197,5

Figure n°43



* CHK reprend l'hôpital du Kirchberg et la Clinique Bohler

Tableau 30: Distribution du personnel hospitalier par genre et hôpital, 2010

(Source : Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, au 01.01.2010)

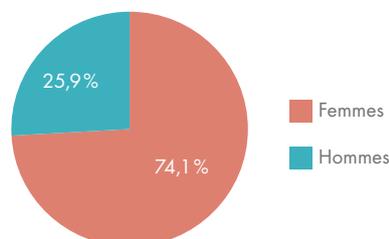
Genre	CHdN	CHL	CHK	ZITHA	CHEM	CSM	CHNP	INNCI	CFB	RHZ	Total sans HIS	%
Hommes (Nombre)	214	469	239	190	379	39	349	27	14	79	1.999	25,9%
Femmes (Nombre)	804	1.493	930	556	1.369	186	149	59	28	159	5.733	74,1%
Total	1.018	1.962	1.169	746	1.748	225	498	86	42	238	7.732	100%

L'hôpital de Steinfurt n'est pas inclus dans le tableau car la distinction entre le personnel de la maison de soins et de la partie hôpital n'est pas possible.

En majorité, le secteur hospitalier est composé à **74% de personnel féminin** au 01-01-2010.

Figure n°44: Distribution du personnel hospitalier par genre, au GDL, 2010

(Source : Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois)



• Indicateurs RH

- **Taux de travail à temps partiel**

(Source : CNS et Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois)

Au 01.01.2010, il y avait 6 109 ETP dans les hôpitaux luxembourgeois et 6 034 ETP hors Hôpital Intercommunal de Steinfurt (HIS).

À la même date, il y avait 7 732 personnes salariées hors HIS.

Le taux de **travail à temps partiel** était de **26,6%**, ce qui constitue un taux cohérent pour un secteur employant majoritairement des femmes.

- **Absentéisme**

(Source : CNS, Incitants qualité, résultats 2009)

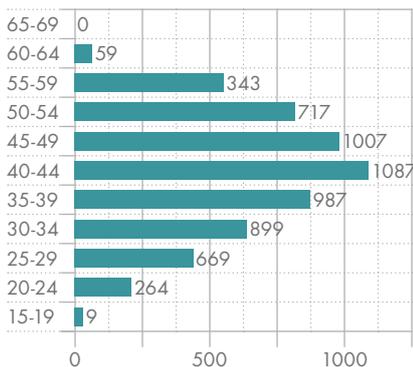
Le taux d'absentéisme annuel global pour l'ensemble des personnels en 2009 est en moyenne de 3.6% avec des écarts selon les établissements allant de 1.2% à 6.5%.

Cet absentéisme représente en moyenne 28 heures d'absence pour l'ensemble des personnels en 2009 avec des écarts selon les établissements allant de 19 à 40 heures.

• **Pyramide des âges du personnel hospitalier, 2010**

(Source : Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois)

Figure n°45 : Personnel hospitalier total, par classes d'âge, au GDL, 2010 (en nombre d'ETP)



Les pyramides des âges diffèrent selon les groupes de personnel, notamment en raison de la pénibilité du travail pour certains groupes.

Ainsi, on peut observer que les personnes âgées de 50 ans et plus représentent en moyenne 18 % du personnel hospitalier mais elles représentent 25 % du personnel administratif, 24 % du personnel logistique, 19 % du personnel médico-technique et seulement 13 % du personnel hospitalier soignant.

Figure n°46 : Personnel hospitalier administratif, par classes d'âge, au GDL, 2010 (en nombre d'ETP)

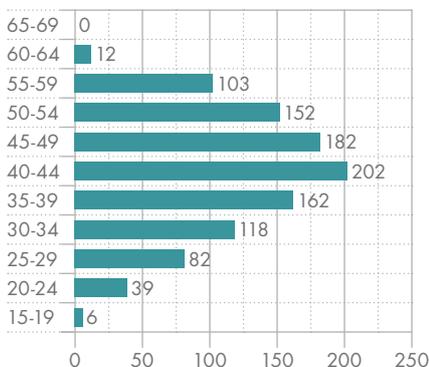


Figure n°47 : Personnel hospitalier logistique, par classes d'âge, au GDL, 2010 (en nombre d'ETP)

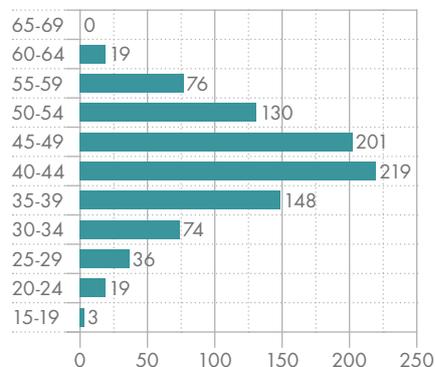


Figure n°48: Personnel hospitalier médico-technique, par classes d'âge, au GDL, 2010 (en nombre d'ETP)

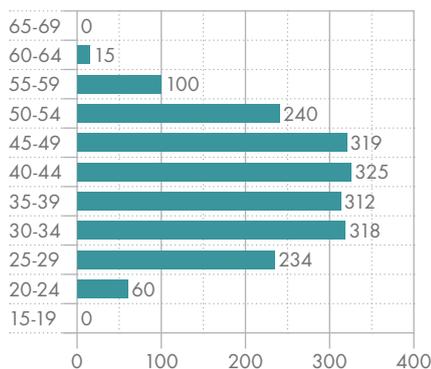
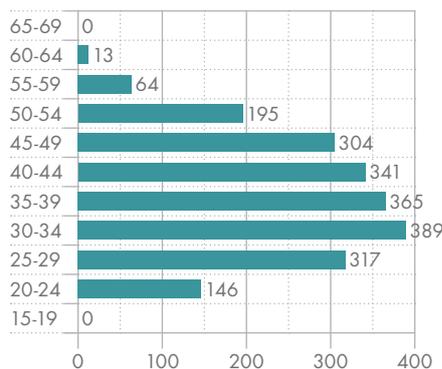


Figure n°49: Personnel hospitalier soignant, par classes d'âge, au GDL, 2010 (en nombre d'ETP)



• **Évolution des pays de résidence du personnel hospitalier, 2005-2011**

Tableau n°31 : Évolution des pays de résidence du personnel hospitalier, 2005-2011

(Source : Ministère de la Santé, registre des professionnels de santé)

		Luxembourg	Belgique	Allemagne	France	Autres	TOTAL
2005	Nbre	2.703	581	432	958	20	4.694
	%	57,6%	12,4%	9,2%	20,4%	0,4%	100,0%
2006	Nbre	2.723	586	443	1.006	16	4.774
	%	57,0%	12,3%	9,3%	21,1%	0,3%	100,0%
2007	Nbre	2.530	522	466	771	287	4.576
	%	55,3%	11,4%	10,2%	16,8%	6,3%	100,0%
2008	Nbre	2.653	655	523	1.055	78	4.964
	%	53,4%	13,2%	10,5%	21,3%	1,6%	100,0%
2009	Nbre	2.708	692	564	1.195	1	5.160
	%	52,5%	13,4%	10,9%	23,2%	0,0%	100,0%
2010	Nbre	2.725	681	570	1.211	1	5.188
	%	52,5%	13,1%	11,0%	23,3%	0,0%	100,0%
2011	Nbre	2.733	691	572	1.243	2	5.241
	%	52,1%	13,2%	10,9%	23,7%	0,0%	100,0%

La part des professionnels de santé résidents luxembourgeois tend à décroître (de 57,6% en 2005 à 52,1% en 2011).

La **part des professionnels de santé résidents français a augmenté** (de 20,4% en 2005 à **23,7% en 2011**). Ils représentent aujourd'hui **quasi-ment un quart des professionnels de santé** travaillant dans le secteur hospitalier.

La part des professionnels de santé résidents belges et allemands tend à croître légèrement (de 12,4% en 2005 à 13,2% en 2011 pour les résidents belges et de 9,2% en 2005 à 10,9% en 2011 pour les résidents allemands)

Tableau n°32: Évolution des pays de résidence des infirmiers du secteur hospitalier, 2005-2011

(Source : Ministère de la Santé, registre des professionnels de santé)

(tous les infirmiers, y compris infirmiers gradués et spécialisés : en anesthésie et réanimation, en pédiatrie, en psychiatrie)

		Luxembourg	Belgique	Allemagne	France	Autres	TOTAL
2005	Nbre	1.617	436	357	645	15	3.070
	%	52,7%	14,2%	11,6%	21,0%	0,5%	100,0%
2006	Nbre	1.634	439	366	683	11	3.133
	%	52,2%	14,0%	11,7%	21,8%	0,4%	100,0%
2007	Nbre	1.506	372	370	513	204	2.965
	%	50,8%	12,5%	12,5%	17,3%	6,9%	100,0%
2008	Nbre	1.572	463	414	715	41	3.205
	%	49,0%	14,4%	12,9%	22,3%	1,3%	100,0%
2009	Nbre	1.612	479	446	815	0	3.352
	%	48,1%	14,3%	13,3%	24,3%	0,0%	100,0%
2010	Nbre	1.626	475	450	829	1	3.381
	%	48,1%	14,0%	13,3%	24,5%	0,0%	100,0%
2011	Nbre	1.641	478	455	861	1	3.436
	%	47,8%	13,9%	13,2%	25,1%	0,0%	100,0%

La part des infirmiers résidents luxembourgeois tend à décroître (de 52,7% en 2005 à 47,8% en 2011).

La part des infirmiers résidents français a nettement augmenté (de 21% en 2005 à 25,1% en 2011)

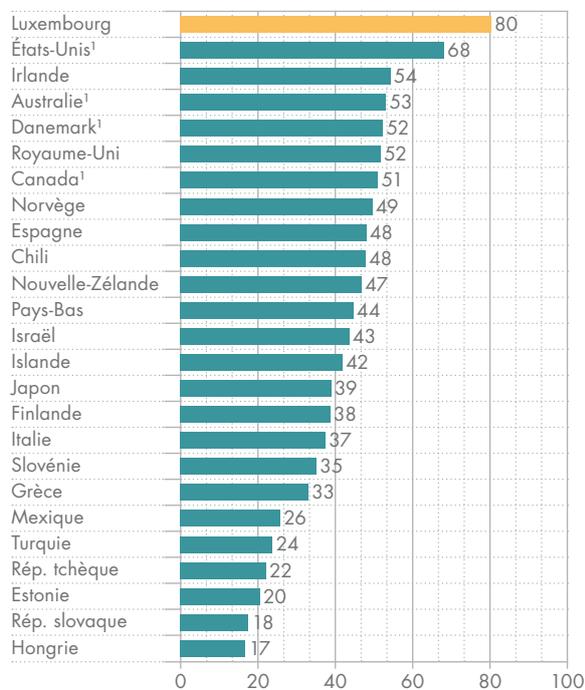
La part des infirmiers résidents allemands tend à croître légèrement (de 11,6% en 2005 à 13,2% en 2011)

La part des infirmiers résidents belges stagne autour de 14%.

Ces chiffres illustrent bien la dépendance du Grand-Duché vis-à-vis de l'étranger en termes de recrutement de personnel. L'immigration de personnel soignant est une richesse dans la mesure où elle contribue à l'apport de savoirs mais le niveau des compétences peut toutefois varier selon le pays de provenance et cette immigration peut être source de difficultés pour les patients du point de vue linguistique et culturel.



Figure n°50: Benchmark international: Rémunération des infirmiers en hôpital en USD PPA, 2009 (ou année la plus proche) (Source: OCDE, Panorama de la santé 2011)



En milliers de USD PPA

1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau plus élevé aux États-Unis, Canada, Australie et Danemark, d'où une surestimation.

• Constats

- **Le personnel hospitalier: un enjeu de toute importance**

Le Luxembourg ne peut assurer son autonomie dans les services de santé en matière de personnel soignant. Il ne forme pas assez de professionnels pour occuper l'ensemble des postes disponibles dans le secteur hospitalier et extra-hospitalier.

Pour être en mesure de faire fonctionner les services de santé, il doit avoir recours à un **recrutement dans la grande région** transfrontalière. Le recrutement se fait prioritairement en Lorraine, Wallonie et Sarre.

La **capacité d'attraction des professionnels de la santé** se fait grâce à une **rémunération salariale** supérieure à celle de ses voisins limitrophes. Ce recrutement à l'étranger pose d'autre part des **problèmes** conséquents que les établissements ont à gérer :

- **difficultés de communication** dans leur langue pour les patients dépendants ou avec troubles cognitifs,
- **plan de formation linguistique** mis en place,
- **difficulté à gérer** de manière cohérente des professionnels ayant des niveaux de formation différents : baccalauréat technique au Luxembourg, baccalauréat plus trois ans en France,
- **différence d'attributions professionnelles entre le Luxembourg et les 3 pays frontaliers**, ce qui engendre l'obligation pour les employeurs de former les professionnels qu'ils embauchent aux attributions luxembourgeoises à assumer dans l'exercice de leur contrat de travail,
- **obligation de développer des politiques de soins intégrant la diversité de formation des professionnels pour garantir au patient une continuité des soins** cohérente,
- **complexité pour créer un véritable esprit d'équipe**, en raison du sentiment possible de non appartenance au pays chez les personnels non-résidents. La question de l'intégration sociale et professionnelle des salariés se pose aux employeurs du secteur hospitalier.

Face à un tel enjeu, les autorités publiques (Ministère de la Santé et Ministère de l'Éducation Nationale) devraient **développer une stratégie** à 15 ans qui permettra d'**accroître le seuil d'autonomie du pays en matière**

de personnel soignant. Pour cela, des **prévisions du besoin** sont à faire, accompagnées de prévisions en termes de **capacités et de structure de formation.**

Tout comme pour les médecins, il est nécessaire de mettre en place un pilotage national basé sur plusieurs types d'indicateurs, d'autant que la formation des professionnels de santé n'est pas sous la responsabilité des autorités publiques ayant la santé dans leurs attributions.

En parallèle, une politique visant **le maintien dans l'emploi** le plus long-temps possible, par des mesures de protection du burn-out professionnel, devrait permettre d'accroître les ressources en personnel soignant. Des mesures de protection et de prévention des pathologies chroniques (ex: dos) chez les soignants doivent être une priorité tant des employeurs que des services de médecine du travail ou des comités mixtes d'établissement, afin de diminuer les abandons professionnels.

- La pratique de la sous-traitance

Le **secteur hospitalier** a intégré les pratiques courantes de gestion des entreprises commerciales en pratiquant de la **sous-traitance pour certains secteurs** d'activité hospitalière, tels que le nettoyage, la cuisine, la sécurité, la blanchisserie.

Toutefois, pour des raisons sociales et de politique d'emploi dans le territoire desservi par l'hôpital, **certains établissements ont conservé des équipes** pour assumer les prestations de ces centres de frais.

La **comparaison des effectifs hospitaliers**, plus particulièrement dans le secteur logistique doit **tenir compte de ces choix** faits en matière de sous-traitance.

- L'effet modeste des fusions hospitalières sur les dotations

Plusieurs **fusions hospitalières** ont eu lieu dans la région Centre avec la création du Centre Hospitalier du Kirchberg et la fusion CHL-Eich, dans la région Nord avec la création du Centre Hospitalier du Nord regroupant l'Hôpital Saint-Louis et la Clinique de Wiltz, et dans la région Sud avec la fusion des hôpitaux de la ville d'Esch, de l'Hôpital Princesse Marie-Astrid et de l'Hôpital de la Ville de Dudelange.

Lors de ces fusions, la Commission des Normes a **programmé des réductions de normes pour certains centres de frais.**

Mais les effets de la fusion avec diminution des effectifs dans des centres de frais tels que les laboratoires, pharmacies, les services administratifs,... sont **encore attendus en raison du maintien de certaines activités parfois sur le même nombre de sites.**

• Conclusion générale sur les ressources humaines hospitalières

Représentant un capital essentiel pour les soins hospitaliers, et une part importante des dépenses de santé de ce secteur, **les ressources humaines tant médicales que soignantes doivent être planifiées à moyen et long terme.**

Le pilotage d'une politique nationale en matière de ressources humaines doit intégrer divers indicateurs permettant de prévoir les besoins à temps.

La politique en ce domaine doit être **concertée au niveau gouvernemental** et non pas seulement au niveau du secteur de la santé, car cela nécessite de générer **des politiques incitatives pour la jeunesse luxembourgeoise à se former aux métiers de la santé.**

L'idée émergente de création d'une **faculté de médecine au Luxembourg** nécessite d'être mise en discussion au regard des avantages et inconvénients. En effet, la formation des médecins demande un encadrement par des professionnels hautement qualifiés, ayant une expérience incontestable, capables d'encadrer, et une organisation de la médecine hospitalière structurée garantissant la continuité de présence médicale. De plus, les acquisitions de compétences médicales se font par fréquence de rencontre de cas cliniques, difficiles à trouver sur un territoire de 525 000 habitants.

De ce fait, dans l'intérêt de la qualité des soins de santé pour l'avenir, il y a lieu de réfléchir aux **alliances transfrontalières à développer** pour permettre aux jeunes luxembourgeois d'accéder à des formations médicales de haut niveau.

Tant pour les soignants que pour les médecins, il y a donc lieu de développer des stratégies permettant une maîtrise à moyen et long terme de la réponse aux besoins en soins de la population, visant une dépendance moins importante face à la main d'œuvre étrangère.

La formation au pays pour la plupart de ces professions à grand volume de besoins et la diminution par conséquent de l'obligation de recours à du personnel étranger devrait être un objectif national concerté, engendrant un plan d'actions sur plusieurs années, et impliquant des acteurs en provenance tant du milieu professionnel, que des différents Ministères concernés (Santé, Famille, Éducation Nationale, Formation supérieure, Travail).

3.6 Éléments de prospective et propositions

• **Capacités**

Au regard de l'évolution démographique et de l'intensification de l'attrait constaté de la part des patients non-résidents :

- Favoriser activement les prises en charges ambulatoires,
- Veiller à maintenir les priorités d'accès justifiées pour les urgences,
- Maintenir le standard acquis des infrastructures,
- Trouver des solutions à la demande croissante des chambres individuelles, en déconnectant la problématique des premières classes,
- Surveiller de près les besoins d'extension à prévoir, notamment pour la dialyse, les capacités opératoires et d'hospitalisation.

• **Structures**

- (Re)penser la structuration des établissements en fonction des évolutions (virage ambulatoire, multidisciplinarité) et des objectifs, mesurables par des indicateurs, pour l'amélioration de la prise en charge et du devenir post-hospitalier des patients,
- Rendre visible la valeur ajoutée de la fonction de médecin coordinateur,
- Résoudre, sinon atténuer le conflit « planification-remboursement inconditionnel des prestations ».

• Équipements

- Mesurer systématiquement les temps d'accès aux équipements et les comparer à ceux des pays voisins,
- Maintenir le standing des équipements et mettre en place, avec les moyens disponibles, une politique et une gouvernance en matière de Health Technology Assessment,
- Favoriser les échanges et collaborations entre commissions statuant sur les investissements en équipements notamment équipements lourds,
- Exiger des publications d'activités, mesures de résultats, de satisfaction des usagers et de performance comparée de la part notamment des gestionnaires des équipements nationaux,
- Mettre en place des audits externes périodiques et encourager les « labellisations contrôlées ».

• Ressources humaines**Promouvoir le bien-être au travail ainsi que la satisfaction et l'engagement par rapport aux résultats et démarches d'amélioration continue****• Prescripteurs**

- Réfléchir sur des indicateurs de surveillance et de maîtrise du recrutement notamment dans le cadre du conventionnement avec l'assurance maladie,
- Revoir les libertés et critères d'agrément aux établissements hospitaliers en fonction de critères objectifs par rapport à leurs missions et structures,
- Évaluer par des projets pilotes le développement de nouvelles activités et/ou spécialités,
- Encourager, soutenir et orienter les résidents étudiants en médecine.

• Autres professions de santé

- Maintenir et visualiser davantage les méthodes objectives de dotation,
- Encourager davantage les formations, à besoins fréquents, au pays.



Chapitre 4

Taux d'utilisation et performances d'exploitation

_____	4.1 Synthèse des indicateurs-clés, 2009	171
_____	4.2 Note méthodologique	173
_____	4.3 Séjours et journées d'hospitalisation, 2002-2009	178
_____	4.4 Hospitalisations de jour, 2002-2009	191
_____	4.5 Durée moyenne de séjour, 2002-2009	196
_____	4.6 Occupation des lits, 2009	201
_____	4.7 Décès hospitaliers, 2002-2009	210
_____	4.8 Constats, éléments de prospective et propositions	216

4.1 Synthèse des indicateurs-clés, 2009

Tableau n°33: Synthèse des indicateurs-clés, par hôpital, 2009

(Sources: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus, hors activité de rééducation, présence à minuit et ESMJ et CNS pour l'occupation des lits)

	Indicateurs	CHdN	CHL	CHK	ZITHA	CHEM	CSM	TOTAL
Séjours	Nombre	18.867	26.896	22.227	15.182	31.064	4.062	118.298
	% du total	15,9%	22,7%	18,8%	12,8%	26,3%	3,4%	100,0%
Journées	Nombre	105.979	158.864	117.995	68.098	166.624	25.211	642.771
	% du total	16,5%	24,7%	18,4%	10,6%	25,9%	3,9%	100,0%
DMS jours (présence à minuit)		7,4	7,7	6,7	7,4	7,5	8,3	7,4
Hospitalisation de jour	% du total des séjours	28,3%	26,5%	24,5%	45,4%	33,3%	28,6%	30,7%
Occupation des lits	Lits occupés en moyenne par jour	277	417	309	172	443	74	1.692
	TO d'occupation (%)	80,9%	72,1%	76,2%	76,0%	72,4%	62,5%	74,1%
Journées > 70 ans	% du total des journées	42,6%	31,2%	32,5%	51,4%	46,2%	62,1%	40,5%
Décès	Nbre de décès / nbre séjours présence à minuit (%)	2,5%	2,4%	1,7%	3,4%	3,3%	2,0%	2,6%

Tableau n°34: Prestations médico-techniques, au GDL, 2009 (en unités d'œuvre)

(Source : CNS, activité opposable et non opposable, résidents et non-résidents, tous les hôpitaux luxembourgeois)

Activités médico-techniques	2009
Laboratoires*	1 322 320
Policlinique-Urgences*	1 117 491
Imagerie médicale*	510 002
IRM*	42 354
Salles opératoires*	61 269
Salles d'accouchement*	6 119
Endoscopie	7 217
Chimiothérapie	17 573
Ergothérapie	186 823
Kinésithérapie	449 161
Hémodialyse*	46 659
Services ou équipements nationaux	
Cardiologie interventionnelle	2 944
Chirurgie cardiaque	699
Lithotritie extracorporelle	537
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	911
Radiothérapie	20 597
Médecine nucléaire*	17 055
PET Scan*	2 197
Radiothérapie	20 597
Gymnase	14 424
Hydrothérapie	17 630
Fécondation in vitro	296

*Activités analysées en détail dans le Fascicule 3 :
 Activités médico-techniques

4.2 Note méthodologique

• Sources des données

- **Ensemble des données**, hormis celles signalées spécifiquement : données de facturation hospitalière
 - Source : Base de données de la Sécurité sociale
 - Extraction : IGSS, Fichier des prises en charge
 - Traitement final pour la présente carte sanitaire : Ministère de la Santé et CRP-Santé

- **Données relatives aux décès :**
 - Source : Direction de la Santé, Service des statistiques, Registre des certificats de décès : il s'agit des décès de fait, c'est-à-dire des cas de décès ayant lieu sur le territoire luxembourgeois, quel que soit le lieu de résidence de la personne décédée.
 - Extraction pour établissements généraux aigus

- **Autres sources de données :** cf signalement afférent

• Champ d'observation et périmètre des données

Le champ d'observation porte, sauf précisions explicites contraires, sur :

- les hôpitaux classés aigus au plan hospitalier 2009, hors établissements nationaux spécialisés, ci-après dénommés **établissements généraux aigus**,
↳ *Centre Hospitalier du Nord (CHdN), Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), Centre Hospitalier du Kirchberg (CHK = Hôpital Kirchberg et Clinique Dr E. Bohler), ZithaKlinik (ZITHA), Centre Hospitalier Émile Mayrisch (CHEM), Clinique Ste Marie (CSM),*

- les **hospitalisations aiguës en unités de soins normaux et intensifs**.
↳ *L'activité de rééducation est exclue pour les établissements ayant des lits de rééducation gériatrique (CHdN, ZITHA, CHEM). Cela peut notamment sous-estimer l'âge moyen des patients pris en charge par l'hôpital dans la mesure où la moyenne d'âge des services de rééducation gériatrique est élevée.*
- les **hospitalisations complètes** (>24h, avec présence à minuit) et les **hospitalisations de jour** (entrée et sortie le même jour - ESMJ, sans présence à minuit). Les ESMJ incluent ici l'activité réalisée dans les places de surveillance ambulatoire.
- les **diagnostics issus de la Classification Internationale des Maladies** (CIM, en anglais *International Statistical Classification of Diseases, ICD*):
 - codification à 3 caractères,
 - diagnostics codés par les médecins hospitaliers à la sortie de l'hospitalisation,
 - un seul code diagnostic disponible pour un séjour hospitalier
- une **période pluriannuelle de 2002 à 2009**, ce qui, sans préjudice de la qualité des données, permet de donner une certaine robustesse aux observations et de connaître l'évolution des paramètres suivis; les données de 2010 et de 2011 n'ont pas été reprises du fait de l'impact sur les données d'activité de la grève des médecins fin 2010 et le report d'activités planifiées début 2011. Les hospitalisations sont classées en fonction de la date de fin de l'hospitalisation.

D'un point de vue populationnel, les données d'hospitalisation présentées concernent:

- les **personnes résidentes ou non**, relevant, directement ou par assimilation, de la **protection de l'assurance maladie (assurés CNS)** et qui ont été hospitalisées pour des activités opposables à la CNS c'est-à-dire des « *activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière* » (*Rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers, IGSS, Août 2012, p7*).
NB: **5% des séjours hospitaliers aigus** concernent des **non-résidents**.

Les données et les calculs subséquents ne comprennent pas :

- les données d'activité non opposables à la CNS selon ses statuts,
- les données d'activité des personnes non assurées par la CNS dont notamment les fonctionnaires et autres agents des institutions de l'Union Européenne (affiliés au Régime Commun d'Assurance Maladie - RCAM) qui représentent **environ 5% de la population résidente.**

• Définitions et modes de calcul

- **Hospitalisation complète/Présence à minuit:** « Cas pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge comportant au moins une journée entière avec présence du patient à minuit » (IGSS, Rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers, Août 2012, p.27)
- **Hospitalisation de jour/Entrée et sortie le même jour (ESMJ):** « Cas pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit, ou a facturé une place de surveillance ou une hospitalisation de jour en psychiatrie » (IGSS, Rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers, Août 2012, p.27)
- **Séjour hospitalier:** correspond à une **hospitalisation de jour ou complète**, autrement dit à une admission et une sortie en entrée et sortie le même jour (ESMJ) ou avec une ou plusieurs présences à minuit.
- **Épisode:** peut comporter des séjours hospitaliers successifs dans plusieurs hôpitaux.
Exemple: si un patient est hospitalisé consécutivement au CHL puis à l'INCCI puis au CHEM = 3 déclarations de prise en charge = 3 sorties = 3 hospitalisations = 3 séjours = 1 épisode
- **Durée moyenne de séjour:** DMS = moyenne (date fin – date début des séjours en présence à minuit) de tous les séjours
- **Occupation des lits:**
 - **Lits occupés en moyenne par jour (LOM) =** moyenne des journées d'hospitalisation facturées (présence à minuit ou ESMJ) par jour calculée sur le mois ou l'année civile

- **Taux d'occupation (TO)** = (nombre de journées d'hospitalisation facturées pour une année / (nombre de lits autorisés au Plan Hospitalier National 2009 * 365)) * 100

• Limites

- Le mode d'admission n'est pas connu : les données **ne distinguent pas les admissions urgentes des admissions planifiées**.
- Les **motifs d'admission à l'hôpital ne sont pas codés** :
Ex : un patient qui vient se faire opérer de la hanche est classé sous le diagnostic de coxarthrose.
- **En termes d'exhaustivité de la population couverte** : l'absence de recensement des données **d'activités non opposables** à la CNS empêche la constitution d'une base de données permettant d'identifier et de disposer de l'ensemble de l'activité hospitalière. Ainsi, les données d'hospitalisation telles que le nombre de séjours, de journées et l'occupation des lits, sont sous-estimées de façon correspondante. Il doit absolument en être tenu compte dans le cadre de l'élaboration du prochain plan hospitalier national ainsi que dans les comparaisons internationales (OCDE, OMS). En effet, dans l'intérêt d'une **planification hospitalière**, ces données devraient être enregistrées et identifiées comme telles, dans une base nationale de données d'activités hospitalières et, le cas échéant, être intégrées dans les données fournies à des fins de benchmark, aux organismes internationaux. Cette remarque ne vaut toutefois pas pour les données relatives aux décès hospitaliers, ces dernières comprenant toutes les personnes décédées dans les hôpitaux visés, qu'elles soient résidentes ou non et qu'elles soient assurées CNS ou non.
- **En termes de codage des diagnostics** :
 - **Un seul code diagnostic est retenu par patient et par séjour hospitalier** (le premier annoté, même si plusieurs ont été codés par le médecin) dans le fichier mis à disposition pour réaliser la carte sanitaire. Or, il est important de connaître tous les diagnostics codés (principal et associés).

- **Particularité des diagnostics inconnus/non codés :**
Les « diagnostics classés inconnus » sont les diagnostics non codifiés ou restés inclassables.
Ils sont en évolution constante mais irrégulière et représente 3.3% des séjours hospitaliers en 2009. Pour cette raison, ils ne peuvent être exclus de l'analyse des raisons de recours à l'hospitalisation car ils posent un problème croissant de fiabilité pour l'analyse de l'ensemble des données d'hospitalisation. Ils sont classés sous le code 000 pour cette analyse.
↳ pour plus de détails: cf Fascicule 2: Recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (ICD 10)
- Certains constats font observer qu'il n'y a **pas de contrôle de la validité de la codification** fournie, qui peut être manuelle ou électronique, ni de rejet de codifications impossibles ou erronées avant enregistrement dans la base de données.
Ex. d'erreurs de codage: Chapitre ICD 10 n°15 - Grossesse, accouchement, puerpéralité: 10 séjours concernent des hommes en 2009 et 5 séjours concernent des patientes aux âges extrêmes de la vie (0-4 ans et 80-94 ans).
- **Le codage à 3 caractères manque de précision, mais de plus, il n'est pas toujours réalisé de manière précise et consciencieuse.** Ainsi, de nombreuses catégories imprécises « autres... » sont retenues pour le codage des séjours hospitaliers parmi les diagnostics les plus fréquemment codés. Le codage réalisé ne respecte donc pas toujours la finesse des items proposés par la nomenclature ICD 10.
Ex: Maladies infectieuses et parasitaires (Chap. ICD 10 n°1): Le 2^e diagnostic le plus fréquent est "autres maladies bactériennes", or ceci est en contradiction avec les résultats précis fournis par les laboratoires de bactériologie.
Une convention CNS-AMMD (*Association des Médecins et Médecins-Dentistes*) pour une extension à 4 caractères a été conclue mais elle n'a pas encore été transposée.
Il y a lieu de se poser la question de la formation à la codification ICD 10.
- L'évolution 2002-2009 n'étant pas toujours linéaire, les petits nombres et leur évolution sont à interpréter avec circonspection et il convient de se référer également aux détails des chapitres ICD 10.

- **En termes de date des bases de données disponibles:** limitation liée à l'absence de clôture réelle de la base IGSS en raison de sa mise à jour permanente du fait de l'arrivée tardive de mémoires d'honoraires médicaux (délai de 2 ans autorisé) ou de factures hospitalières. De fait, une analyse de la base de données faite à une certaine date ne produira pas de manière systématique les mêmes résultats que la même analyse faite 2 semaines au préalable.

Si ces constats reflètent un certain nombre d'insuffisances conceptuelles et opérationnelles du système d'information hospitalier, il y a néanmoins lieu de souligner que le pays dispose d'une centralisation des données des assurés CNS (95% de la population résidente).

Une **Commission consultative de la documentation hospitalière** a été instituée par règlement grand-ducal du 26 décembre 2012. Des propositions d'amélioration sur le concept, la méthodologie de recueil, de traitement et d'exploitation de ces données sont proposées à la fin de ce chapitre dans les éléments de prospective.

4.3 Séjours et journées d'hospitalisation, 2002-2009

• Définitions

- **Séjour hospitalier:** correspond à une **hospitalisation de jour ou complète**, autrement dit à une admission et une sortie en entrée et sortie le même jour (ESMJ) ou avec une ou plusieurs présences à minuit.
- **Hospitalisation complète / présence à minuit:** «*Cas pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge comportant au moins une journée entière avec présence du patient à minuit*» (IGSS, Rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers, Août 2012, p.27)

- **Hospitalisation de jour / Entrée et sortie le même jour (ESMJ):**
«Cas pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit, ou a facturé une place de surveillance ou une hospitalisation de jour en psychiatrie» (IGSS, Rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers, Août 2012, p.27)

• Évolution des hospitalisations, 2002-2009

Tableau n°35: Évolution des hospitalisations, par établissement, 2002-2009 (Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ)

Régions hospitalières	Établissements	Indicateurs	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Croissance annuelle moy. (%)	Évol. 2002-2009
Nord	CHdN	Nbre séjours	16.471	16.719	16.522	17.992	18.171	18.636	18.516	18.867	+2,0%	+14,5%
		Nbre journées	101.144	98.293	97.680	102.687	105.145	104.803	102.486	105.979	+0,7%	+4,8%
Centre	CHL	Nbre séjours	26.377	26.355	26.227	26.161	25.912	26.421	26.855	26.896	+0,3%	+2,0%
		Nbre journées	153.538	158.032	150.104	150.101	146.151	152.134	151.011	158.864	+0,5%	+3,5%
	CHK	Nbre séjours	14.665	13.935	15.196	17.428	19.499	20.382	22.070	22.227	+6,1%	+51,6%
		Nbre journées	104.742	92.019	101.527	105.135	113.166	114.288	121.668	117.995	+1,7%	+12,7%
	ZITHA	Nbre séjours	11.614	12.800	13.978	13.050	12.726	13.477	14.688	15.182	+3,9%	+30,7%
		Nbre journées	69.441	71.999	70.679	65.002	64.583	67.090	66.700	68.098	-0,3%	-1,9%
Sud	CHEM	Nbre séjours	26.442	26.871	26.721	26.056	26.651	28.772	30.169	31.064	+2,3%	+17,5%
		Nbre journées	165.403	163.482	154.210	157.474	165.041	165.412	167.258	166.624	+0,1%	+0,7%
	CSM	Nbre séjours	4.302	4.094	4.071	4.323	4.170	3.851	3.795	4.062	-0,8%	-5,6%
		Nbre journées	29.382	26.905	24.926	24.904	24.734	26.324	22.578	25.211	-2,2%	-14,2%
TOTAL	Nbre séjours	99.871	100.774	102.715	105.010	107.129	111.539	116.093	118.298	+2,4%	+18,5%	
	Nbre journées	623.650	610.730	599.126	605.303	618.820	630.051	631.701	642.771	+0,4%	+3,1%	

La croissance des séjours hospitaliers au Grand-Duché entre 2002 et 2009 (+18.5%) a été plus forte que la croissance de la population

sur la même période (+11.1%) avec une progression annuelle moyenne de 2.4%, tandis que la croissance des journées d'hospitalisation (+3.1%) a été plus faible, avec une progression annuelle moyenne de 0.4%.

L'évolution des séjours hospitaliers entre 2002 et 2009 varie beaucoup d'un établissement à l'autre, allant de -5.6% pour la Clinique Ste Marie à +30.7% pour la ZithaKlinik et +51.6% pour le CHK.

Figure n°51 : Évolution des séjours hospitaliers, par établissement, 2002-2009 (Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ)

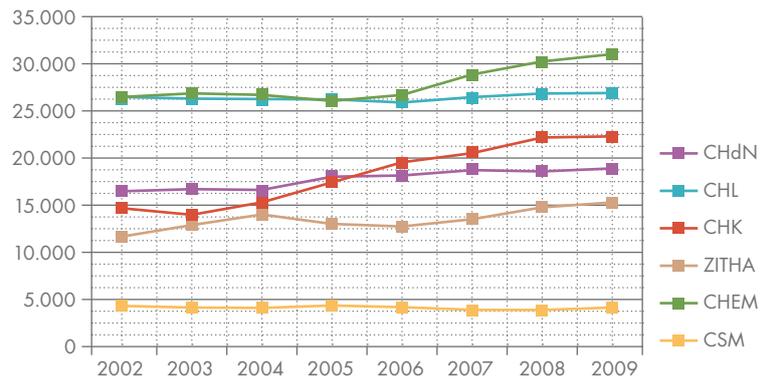
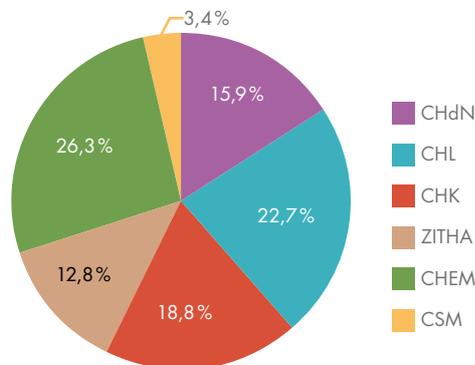


Figure n°52 : Répartition des séjours hospitaliers, par établissement, 2009 (Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ)



Le CHEM et le CHL réalisent quasiment la moitié (49%) des séjours hospitaliers au Grand-Duché avec respectivement 26.3% et 22.7% des séjours hospitaliers en 2009.

La Clinique Ste Marie, dont l'activité hospitalière est assez diversifiée, ne réalise que 3.4% du total des séjours hospitaliers.

• Structure d'âge des hospitalisations, 2002-2009

Tableau n°36: Évolution de la répartition des séjours hospitaliers, par âge, au GDL, 2002-2009 (en % du total des séjours) (Source : IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation : Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ)

Âge	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2002-09
0-4	4,9%	4,5%	4,4%	4,5%	4,3%	4,3%	4,2%	4,1%	▼
5-14	4,8%	4,6%	4,4%	4,5%	4,3%	4,6%	4,3%	4,1%	▼
15-24	6,7%	6,7%	6,6%	6,3%	6,4%	6,3%	6,1%	6,0%	▼
25-34	12,7%	12,4%	12,3%	12,2%	12,3%	12,0%	12,2%	12,0%	▼
35-44	13,7%	13,6%	13,8%	13,8%	14,2%	13,9%	14,1%	13,6%	▼
45-54	13,0%	12,9%	13,4%	13,8%	14,2%	14,1%	14,6%	14,3%	▲
55-64	12,3%	12,7%	13,0%	12,6%	12,7%	12,8%	13,0%	13,5%	▲
65-74	15,0%	15,0%	14,4%	14,3%	13,8%	13,7%	13,4%	13,7%	▼
75-84	12,4%	13,1%	13,4%	13,6%	13,4%	13,7%	13,5%	13,9%	▲
85 et +	4,5%	4,4%	4,3%	4,5%	4,6%	4,6%	4,6%	4,7%	▲
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

L'observation de l'évolution de la répartition des séjours hospitaliers par âge montre une croissance plus importante des tranches d'âges plus âgées et une diminution de la part des hospitalisations concernant les plus jeunes. **En 2009, les séjours hospitaliers des + de 65 ans représentaient 1/3 du total des séjours hospitaliers aigus.**

Figure n°53: Pyramide des âges des hospitalisations, selon le nombre de séjours, au GDL, 2009

(Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ)



Figure n°54: Pyramide des âges des hospitalisations, selon le nombre de journées, au GDL, 2009

(Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ)



Les pyramides des âges des hospitalisations diffèrent selon que l'analyse est réalisée en nombre de séjours ou en nombre de journées d'hospitalisation.

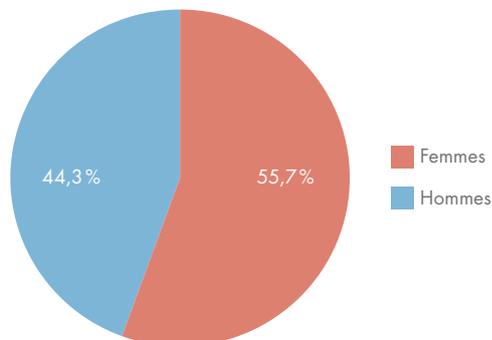
En effet, les séjours hospitaliers sont globalement répartis sur les différentes tranches d'âges alors qu'il est constaté une augmentation de la consommation des journées avec l'âge.

• Données d'hospitalisation selon le genre, 2002-2009

Tableau n°37: Répartition des séjours hospitaliers, par genre, au GDL, 2002-2009 (Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit et ESMU)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Femmes	53,9%	54,3%	55,0%	55,1%	55,1%	55,3%	55,4%	55,7%
Hommes	46,1%	45,7%	45,0%	44,9%	44,9%	44,7%	44,6%	44,3%

Figure n°55: Répartition des séjours hospitaliers, par genre, au GDL, 2009



L'observation de la répartition des séjours hospitaliers par genre montre que **les femmes ont un recours à l'hospitalisation plus important que les hommes**, qui s'explique essentiellement par la maternité. En 2009, **55.7% des séjours sont attribués à des femmes** contre 44.3% à des hommes.

Cette observation se renforce au fil des années, le taux de séjours hospitaliers attribués à des femmes étant passé de 53.9% en 2002 à 55.7% en 2009.

Figure n°56: Distribution des séjours hospitaliers selon l'âge et le genre, au GDL, 2009 (Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ)



La modalité 15-44 ans correspondant à l'âge des femmes en âge de procréer, il est donc naturellement observé une part plus importante de séjours hospitaliers concernant des femmes.

Les informations détaillées relatives aux accouchements sont décrites aux fascicules 2 (sous chap. ICD 10 n°15 Grossesse, accouchement) et 3 (sous salles d'accouchement).

• Données d'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (ICD 10)

Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ

Pour certains chapitres ICD 10, certains établissements ont été ajoutés ou retirés de l'analyse:

- Le CHNP a été intégré au périmètre des établissements analysés au chapitre 5 relatif aux troubles mentaux et du comportement et l'INCCI au chapitre 9 relatif aux maladies de l'appareil circulatoire afin de donner une vision d'ensemble de la problématique.
- Chapitre 15 – Grossesse, accouchement et puerpéralité: exclusion des hospitalisations codées à la ZITHA (2009: 5 séjours) et à la CSM (2009: 1 séjour) qui n'ont pas de maternité et des hospitalisations concernant des hommes (2009: 10 séjours), considérées comme erreur de codage.
- Chapitre 16 – Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale: exclusion des hospitalisations codées à la ZITHA (2009: 0 séjour mais 1 séjour en 2003, 2005 et 2007) et à la CSM (aucun séjour recensé pour ce chapitre) qui n'ont pas de service de néonatalogie ou de pédiatrie.

- Chapitre 21 – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé: retrait des codes Z50 – soins impliquant une rééducation (2009: 31 séjours mais 443 séjours en 2004) par souci d'homogénéisation car ces codes n'ont pas été inclus de la même façon chaque année.

→ Résultats globaux 2009

SÉJOURS HOSPITALIERS

- 1^e cause: Maladies du système ostéo-articulaire (13.2% du total des séjours)
- 2^e cause: Maladies de l'appareil digestif (10.2%)
- 3^e cause: Maladies de l'appareil circulatoire (10.1%)

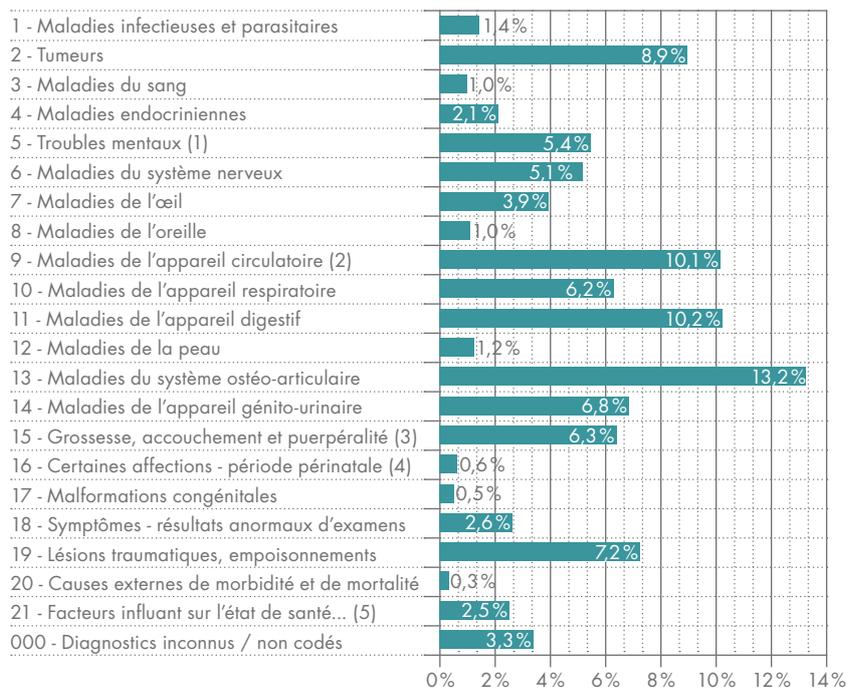
JOURNÉES D'HOSPITALISATION

- 1^e cause: Troubles mentaux et du comportement (23.6% du total des journées)
- 2^e cause: Maladies de l'appareil circulatoire (11.4%)
- 3^e cause: Tumeurs (10%)

Figure n°57: Case-mix des séjours hospitaliers, par chapitre ICD 10, au GDL, 2009 (en % du total des séjours)

(Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (sauf exceptions mentionnées sous tableau), hors activité de rééducation, présence à minuit et ESMJ)

- (1) Établissements généraux aigus + CHNP
- (2) Établissements généraux aigus + INCCI
- (3) Exclusion des hospitalisations codées à la ZITHA et à la CSM qui n'ont pas de maternité et des hospitalisations concernant des hommes, considérées comme erreur de codage
- (4) Exclusion des hospitalisations codées à la ZITHA et à la CSM qui n'ont pas de service de néonatalogie ou pédiatrie
- (5) Exclusion des codes Z50 – soins impliquant une rééducation



→ Synthèse des éléments singuliers

Les observations présentées ci-après sont la **synthèse des éléments singuliers relevés pour chaque chapitre ICD 10 et qui méritent d'être signalés** pour vérifier s'il s'agit de (nouveaux) problèmes de santé publique, d'évolutions des types de prises en charge, d'arrêt des transferts à l'étranger ou simplement de changements de pratiques de codage des professionnels.

• Séjours hospitaliers, évolution 2002-2009

Pour certains chapitres ICD 10, il est observé une croissance des séjours particulièrement élevée entre 2002 et 2009 au regard de la **croissance de la population de 11.1 %** sur la même période. Les données mises à disposition ne permettent toutefois pas de tirer des conclusions catégoriques, sans réalisation d'investigations supplémentaires.

Exemples d'augmentation significative des séjours hospitaliers pour certains chapitres ICD 10 entre 2002 et 2009 :

- **Maladies endocriniennes** (chap.4) : **+60%** (de 1 551 séjours en 2002 à 2 479 en 2009)
- Maladies du **système nerveux** (chap.6) : **+53%** (de 4 012 séjours en 2002 à 6 136 en 2009)
- Maladies de l'**œil** (chap.7) : **+66%** (de 2 841 séjours en 2002 à 4 709 en 2009)
- Maladies de l'**appareil digestif** (chap.11) : **+26%** (de 9 663 séjours en 2002 à 12 194 en 2009 ; à noter, une forte hausse des séjours au CHEM : +71 %)
- Maladies de la **peau** (chap.12) : **+67%** (de 858 séjours en 2002 à 1 429 en 2009 ; à noter, une forte hausse des séjours au CHK : +280 % et à la ZITHA : +92 %)
- Maladies du système **ostéo-articulaire** (chap.13) : **+34%** (de 11 803 séjours en 2002 à 15 758 en 2009 ; à noter, une forte hausse des séjours à la CSM : +200 %, et au CHK : +172 %)
- Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (chap.21) : de 727 séjours en 2002 à 2 934 en 2009

Il est regrettable, en outre, de constater une hausse de **59%** des hospitalisations pour **diagnostics inconnus/non codés** (de 2 519 séjours en 2002 à 3 992 en 2009).

On peut toutefois noter **certaines baisses** des séjours hospitaliers :

- Maladies de l'oreille (chap.8) : **-28%** (de 1 719 séjours en 2002 à 1 239 en 2009)
- Maladies de l'appareil respiratoire (chap.10) : **-16%** (de 8 859 séjours en 2002 à 7 450 en 2009)
- Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (chap.17) : **-21%** (de 702 séjours en 2002 à 556 en 2009)

20 diagnostics de sortie les plus fréquents :

Le classement des diagnostics les plus fréquents selon le nombre de séjours n'a quasiment pas changé entre 1998 et 2009 (cf. Cartes sanitaires 1^e à 4^e édition, cf aussi détails sous Fascicule 2) :

→ **1)** Cataracte sénile (H25), **2)** Accouchement unique et spontané (O80), **3)** Lésion interne du genou (M23), **4)** Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10), **5)** Maladies chroniques des amygdales et des végétations (J35), **6)** Atteintes d'autres disques intervertébraux (M51), **7)** Arthrose du genou (M17), **8)** Cardiopathie ischémique chronique (I25), **9)** Accouchement unique par césarienne (O82), **10)** Angine de poitrine (I20), **11)** Insuffisance cardiaque (I50), **12)** Mononévrite du membre supérieur (G56), **13)** Arthrose de la hanche (M16), **14)** Hernie inguinale (K40), **15)** Épisodes dépressifs (F32), **16)** Varices des membres inférieurs (I83), **17)** Tumeur maligne du sein (C50), **18)** Tumeur maligne des bronches et du poumon (C34), **19)** Fibrillation et flutter auriculaires (I48), **20)** Gastrite et duodénite (K29).

Exemples d'augmentation significative des séjours hospitaliers entre 2002 et 2009, pour certains diagnostics :

- **Tumeurs** (chap.2) :
 - Autres tumeurs bénignes de la peau (D23) : +89% (de 169 séjours en 2002 à 319 en 2009)
- **Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** (chap.4) :
 - Obésité (E66) : +305% (de 151 séjours en 2002 à 612 en 2009)

- **Maladies du système nerveux** (chap.6) :
 - Mononévrite du membre supérieur (G56) : +240% (de 342 séjours en 2002 à 1 163 en 2009)
 - Sclérose en plaques (G35) : +175% (de 271 séjours en 2002 à 746 en 2009)
- **Maladies de l'œil** (chap.7) :
 - Cataracte (H25) : +54% (de 2 434 séjours en 2002 à 3 753 en 2009)
- **Maladies du système ostéo-articulaire** (chap.13) :
 - Autres spondylopathies (M48) : de 17 séjours en 2002 à 549 en 2009
- **Maladies de l'appareil génito-urinaire** (chap.14) :
 - Insuffisance rénale aiguë (N17) : +118% (de 84 séjours en 2002 à 183 en 2009)

Certaines évolutions interpellent et mériteraient d'être investiguées davantage afin de savoir si ces évolutions sont liées à des modifications (spontanées) du codage, à une augmentation justifiée des séjours liés à ces diagnostics ou à une augmentation de la « demande induite » non compatible avec un fonctionnement efficient des hôpitaux ?

D'autres évolutions semblent résulter d'une **amélioration des prises en charge**, c'est le cas des **cardiopathies ischémiques chroniques** (I25) dont les séjours hospitaliers ont baissé de 42% depuis 2002 (de 2 628 séjours en 2002 à 1 530 en 2009).

Par ailleurs, **certaines diagnostics sont codés très majoritairement par un seul établissement** : ex : Diagnostic de surdité de transmission et neurosensorielle (H90) : 93% des séjours réalisés en 2009 dans un établissement ; autre ex : Diagnostic de surveillance d'une grossesse normale (Z34) codé dans un seul établissement (541 séjours / 548 en 2009) alors que les autres établissements ayant un service de maternité n'utilisent pas ce code.

• **Pertinence de certains motifs d'hospitalisation**

De nombreux cas d'hospitalisations sont interpellants en termes de pertinence de l'hospitalisation ou de prises en charge par l'assurance maladie :

Ex : Maladies infectieuses : en 2009, on recense 41 séjours hospitaliers pour **verrues d'origine virale** (B07)

Ex : Soins dentaires : en 2009, on recense 404 séjours pour **dents incluses et enclavées** (K01) et 195 séjours pour caries dentaires (K02).

- **Pertinence des recours à certains services/équipements/établissements nationaux**

En **onco-hématologie** : en 2009, seulement 50% des séjours hospitaliers sont réalisés au CHL alors que celui-ci dispose du service national. Cette répartition montre donc qu'il existe une **régionalisation des prises en charge**, et non une concentration comme le laisserait présager l'existence d'un service national.

En **neurochirurgie** : le service national ne couvre pas la totalité de l'activité de neurochirurgie centrale car le CHL réalise 77% des actes opératoires de neurochirurgie en 2009. Si l'on se réfère plus précisément à l'acte opératoire de trépanation et ablation de tumeur, hématome ou abcès des hémisphères cérébraux (Nomenclature actes médicaux-2N34), seuls 50% des actes opératoires sont réalisés au CHL.

De manière générale, la question se pose du rôle spécifique, des missions, de la transparence, de la **pertinence et du bon usage de certains services nationaux**. C'est aussi la question de la **continuité de la prise en charge et de l'équité de chances** des patients qui est posée ainsi que celle de la **démultiplication des moyens techniques**, de leur **maintenance** et du **déploiement de compétences** sur différents sites en cas de non-orientation vers le service national.

Si les **établissements nationaux (Baclesse, INCCI, Rehazenter, CHNP) publient des rapports annuels**, tel n'est pas le cas pour la grande majorité des services ou équipements nationaux qui devraient également en produire.

La liberté d'engager un médecin donnée aux organismes gestionnaires des hôpitaux, assortie de la **liberté thérapeutique des médecins et leur mode de rétribution** (nomenclature) **conduisent les hôpitaux à offrir et prescrire toutes les activités, y compris des activités relevant de services nationaux, en dépit du plan hospitalier**.

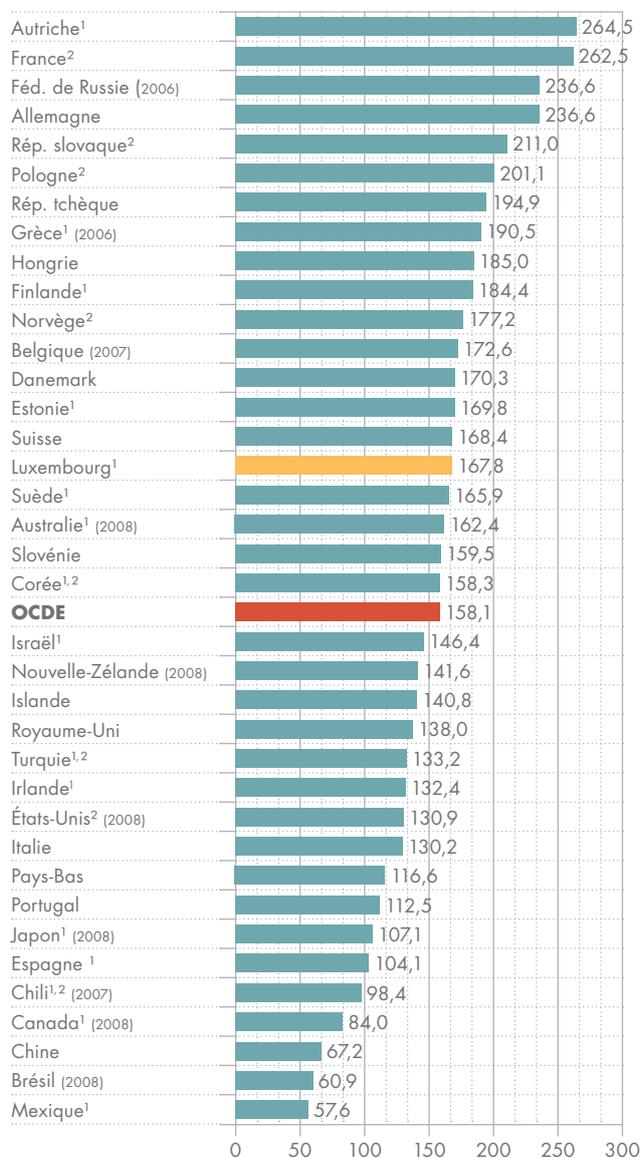
Ainsi certains diagnostics sont codés dans des établissements qui ne devraient pas les prendre en charge : ex : Clinique Ste Marie : 266 séjours hospitaliers en 2009 pour Tumeurs (chap.2) et 216 séjours hospitaliers pour Troubles mentaux (chap.5) alors même que la Clinique Ste Marie n'a pas de service de psychiatrie.

• **Contexte international**



Figure n°58: Benchmark international: Sorties d'hôpital, pour 1.000 habitants, 2009

(ou année la plus proche) (Source: OCDE, Panorama de la santé 2011)



1. Exclut les sorties d'hôpitaux des nouveaux nés en bonne santé (entre 3 et 6% de l'ensemble des sorties)

2. Inclut certaines sorties le jour-même.

Remarque: « Les taux de sortie d'hôpital mesurent le nombre de patients qui quittent un hôpital après y avoir reçu des soins ». (OCDE, *Panorama de la Santé*, p.86). Les données du Luxembourg concernent la **population protégée résidente**, les hôpitaux de soins aigus et excluent les entrées et sorties le même jour (NB : les résidents non assurés exclus représentent environ 5 % de la population résidente).

Ce graphique montre qu'avec 168 sorties d'hôpital (en hospitalisation complète) pour 1 000 habitants en 2009, le Luxembourg a un taux de sortie d'hôpital assez proche de la moyenne des pays de l'OCDE (158 ‰).

Il se situe loin derrière ses voisins français (263 ‰) et allemands (237 ‰) qui ont les taux parmi les plus élevés des pays de l'OCDE. À noter, « le taux élevé observé en France s'explique en partie par l'inclusion d'un certain nombre de sorties le jour même de l'admission (ESMJ) ».

Par ailleurs, « en général, les pays qui ont un nombre relativement élevé de lits d'hôpitaux ont aussi un taux de sortie élevé » (OCDE, *Panorama de la santé 2011*, p.86). Ainsi, l'Allemagne et la France ont respectivement des taux de 8.2 et 6.6 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants en 2009 contre 5.5 pour le Luxembourg (OCDE, *Panorama de la santé 2011*, p.85).

4.4 Hospitalisations de jour, 2002-2009

• Définition

Hospitalisation de jour: « Cas pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit, ou a facturé une place de surveillance ou une hospitalisation de jour en psychiatrie » (IGSS, *Rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers*, Août 2012, p.27)

Les définitions d'activités d'hospitalisation de jour et d'ambulatoire ne sont pas encore homogènes entre les établissements hospitaliers et les organismes de tutelle ou de financement. De fait, toute tentative de comparaison est complexe, chaque établissement organisant ses activités ambulatoires sous des modalités différentes.

Ainsi, certains établissements hospitalisent des patients pour des activités ambulatoires médicales ou chirurgicales dans des lits stationnaires en hospitalisation de jour (entrée et sortie le même jour), facturant ainsi une journée d'hospitalisation tandis que d'autres établissements hospitalisent des patients pour le même type de prise en charge dans un hôpital de jour, et facturent une place de surveillance ambulatoire.

• Évolution des hospitalisations de jour, 2002-2009

Tableau n°38: Évolution des hospitalisations de jour, par établissement, 2002-2009

Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), Entrée et sortie le même jour et unités d'oeuvre de places de surveillance ambulatoire.

Année		CHdN	CHL	CHK	ZITHA	CHEM	CSM	TOTAL
2002	Nbre d'ESMJ	3.344	5.549	1.676	3.839	4.540	599	19.547
	% du total des séjours	20,3%	21,0%	11,4%	33,1%	17,2%	13,9%	19,6%
2003	Nbre d'ESMJ	3.764	4.980	1.432	4.414	4.957	673	20.220
	% du total des séjours	22,5%	18,9%	10,3%	34,5%	18,3%	16,4%	20,0%
2004	Nbre d'ESMJ	3.410	5.362	1.461	5.455	5.088	708	21.484
	% du total des séjours	20,5%	20,4%	9,6%	39,0%	18,8%	17,4%	20,8%
2005	Nbre d'ESMJ	4.799	5.451	3.240	4.657	4.959	854	23.960
	% du total des séjours	26,6%	20,8%	18,6%	35,7%	18,9%	19,8%	22,8%
2006	Nbre d'ESMJ	4.846	6.030	4.495	4.715	5.497	942	26.525
	% du total des séjours	26,7%	23,3%	23,1%	37,1%	20,6%	22,6%	24,7%
2007	Nbre d'ESMJ	4.983	6.685	5.076	5.476	7.521	939	30.680
	% du total des séjours	26,7%	25,3%	24,9%	40,6%	26,1%	24,4%	27,5%
2008	Nbre d'ESMJ	4.880	6.908	5.628	6.630	9.081	961	34.088
	% du total des séjours	26,4%	25,7%	25,5%	45,1%	30,1%	25,3%	29,4%
2009	Nbre d'ESMJ	5.343	7.117	5.442	6.898	10.341	1.161	36.302
	% du total des séjours	28,3%	26,5%	24,5%	45,4%	33,3%	28,6%	30,7%
Croissance annuelle moyenne (%)		6,9%	3,6%	18,3%	8,7%	12,5%	9,9%	9,2%
Évolution 2002-2009		59,8%	28,3%	224,7%	79,7%	127,8%	93,8%	85,7%

Les **hospitalisations de jour** ont progressé à un **rythme annuel de 9.2% en moyenne** entre 2002 et 2009, alors que la progression moyenne des séjours d'hospitalisation complète et de jour a progressé à un rythme annuel de 2.4% en moyenne sur la même période.

Le **taux d'hospitalisation de jour** (% des séjours hospitaliers aigus réalisés en ESMJ) a **fortement augmenté ces dernières années au GDL, passant de 19.6% en 2002 à 30.7% en 2009**.

Toutefois des **variations assez fortes entre établissements hospitaliers** sont observées.

En 2002, ce taux d'hospitalisation de jour varie entre 11.4% (CHK) et 33.1% (ZITHA) selon les établissements.

En 2009, ces proportions varient de 24.5% (CHK) à 45.4% (ZITHA) selon les établissements.

Chaque année entre 2002 et 2009, c'est la **ZITHA** qui a le **taux d'hospitalisation de jour le plus élevé**.

Il convient cependant d'observer le case-mix des prises en charge ainsi que la structure d'âge (les patients âgés étant souvent plus lourds du fait de comorbidités) des établissements qui peut influencer sur la faisabilité de réaliser les séjours en hospitalisation de jour plutôt qu'en hospitalisation complète. L'analyse détaillée réalisée sur les raisons de recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (Fascicule 2), par établissement, permet d'affiner la comparabilité des résultats. Pour autant, de tels écarts entre établissements ne peuvent s'expliquer par le seul case-mix. La ZITHA, qui a la patientèle la plus âgée, a le taux d'hospitalisation de jour le plus élevé, témoignant d'une politique ambulatoire volontariste.

Il convient de remarquer également que ce sont particulièrement les médecins (en regard de la demande et de l'état de santé de leurs patients) qui décident du mode de prise en charge dans l'établissement.

Une politique volontariste pour favoriser l'ambulatoire devra donc être incitative à la fois pour les médecins et pour l'établissement.

Tableau n°39: Évolution des facturations de places de surveillance pour patients ambulatoires, par établissement, 2002-2009

Source: CNS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus

Établissements	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CHdN	0	346	3.354	2.184	2.366	2.531	2.607	2.992
CHL	0	0	0	0	607	1.809	2.640	3.574
CHK	0	0	62	1.864	3.185	3.860	4.380	4.089
ZITHA	0	0	0	4.387	4.440	5.170	6.325	6.450
CHEM	0	0	0	0	182	2.020	3.494	0
CSM	0	0	0	0	0	0	0	0
GDL	0	346	3.416	8.435	10.780	15.390	19.446	17.105

• Données d'hospitalisation de jour selon la Classification Internationale des Maladies (ICD 10), 2002-2009

En 2009, les **taux d'hospitalisation de jour** sont **les plus élevés** parmi les séjours codés aux chapitres ICD 10 relatifs aux **maladies du sang** (56.9%), maladies du **système nerveux** (45.6%), de l'**oreille** (60.9%), de la **peau** (51.1%), du **système ostéo-articulaire** (43.5%) et aux malformations congénitales (44.3%).

Les variations entre établissements sont plus amplement étudiées au *Fascicule 2: Recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (ICD 10) et montrent des marges d'amélioration*. Pour exemple:

- Maladies du sang (chap.3): les séjours ambulatoires varient entre 2% (CHK) et 77% (CHL) en 2009.
- Maladies de l'œil (chap.7): de 17% (CHK) à 46% (CHdN).
- Maladies de l'oreille (chap.8): de 36% (CHK) à 85% (CHdN).
- Maladies du système ostéo-articulaire (chap.13): de 23% (CHL) à 69% (ZITHA).

• Pratique de la chirurgie ambulatoire

NB: La chirurgie ambulatoire est évoquée dans le Fascicule 3 – Activités médico-techniques: Blocs opératoires.

Pour illustrer cette situation, **quatre traceurs** ont été choisis dans le cadre des **Incitants Qualité**, illustrés dans le tableau suivant.

Tableau n°40: Taux d'interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation de jour (ESMJ) pour 4 types d'opérations retenus dans le cadre des Incitants Qualité, 2009 (Source: CNS, Incitants qualité 2009)

Types d'Interventions chirurgicales	% d'interventions réalisées en hospitalisation de jour, 2009		
	Moy GDL	Min.	Max.
Opération de la cataracte	22,2%	4,3%	42,6%
Stripping de varices	32,8%	2,2%	71,3%
Opération de la hernie inguinale	13,8%	0,0%	38,8%
Arthroscopie du genou	29,5%	4,4%	55,8%

Ce tableau qui illustre les variations importantes de pratiques au GDL, montre qu'il existe un fort potentiel de développement des prises en charge ambulatoires. La carte sanitaire 2005 (p.131), avait également déjà illustré le faible développement de ces pratiques au Grand-Duché.

Les pays avoisinants et notamment la Belgique et la France ont mis en place depuis un certain temps et avec succès des stratégies coordonnées avec des volets s'appliquant à la fois aux établissements et aux professionnels concernés. En vue d'une politique plus volontariste, qui permettrait de réduire un certain nombre de séjours en favorisant ces prises en charge ambulatoires, notamment pour les interventions chirurgicales les plus fréquentes telles que les interventions pour cataracte, les arthroscopies du genou, les curetages de l'utérus, certaines hernies, l'extirpation de varices, l'amygdalectomie, les cures de phimosis...etc, le Grand-Duché pourrait s'inspirer de ces initiatives.

• Discussion

Ces « **nouvelles formes d'hospitalisation** » se sont progressivement mises en place dès la fin des années 90 au sein des hôpitaux luxembourgeois, tantôt sans structures dédiées, tantôt avec la mise en place d'hôpitaux de jour permettant des entrées et sorties le même jour pour des thérapies ou des examens diagnostics.

Tel a été le cas tant pour les disciplines somatiques que pour les services de psychiatrie (hôpital de jour).

Leur développement s'est fait sans incitatifs particuliers au niveau du financement, mais dès le plan hospitalier 2009, les emplacements à cet effet n'ont plus été comptabilisés comme lits d'hospitalisation.

Aussi, les nouvelles constructions hospitalières ont prévu des espaces pour ces activités dont l'usage a vite démontré les limites (HK, CHdN). Des **places pour surveillance de patients ambulatoires** ont été créées dans certains établissements, d'abord dans le secteur de l'hospitalisation des adultes puis dans les services de pédiatrie.

Toutefois, cette **activité reste limitée** sur le plan national. La volonté de développer cette forme d'activité hospitalière induit l'obligation de concevoir des espaces dédiés pour accueillir ce type de patients et d'activités, de les rendre modulables et extensibles .

4.5 Durée moyenne de séjour (DMS), 2002-2009

« La durée moyenne de séjour à l'hôpital est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients hospitalisés vers le cadre moins onéreux des soins post-aigus. Toutefois, un séjour plus court exige généralement une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisation. Un séjour trop court peut aussi compromettre l'efficacité du traitement et s'avérer préjudiciable au confort du patient ou à son rétablissement. Si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission, les coûts par épisode de maladie ne diminueront que modérément ou risquent même d'augmenter ». (Source : OCDE, Panorama de la santé 2011)

• Mode de calcul

- **Durée moyenne de séjour:** DMS = moyenne (date fin – date début des séjours en présence à minuit) de tous les séjours

• Évolution de la durée moyenne de séjour, 2002-2009

Tableau n°41 : Durée moyenne de séjour, par établissement, 2002-2009 (en nombre de jours) (Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit, hors ESMJ)

Établissements	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CHdN	7,5	7,3	7,2	7,4	7,5	7,3	7,2	7,4
CHL	7,1	7,2	6,9	7,0	7,0	7,4	7,2	7,7
CHK	7,9	7,2	7,3	7,2	7,2	7,1	7,1	6,7
ZITHA	8,4	8,1	7,7	7,2	7,5	7,7	7,5	7,4
CHEM	7,3	7,2	6,9	7,2	7,5	7,4	7,5	7,5
CSM	7,8	7,7	7,2	6,9	7,4	8,7	7,6	8,3
GDL	7,5	7,3	7,1	7,2	7,3	7,4	7,3	7,4

De manière générale, la durée moyenne de séjour est restée stable entre 2002 et 2009 dans les établissements hospitaliers avec des différences selon les établissements, le CHK et la ZITHA ayant baissé leur DMS tandis que le CHL et la CSM ont vu leur DMS augmenter, particulièrement pour l'année 2009.

• Durée moyenne de séjour selon l'âge

Tableau n°42: Durée moyenne de séjour selon l'âge, au GDL, 2009 (en nombre de jours) (Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation: Z50 exclus), présence à minuit, hors ESMJ)

Âges	DMS 2009
0-4	5,9
5-14	3,7
15-24	5,4
25-34	5,0
35-44	5,5
45-54	6,2
55-64	7,5
65-74	8,4
75-84	10,5
85 et +	12,6
TOTAL	7,4

La durée moyenne de séjour est plus longue pour les hospitalisations qui concernent des patients aux âges extrêmes de la vie.

Cette patientèle est en effet à la fois plus fragile, parfois polypathologique et peut concerner également des patients en fin de vie hospitalisés en soins palliatifs.

• Durée moyenne de séjour selon la Classification Internationale des Maladies (ICD 10), 2002-2009

Source : IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation : Z50 exclus), présence à minuit
Pour certains chapitres ICD 10, certains établissements ont été ajoutés ou retirés de l'analyse (cf point supra : Données d'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies)

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS)

- DMS max. : Troubles mentaux : 28.3 jours (CHNP compris)
- DMS min. : Maladies de l'oeil : 1.8 jours
- DMS pour diagnostic inconnu/non codé : 9.4 jours (idem DMS Tumeurs)

L'analyse des DMS entre 2002 et 2009 montre :

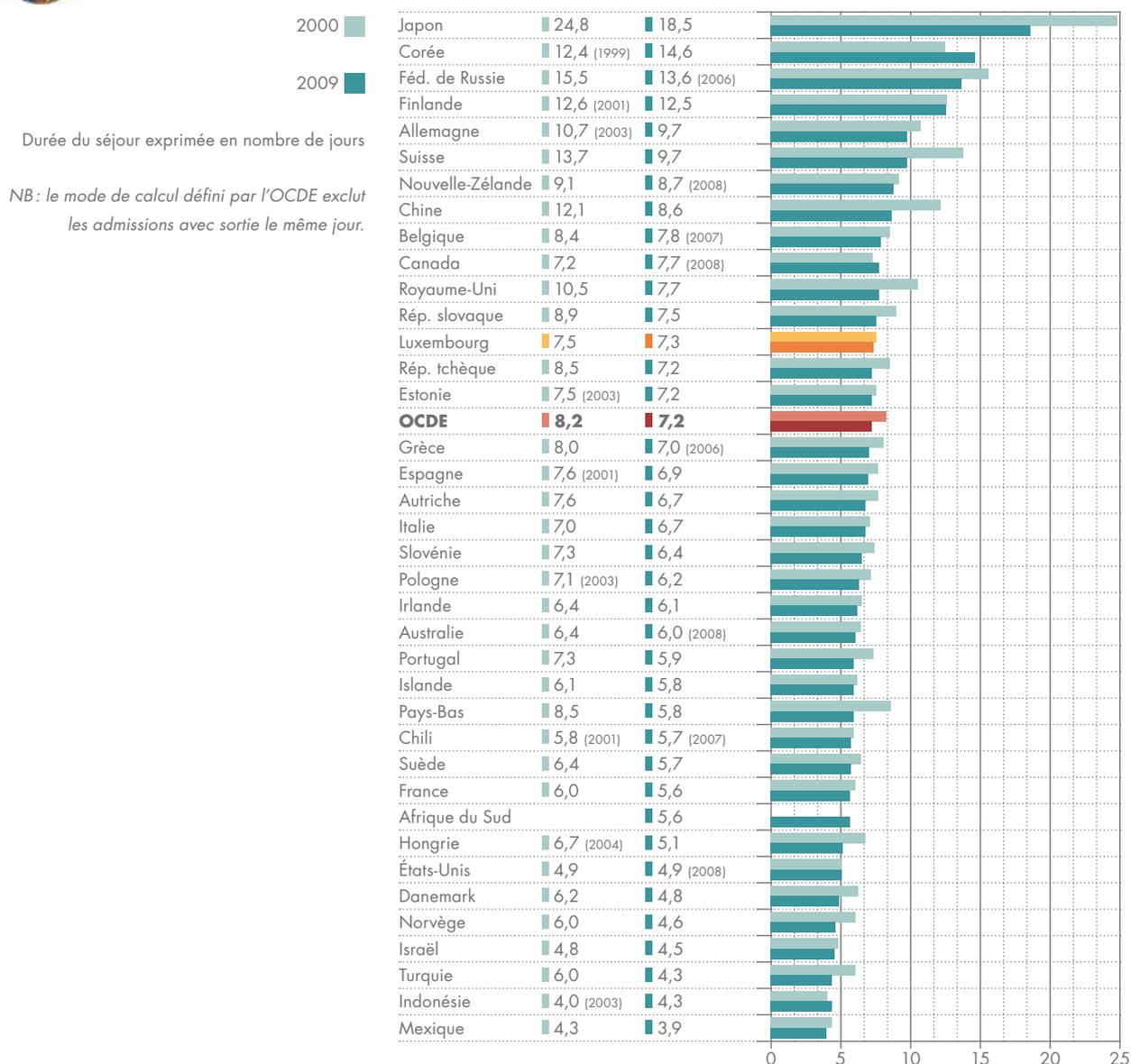
- des **allongements de DMS** pour les maladies infectieuses (de 6.3 jours en 2002 à 8.1 jours en 2009) et les maladies du sang (de 5.7 en 2002 à 7.1 jours en 2009) ;
- des **baisses de DMS** pour les maladies du système nerveux (de 10.5 jours en 2002 à 7.7 jours en 2009) et les maladies de la peau (de 9.6 jours en 2002 à 7.5 jours en 2009).

Concernant les troubles mentaux, on doit noter la particularité du CHNP qui a une DMS de 143 jours en 2009 liée au fait qu'un quart des patients ne relèvent plus, faute d'échecs itératifs, de la réhabilitation, mais d'un long séjour adéquatement encadré ou de patients jugés irresponsables et placés par la justice.

• **Contexte international**



Figure n°59: Benchmark international: Durée moyenne de séjour à l'hôpital, 2000 et 2009
(ou année la plus proche) (Source: OCDE, Panorama de la santé 2011)



Remarque: Les données du Luxembourg concernent la **population protégée résidente**, les hôpitaux de soins aigus et excluent les entrées et sorties le même jour ainsi que les journées et sorties des bébés en bonne santé nés à l'hôpital.

En 2009, la DMS des hôpitaux aigus luxembourgeois (7.3 jours) se situe dans la moyenne des DMS des pays de l'OCDE (7.2 jours). Leurs voisins allemands et belges observent des DMS plus longues (respectivement 9.7 et 7.8 jours).

La France a en revanche une DMS plus courte de 5.6 jours.

Les hospitalisations qui donnaient lieu à des séjours courts (1 à 2 jours) sont de plus en plus réalisées en hospitalisation de jour et de ce fait, sont exclues du calcul de la DMS. Cette exclusion induit une stagnation de la durée de séjour. Ainsi la DMS au Grand-Duché est pratiquement restée stable depuis 1998 (Cf Carte sanitaire 2005).

4.6 Occupation des lits, 2009

Les données présentées dans cette section proviennent de la Caisse Nationale de Santé (**CNS**) et correspondent à l'**activité opposable**, ce qui sous-estime légèrement les résultats d'occupation des lits.

• Modes de calcul

- Occupation des lits:

- **Lits occupés en moyenne par jour (LOM)** = moyenne des journées d'hospitalisation facturées (présence à minuit ou ESMJ) par jour calculée sur le mois ou l'année civile
- **Taux d'occupation (TO)** = (nombre de journées d'hospitalisation facturées pour une année / (nombre de lits autorisés au Plan Hospitalier National 2009 * 365)) * 100

• **Occupation des lits au GDL, par mois et par jour, 2009**

Tableau n°43 et Figure n°60: Occupation moyenne des lits au GDL, par mois, 2009

Source: CNS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus, unités de soins normaux et intensifs (hors activité de rééducation), présence à minuit et ESMJ (NB: ces chiffres d'ESMJ ne comprennent pas les UO réalisées en PSA).

Tableau n°43

Mois	Nombre de lits occupés par jour (Calculs réalisés sur le mois)		
	Moyenne	Minimum	Maximum
Janvier	1805	1348	2009
Février	1799	1464	1964
Mars	1805	1544	1953
Avril	1669	1329	1905
Mai	1666	1401	1898
Juin	1684	1427	1856
Juillet	1626	1351	1829
Août	1485	1314	1612
Septembre	1685	1375	1893
Octobre	1705	1462	1846
Novembre	1765	1517	1927
Décembre	1612	1159	1925

Figure n°60

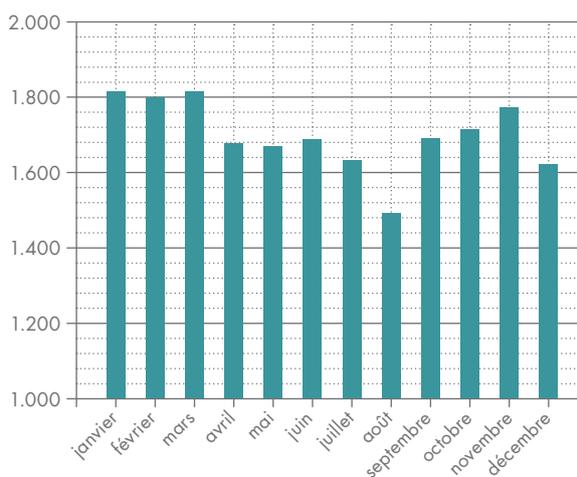
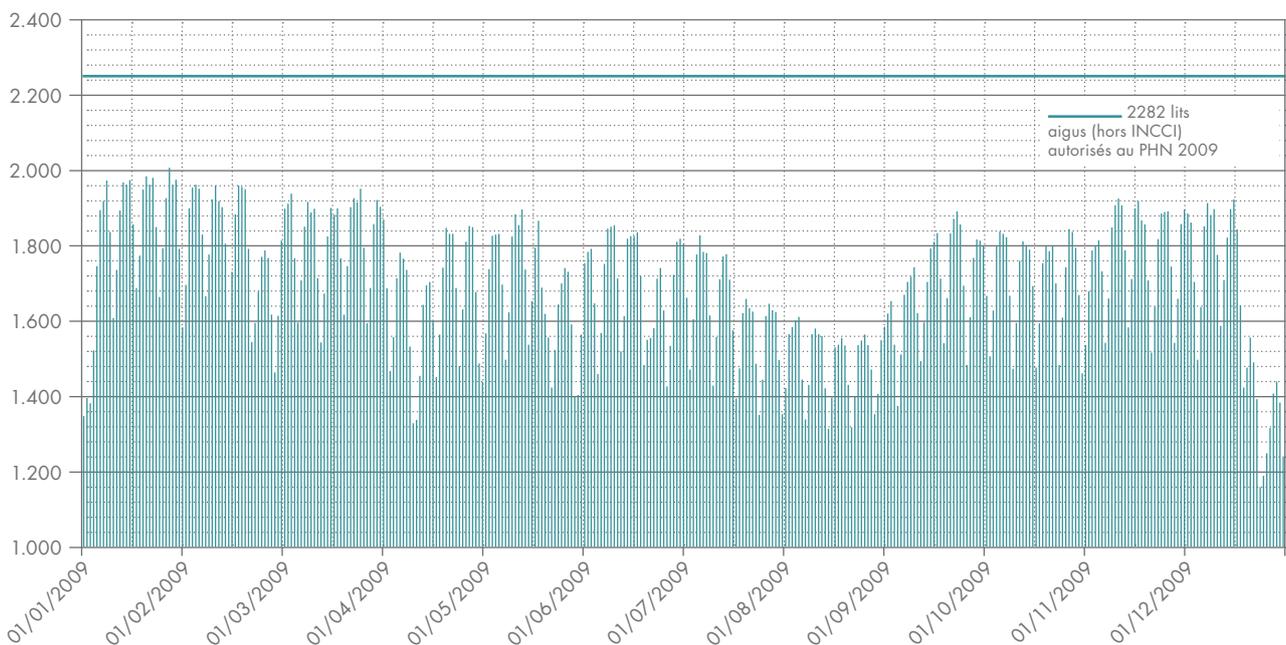


Figure n°61 : Occupation moyenne des lits au GDL, par jour, 2009

Source : CNS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus, unités de soins normaux et intensifs (hors activité de rééducation), présence à minuit et ESMJ (NB : ces chiffres d'ESMJ ne comprennent pas les UO réalisées en PSA).



NB : les périodes d'occupation plus faibles sont à mettre en lien avec les vacances scolaires (pour 2009 : du 01/01 au 04/01, du 21/02 au 01/03, du 04/04 au 19/04, du 23/05 au 2/06, du 16/07 au 14/09, du 31/10 au 08/11, du 19/12 au 31/12), les jours fériés (en 2009 : 01/01, 13/04, 01/05, 21/05, 01/06, 23/06, 15/08, 01/11, 25/12, 26/12) et les week-ends.

L'occupation des lits au GDL se situe, en moyenne calculée sur le mois, entre 1 485 lits occupés par jour pour le mois d'août et 1 805 pour les mois de janvier et mars 2009, pour l'activité opposable des résidents et non-résidents.

Au GDL, **en 2009, pour 2282 lits hospitaliers aigus planifiés au Plan Hospitalier** (hors INCCI), **1691 lits ont été occupés en moyenne par jour** pour l'activité opposable, avec une occupation minimale de 1159 lits et une occupation maximale de 2009 lits. Le graphique qui précède illustre bien la baisse de l'occupation durant les périodes de vacances.

Faute de données disponibles sur les lits ouverts effectivement disponibles, les calculs d'occupation des lits sont réalisés sur les lits autorisés au plan hospitalier.

En dehors des lits fermés temporairement pour travaux ou transformés en 1^e classe pour répondre à la demande des usagers, il n'est pas exclu, mais ceci n'a pas été vérifié sur le terrain, que les récentes et nombreuses modernisations d'infrastructures aient localement définitivement supprimé des possibilités de déploiement du nombre théorique de lits prévus. Au vu de la sous-estimation et de la croissance des usagers hospitaliers et en l'absence de dispositions légales réservant une priorité aux urgences, un recensement régulier des lits effectivement disponibles serait de bonne pratique.

Tableau n°44 et Figure n°62: Fréquence d'occupation des lits au GDL, par jour, 2009

Source: CNS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus, unités de soins normaux et intensifs (hors activité de rééducation), présence à minuit et ESMJ (NB: ces chiffres d'ESMJ ne comprennent pas les UO réalisées en PSA).

Tableau n°44

L'analyse de la fréquence d'occupation des lits au GDL montre que le nombre de lits occupés sur quasiment toute l'année 2009 (99.7%) ne dépasse pas le total de 2 000 lits pour l'activité opposable.

Pour rappel: les données ne permettent pas de connaître le nombre de lits occupés en moyenne par jour:

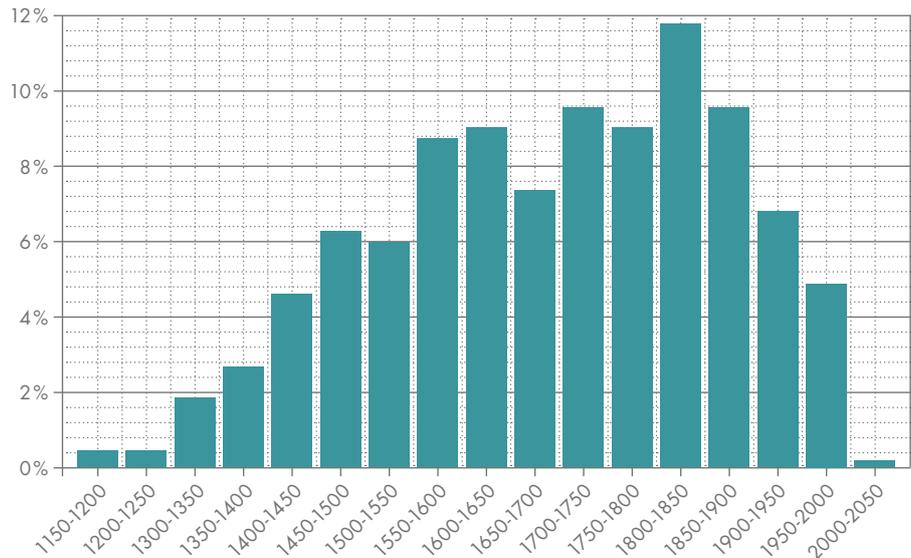
- attribuables aux admissions urgentes,
- supplémentaires occupés par des patients non assurés CNS ou relevant d'activités non opposables.

L'occupation des lits la plus fréquente (43 jours dans l'année soit 11.8% de l'année) se situe entre 1 800 et 1 850 lits par jour.

Pendant 80% de l'année, le nombre de lits occupés par jour se situe entre 1 443 lits et 1 904 lits hors activité de rééducation.

Nbre de lits occupés au GDL	Fréquence en nombre de jours	Fréquence en % de l'année	Fréquence en % cumulé de l'année
De 1.150 à 1.200	2	0,55%	0,55%
De 1.200 à 1.250	2	0,55%	1,10%
De 1.300 à 1.350	7	1,92%	3,02%
De 1.350 à 1.400	10	2,74%	5,76%
De 1.400 à 1.450	17	4,66%	10,42%
De 1.450 à 1.500	23	6,30%	16,72%
De 1.500 à 1.550	22	6,03%	22,75%
De 1.550 à 1.600	32	8,77%	31,52%
De 1.600 à 1.650	33	9,04%	40,56%
De 1.650 à 1.700	27	7,40%	47,96%
De 1.700 à 1.750	35	9,59%	57,55%
De 1.750 à 1.800	33	9,04%	66,59%
De 1.800 à 1.850	43	11,78%	78,37%
De 1.850 à 1.900	35	9,59%	87,96%
De 1.900 à 1.950	25	6,85%	94,81%
De 1.950 à 2.000	18	4,93%	99,74%
De 2.000 à 2.050	1	0,26%	100,00%

Figure n°62



• Occupation des lits, par établissement, 2009

Tableau n°45: Occupation des lits, par établissement, en 2009

Sources : - Journées : CNS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus, unités de soins normaux et intensifs (hors activité de rééducation), présence à minuit et ESMJ (NB : ces chiffres d'ESMJ ne comprennent pas les UO réalisées en PSA).
 - Lits planifiés : lits autorisés au Plan Hospitalier National 2009

Établissements	Lits aigus autorisés	Lits occupés en moyenne par jour	Occupation minimale	Occupation maximale	Taux d'occupation (en % des lits occupés sur l'année)
CHdN	342	277	199	340	80,9%
CHL	579	417	296	521	72,1%
CHK	405	309	191	384	76,2%
ZITHA	226	172	90	220	76,0%
CHEM	612	443	311	526	72,4%
CSM	118	74	39	103	62,5%
GDL	2.282	1.692	1.159	2.009	74,1%

En 2009, l'occupation des lits est en moyenne de 74.1% avec de fortes variations selon les établissements : **de 62.5%** pour la CSM à **80.9%** pour le CHdN. Pour certains établissements (CHdN, ZITHA), l'occupation maximale des lits dans l'année atteint quasiment le nombre de lits aigus autorisés au Plan Hospitalier National 2009.

• Occupation des lits, selon le mode d'hospitalisation, 2002-2009

Tableau n°46: Occupation moyenne des lits par jour, selon le mode d'hospitalisation, par établissement, 2002-2009

Source : IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors activité de rééducation : Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ. Les ESMJ comprennent aussi l'activité réalisée en places de surveillance ambulatoire.

Établissements	Mode d'hospitalisation	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CHdN	ESMJ	9	10	9	13	13	14	13	15
	Présence à minuit	268	259	258	268	275	273	267	276
CHL	ESMJ	15	14	15	15	17	18	19	19
	Présence à minuit	405	419	397	396	384	398	395	416
CHK	ESMJ	5	4	4	9	12	14	15	15
	Présence à minuit	282	248	274	279	298	299	318	308
ZITHA	ESMJ	11	12	15	13	13	15	18	19
	Présence à minuit	180	185	179	165	164	169	165	168
CHEM	ESMJ	12	14	14	14	15	21	25	28
	Présence à minuit	441	434	409	418	437	433	433	428
CSM	ESMJ	2	2	2	2	3	3	3	3
	Présence à minuit	79	72	66	66	65	70	59	66
TOTAL	ESMJ	54	55	59	66	73	84	93	99
	Présence à minuit	1.655	1.618	1.583	1.593	1.623	1.642	1.637	1.662
TOTAL	ESMJ + Présence minuit	1.709	1.673	1.641	1.658	1.695	1.726	1.731	1.761

Les chiffres de l'IGSS présentés dans le tableau ci-dessus diffèrent des chiffres de la CNS utilisés dans le focus des données d'occupation pour l'année 2009 car ils comprennent les données de facturation des places de surveillance ambulatoire.

Ces données mises à disposition pour la carte sanitaire permettent toutefois de constater :

- Une croissance des lits occupés en moyenne par jour de 3% entre 2002 et 2009.
- Le taux d'occupation, qui comptabilise ici l'activité de places de surveillance ambulatoire, atteint 77.2%, ce qui laisse une réserve moyenne journalière de 22.8% des lits par rapport au nombre de lits autorisés au Plan Hospitalier National 2009.
Ce taux d'occupation peut être considéré comme fonctionnel car il laisse une marge pour répondre aux urgences. L'association française des urgentistes préconise qu'un hôpital qui accueille en permanence des urgences ne devrait pas avoir un taux moyen d'occupation qui dépasse 85%.
- En 2002, l'occupation moyenne des lits par jour comprend 3.2% d'hospitalisations de jour contre 5.6% en 2009, ce qui confirme un taux de croissance non négligeable.

• **Contexte international**



Figure n°63: Benchmark international: Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2000 et 2009 (ou année la plus proche) (Source: OCDE, Panorama de la santé 2011)



En 2009, le **taux d'occupation des lits de soins aigus au GDL (74,2%) est légèrement inférieur au taux d'occupation moyen des pays de l'OCDE (76,1%)**, à l'instar de la France (74,4%), et de la Belgique (74%). D'autres pays observent des taux d'occupation beaucoup plus élevés comme la Suisse (87,9%) ou le Canada (93%).

• Remarques et propositions d'analyses complémentaires

La description quantitative de l'occupation des lits et de son évolution dans le temps mérite d'être enrichie d'une analyse qualitative pour :

- Analyser les **potentialités de développement du virage ambulatoire** (ex: sur un nombre d'actes chirurgicaux traceurs: pose de drains transtympaniques, cures de phimosis, décompression du nerf médian au canal carpien, amygdalectomie ou adénoïdectomie, chirurgie du strabisme, cataracte... Source: *Rapport français de la Haute Autorité de Santé et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance*: «*Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*», 04/2012)
- Développer le **suivi du devenir des patients et les méthodes de gestion de flux** notamment **en aval de l'hôpital** afin de remédier aux afflux en amont (**lits bloqués, lits occupés de façon inadéquate**). À ce jour, peu d'informations pertinentes sont disponibles sur le nombre de lits occupés par jour par des patients qui doivent être transférés de l'aigu vers des structures de long séjour. Les données d'attente pour rééducation figurent sous l'analyse des données de rééducation (cf Fascicule 2: Focus sur des prises en charge spécifiques).
Une planification plus forte des capacités d'hospitalisation bénéficierait d'un **enregistrement systématique centralisé au niveau national en temps réel** des lits occupés, vacants ou inadéquatement occupés pour d'autres raisons que les besoins cliniques. Une centralisation nationale de la connaissance des lits vacants en rééducation, convalescence et en structures d'hébergement de long séjour permettrait de fluidifier les filières de prises en charge; pour le long séjour, une coopération ad hoc entre Ministères de la Famille et de la Santé serait à mettre en œuvre.
- Le Plan Hospitalier 2009 a prévu des structures d'évaluation et d'assurance qualité qui pourraient avoir pour mission d'**analyser les événements indésirables associés aux soins** survenant à l'hôpital, responsables d'une augmentation significative du coût et de la durée de séjour à l'hôpital, en particulier pour quatre type d'évènements indésirables: désordres physiologiques et métaboliques postopératoires, septicémies postopératoires, escarres et embolies pulmonaires postopératoires (cf *Étude française: IRDES, Questions d'économie de la Santé*, n°171, 12/2011).
- Étudier les variations saisonnières sur la disponibilité des lits dédiés aux urgences (ex: pics hivernaux) / activité non programmée, pour permettre une organisation flexible.

4.7 Décès hospitaliers, 2002-2009

Source : Décès : Direction de la Santé – Service des Statistiques, Registre des certificats de décès, extraction pour établissements généraux aigus

La mortalité intra-hospitalière est proposée dans la littérature comme un indicateur de qualité des soins à l'hôpital. La différence de mortalité entre hôpitaux de profil et taille similaires devrait être insignifiante. Mais cette mortalité est un indicateur de résultat délicat à interpréter du fait d'une série de contraintes méthodologiques. Les résultats de mortalité peuvent toutefois servir d'"événement sentinelle" incitant à réflexion.

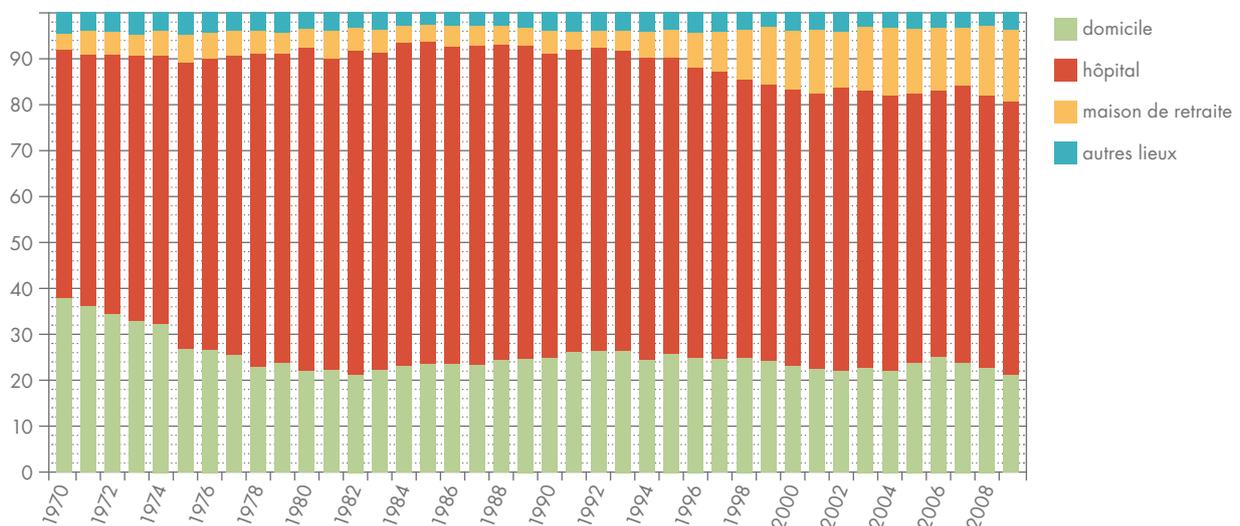
En France, l'indicateur de mortalité intra-hospitalière fait notamment partie du PMSI ; en Allemagne, en Autriche et en Suisse, il est à la base des "Q-Indikatoren" / indicateurs HELIOS, benchmark de qualité des soins très répandu et reconnu. Les indicateurs de mortalité et leur comparaison pour certains diagnostics font également partie des «Health Care Quality Indicators» (HCQI) de l'OCDE.

Au Grand-Duché, les statistiques de décès comptent parmi les statistiques de santé les plus fiables et sont enregistrées depuis la fin des années 60. L'observation de leur évolution dans le temps, selon les lieux et catégories de diagnostics ou diagnostics électifs est aisée et permettrait au GDL d'intégrer des comparaisons internationales relatives à la qualité des prestations hospitalières. Ce n'est que dans le cadre d'une telle méthodologie rigoureuse que ces données doivent être interprétées.

• Lieux de décès

Figure n°64: Évolution de la distribution des lieux de décès au GDL, 1970-2009

(Source : Direction de la Santé, Registre des causes de décès)



La plupart des décès a lieu à l'hôpital et la proportion par rapport à d'autres lieux de décès reste relativement stable alors que la proportion de décès à domicile diminue au profit des décès à l'hôpital et en maison de retraite.

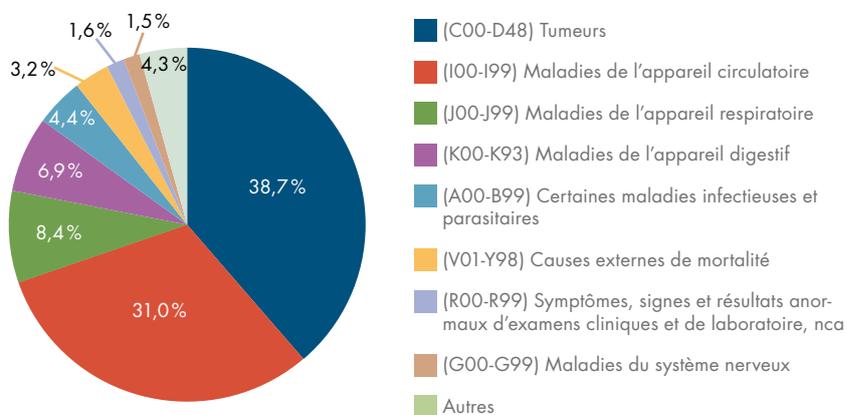
Il est donc important de **s'assurer que les soins palliatifs, sont bien proposés dans les différents milieux de vie.**

En effet les identifiants ne permettent pas de distinguer entre soins aigus, de rééducation ou palliatifs, ni entre les modes d'admission (urgence ou régulée). Comme ni les données de facturation, ni les diagnostics de sortie ou les causes de décès ne permettent pas non plus de conclure sur ces paramètres, il n'y a pas moyen non plus d'établir des corrélations entre admissions en urgence et décès par exemple et dès lors des informations pertinentes ne sont pas disponibles.

• Causes de décès hospitaliers, 2002-2009

Figure n°65 : Causes de décès hospitaliers, par chapitre ICD 10, 2002-2009

(Source : Direction de la Santé, Registre des causes de décès)



• Évolution des décès hospitaliers, 2002-2009

(cf notes de commentaires en début de section sur les décès)

Sources : Décès : Direction de la Santé – Service des Statistiques, Registre des certificats de décès, extraction pour établissements généraux aigus / Séjours : IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors rééducation – Z50 exclus)

Tableau n°47: Évolution des décès hospitaliers et ratios décès / séjours pour l'hospitalisation complète et de jour, par établissement, 2002-2009 (Séjours en présence à minuit + ESMJ)

Répartition des décès et ratios décès / séjours pour l'hospitalisation complète et de jour, par établissement, de 2002 à 2005												
Établissements	2002			2003			2004			2005		
	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès / nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès / nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès / nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès / nbre de séjours**
CHdN	359	15,9%	2,2%	421	17,7%	2,5%	326	15,7%	2,0%	337	16,5%	1,9%
CHL	520	23,0%	2,0%	512	21,5%	1,9%	482	23,3%	1,8%	385	18,8%	1,5%
CHK	354	15,6%	2,4%	370	15,5%	2,7%	310	15,0%	2,0%	316	15,5%	1,8%
ZITHA	296	13,1%	2,5%	311	13,1%	2,4%	301	14,5%	2,2%	259	12,7%	2,0%
CHEM	640	28,3%	2,4%	676	28,4%	2,5%	598	28,9%	2,2%	675	33,0%	2,6%
CSM	93	4,1%	2,2%	92	3,9%	2,2%	55	2,7%	1,4%	72	3,5%	1,7%
Total	2.262	100,0%	2,3%	2.382	100,0%	2,4%	2.072	100,0%	2,0%	2.044	100,0%	1,9%

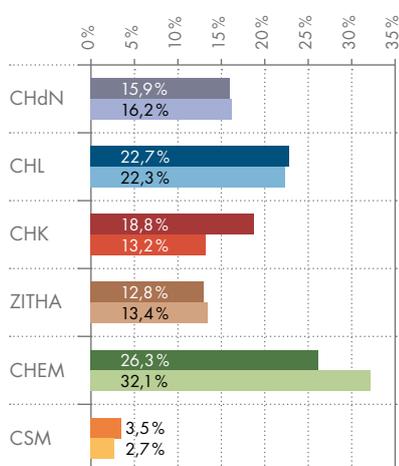
Répartition des décès et ratios décès / séjours pour l'hospitalisation complète et de jour, par établissement, de 2006 à 2009												
Établissements	2006			2007			2008			2009		
	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès / nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès / nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès / nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès / nbre de séjours**
CHdN	329	15,5%	1,8%	365	16,2%	2,0%	380	18,3%	2,1%	344	16,2%	1,8%
CHL	416	19,6%	1,6%	441	19,6%	1,7%	430	20,8%	1,6%	472	22,3%	1,8%
CHK	295	13,9%	1,5%	354	15,7%	1,7%	318	15,4%	1,4%	280	13,2%	1,3%
ZITHA	286	13,5%	2,2%	311	13,8%	2,3%	271	13,1%	1,8%	284	13,4%	1,9%
CHEM	708	33,4%	2,7%	710	31,5%	2,5%	629	30,4%	2,1%	680	32,1%	2,2%
CSM	87	4,1%	2,1%	73	3,2%	1,9%	43	2,1%	1,1%	57	2,7%	1,4%
Total	2.121	100,0%	2,0%	2.254	100,0%	2,0%	2.071	100,0%	1,8%	2.117	100,0%	1,8%

* = Nombre de décès de l'établissement / nombre de décès total dans les établissements aigus (hors INCCI) *100

** = Nombre de décès de l'établissement / nombre de séjours de l'établissement (présence à minuit et ESMJ)

Figure n°66: Comparaison de la répartition des séjours et des décès par hôpital, en 2009

(ligne foncée=séjours, ligne claire = décès)



→ Lecture du graphique: en 2009, le CHdN représentait 15,9% de tous les **séjours** hospitaliers, et 16,2% de tous les **décès** hospitaliers.

En 2009, 1.8% des personnes admises à l'hôpital y décèdent. Le ratio de décès par nombre de séjours a baissé de façon significative, de 2.3% en 2002 à 1.8% en 2009.

Les résultats de décès par établissement sont à mettre en perspective avec plusieurs critères :

- la pyramide des âges des patients hospitalisés dans l'établissement,
- le case-mix et la gravité des pathologies prises en charge dans l'établissement,
- la fréquence des gardes-urgences,
- la présence de services nationaux prenant en charge des cas graves (ex: CHL: neurochirurgie, néonatalogie),
- la proportion de prises en charge en soins palliatifs.

Un suivi pluriannuel des décès par établissement permet à l'autorité de tutelle de détecter des tendances nécessitant des investigations complémentaires.

Ce ratio reste itérativement plus élevé dans un établissement. Une analyse plus approfondie mérite d'être demandée par l'autorité de tutelle.

Tableau n°48 : Évolution des décès hospitaliers et ratios décès/séjours pour l'hospitalisation complète, par établissement, 2002-2009 (Séjours en présence à minuit uniquement)

L'analyse suivante diffère de la précédente car elle ne prend en compte, pour le calcul des ratios décès / séjours, que les séjours en présence à minuit (exclusion des ESMJ).

Répartition des décès et ratios décès/séjours pour l'hospitalisation complète, par établissement, de 2002 à 2005												
Établissements	2002			2003			2004			2005		
	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès/nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès/nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès/nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès/nbre de séjours**
CHdN	359	15,9%	2,7%	421	17,7%	3,2%	326	15,7%	2,5%	337	16,5%	2,6%
CHL	520	23,0%	2,5%	512	21,5%	2,4%	482	23,3%	2,3%	385	18,8%	1,9%
CHK	354	15,6%	2,7%	370	15,5%	3,0%	310	15,0%	2,3%	316	15,5%	2,2%
ZITHA	296	13,1%	3,8%	311	13,1%	3,7%	301	14,5%	3,5%	259	12,7%	3,1%
CHEM	640	28,3%	2,9%	676	28,4%	3,1%	598	28,9%	2,8%	675	33,0%	3,2%
CSM	93	4,1%	2,5%	92	3,9%	2,7%	55	2,7%	1,6%	72	3,5%	2,1%
Total	2.262	100,0%	2,8%	2.382	100,0%	3,0%	2.072	100,0%	2,6%	2.044	100,0%	2,5%

Répartition des décès et ratios décès/séjours pour l'hospitalisation complète, par établissement, de 2006 à 2009												
Établissements	2006			2007			2008			2009		
	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès/nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès/nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès/nbre de séjours**	Nbre de décès	En % du total*	Ratio décès/nbre de séjours**
CHdN	329	15,5%	2,5%	365	16,2%	2,7%	380	18,3%	2,8%	344	16,2%	2,5%
CHL	416	19,6%	2,1%	441	19,6%	2,2%	430	20,8%	2,2%	472	22,3%	2,4%
CHK	295	13,9%	2,0%	354	15,7%	2,3%	318	15,4%	1,9%	280	13,2%	1,7%
ZITHA	286	13,5%	3,6%	311	13,8%	3,9%	271	13,1%	3,4%	284	13,4%	3,4%
CHEM	708	33,4%	3,3%	710	31,5%	3,3%	629	30,4%	3,0%	680	32,1%	3,3%
CSM	87	4,1%	2,7%	73	3,2%	2,5%	43	2,1%	1,5%	57	2,7%	2,0%
Total	2.121	100,0%	2,6%	2.254	100,0%	2,8%	2.071	100,0%	2,5%	2.117	100,0%	2,6%

* = Nombre de décès de l'établissement / nombre de décès total dans les établissements aigus (hors INCCI) *100

** = Nombre de décès de l'établissement / nombre de séjours de l'établissement (présence à minuit uniquement)

Les résultats de cette seconde analyse sont assez différents de la précédente. Le **ratio de décès par nombre de séjours a faiblement baissé, de 2.8% en 2002 à 2.6% en 2009** et il reste **plus élevé pour deux établissements.**

Les **ratios varient** par ailleurs très fortement **d'un établissement à l'autre: ex: de 1.7% à 3.4% en 2009.**

Il est regrettable que les taux de décès soient le seul indicateur de résultat clinique disponible au niveau national et que des informations relatives à la valeur ajoutée du passage des patients à l'hôpital ne soient pas disponibles (guérison, amélioration de leur état...)

4.8 Constats, éléments de prospective et propositions

→ Constats

Les données d'exploitation démontrent la bonne performance des hôpitaux grand-ducaux sur la période observée, en comparaison inter-établissement mais également au niveau international, ceci d'autant plus que les séjours, journées et l'occupation des lits sont **sous-estimés**, faute de données relatives aux non assurés CNS et aux activités non opposables (*ex. chirurgie esthétique*).

Or, les projections d'évolution de la population étant croissantes, les marges de manœuvre à capacités identiques se réduiront en conséquence dans les années à venir. L'intensification du virage ambulatoire pourra soulager cette pression, mais jusqu'à présent la tendance vers l'ambulatoire s'est développée certes spontanément mais moins rapidement que dans les pays avoisinants, et la tendance nationale n'est pas homogène au niveau des hôpitaux, ni au niveau des spécialités ou des actes. Il est vraisemblable qu'une politique volontariste qui pose les bons incitants tant à l'égard des praticiens que des hôpitaux, pourrait accélérer le virage ambulatoire.

Par ailleurs, les hôpitaux doivent aussi prendre en compte les exigences actuelles légitimes des usagers en matière de chambres individuelles toujours associées à la problématique des chambres de 1^{er} classe, dans les infrastructures en place ou en projet. La déconnexion entre chambre à 1 lit et suppléments tarifaires pourrait résoudre ce problème.

L'enjeu du nombre de lits inadéquatement occupés restera certes un argument de poids pour insister sur la responsabilité des médecins et des organismes gestionnaires des établissements pour **intensifier le virage ambulatoire**, mais la gouvernance doit également contrôler l'exploitation des capacités et prévenir tout risque de pénurie, notamment pour la prise en charge des urgences, d'autant plus qu'aucune disposition légale ou réglementaire n'assure vraiment une priorité aux urgences justifiées par l'état de santé des patients, alors qu'il s'agit là d'une prérogative et d'une fonction primordiale de service public.

L'analyse des raisons de recours à l'hôpital via la Classification Internationale des Maladies (cf analyses détaillées dans le Fascicule 2) livre un aperçu des raisons d'être et des activités de l'hôpital et permet de tirer des enseignements tant pour l'élaboration du nouveau plan hospitalier que pour l'évaluation de l'impact des politiques actuelles, mais également de comparer les recours à l'hôpital et les performances pour détecter des pistes pour renforcer le bon usage de l'institution hospitalière et de ses services médicaux, tout comme pour sensibiliser à l'efficacité et au respect du principe « dépenser mieux ».

Ces observations, constats ou tendances, contribuent surtout à une **transparence accrue**, tant pour les tutelles en charge de la politique de santé et du financement, que pour les responsables en charge des différents établissements, les prestataires et, dans une moindre mesure, pour les utilisateurs du système hospitalier.

Le Grand-Duché devrait rejoindre rapidement, à l'instar de la Suisse, de nombreux hôpitaux allemands et autrichiens, mais également d'autres pays voisins, une structure de benchmark de la qualité des prestations hospitalières sur base des données et indicateurs dont il dispose.

L'analyse confirme que **quasiment tous les hôpitaux offrent toutes les prestations** et que les principales raisons de recours sont rémanentes et évoluent avec la population couverte.

Néanmoins, **l'évolution de certains diagnostics de sortie d'hospitalisation et de mortalité interpelle** et invite à approfondir les observations pour vérifier s'il s'agit de **(nouveaux) problèmes de santé publique, de pratiques non conventionnelles ou erronées de codage, de nouvelles activités/créneaux ou de prises en charge inadéquates voire d'abus d'hospitalisations**.

→ Éléments de prospective et propositions

- **Renouveler le système d'information hospitalier (et de santé)**

- **Définir le concept global du système d'information hospitalier et la méthodologie afférente :**

Les données relatives aux diagnostics de sortie d'hospitalisation servant à la fois dans le cadre de l'établissement de la carte sanitaire, et de ce fait à l'élaboration du plan hospitalier, ainsi qu'à l'alimentation des bases de données internationales, il y a lieu de réguler les supports de données et les interopérabilités ainsi que de définir :

- le concept global du système d'information hospitalier (*quelles données obligatoires sont à fournir à l'autorité publique, sous quel format, selon quelle fréquence, à quelle fin ?*)
- les organes habilités à la gestion de cette information,
- les procédures de validation externe de l'information et les experts habilités à procéder,
- les organes de contrôle permettant de garantir l'utilisation des données à des fins de santé publique et permettant de développer le niveau de confiance des professionnels dans le système,
- les procédures de transmission des données.

La Commission consultative de la documentation hospitalière instituée par règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 permettra d'apporter des réponses à ces différents points.

- **Adapter la collecte de données à l'accompagnement de la politique et de la planification hospitalières dans leurs objectifs sanitaires et financiers.**

Une fois les objectifs mesurables, sanitaires et financiers explicitement formulés par l'autorité publique, les données à recueillir devront :

- **être pertinentes par rapport aux objectifs fixés :**
 - Le système devrait permettre, si possible en temps réel, un suivi de l'évolution des données (diagnostics, procédures, coûts) par rapport aux objectifs fixés et à des comparaisons internationales.
- **être exhaustives :**
 - prendre en compte les données concernant les résidents et non-résidents non assurés CNS, usagers des hôpitaux.

(suite)**- apporter des compléments d'information sur l'activité hospitalière et la plus-value pour les patients :**

- type d'admission (urgente ou programmée, admission ou réadmission),
- mode d'accès (moyens privés, SAMU, ambulances)
- motifs d'admission (accidents ou maladies, symptômes)
- services sollicités (urgences, services médico-techniques, soins intensifs, spécialités médicales, de réadaptation)
- modes d'hospitalisation (ambulatoire, stationnaire)
- délais d'attente,
- résultats de prise en charge (guérison, amélioration, décès),
- destinations à la sortie et satisfaction du patient...

- être suffisamment fines et précises :

- affiner la classification des diagnostics au-delà des 3 caractères
- disposer de tous les diagnostics codés (principal/associés).

- être valides et fiables :

L'ingénierie et l'organisation du codage, du recueil, de la transmission, du traitement et de la validation des données doivent être conçues pour une alimentation automatique des banques de données à partir du dossier patient informatisé, sans manipulations intermédiaires. Ceci présuppose qu'il y ait un dossier patient réglementé, des définitions claires des variables à produire basées sur les définitions internationales ou européennes, des règles uniformes et standardisées de codification et de l'instrument statistique (code-book), ainsi qu'un système informatique afférent et des responsabilités notamment de codage, de gestion, d'accès et de répartition des tâches clairement fixées.

• Introduire rapidement un système de surveillance informatisé

des recours à l'hospitalisation, mais également des causes de décès, via un suivi des diagnostics quasi en temps réel, offrant ainsi une opportunité de détection, d'alerte, d'investigation plus approfondie et, le cas échéant d'intervention précoce des autorités sanitaires ou financières en fonction des observations (*ex : Institut de veille sanitaire en France*).

• **Créer l'observatoire de la santé**

avec pour missions de conseiller la gouvernance et les décideurs politiques sur base d'éléments factuels et de leur fournir des informations globales, appropriées et à rendre publiques sur des éléments tels que :

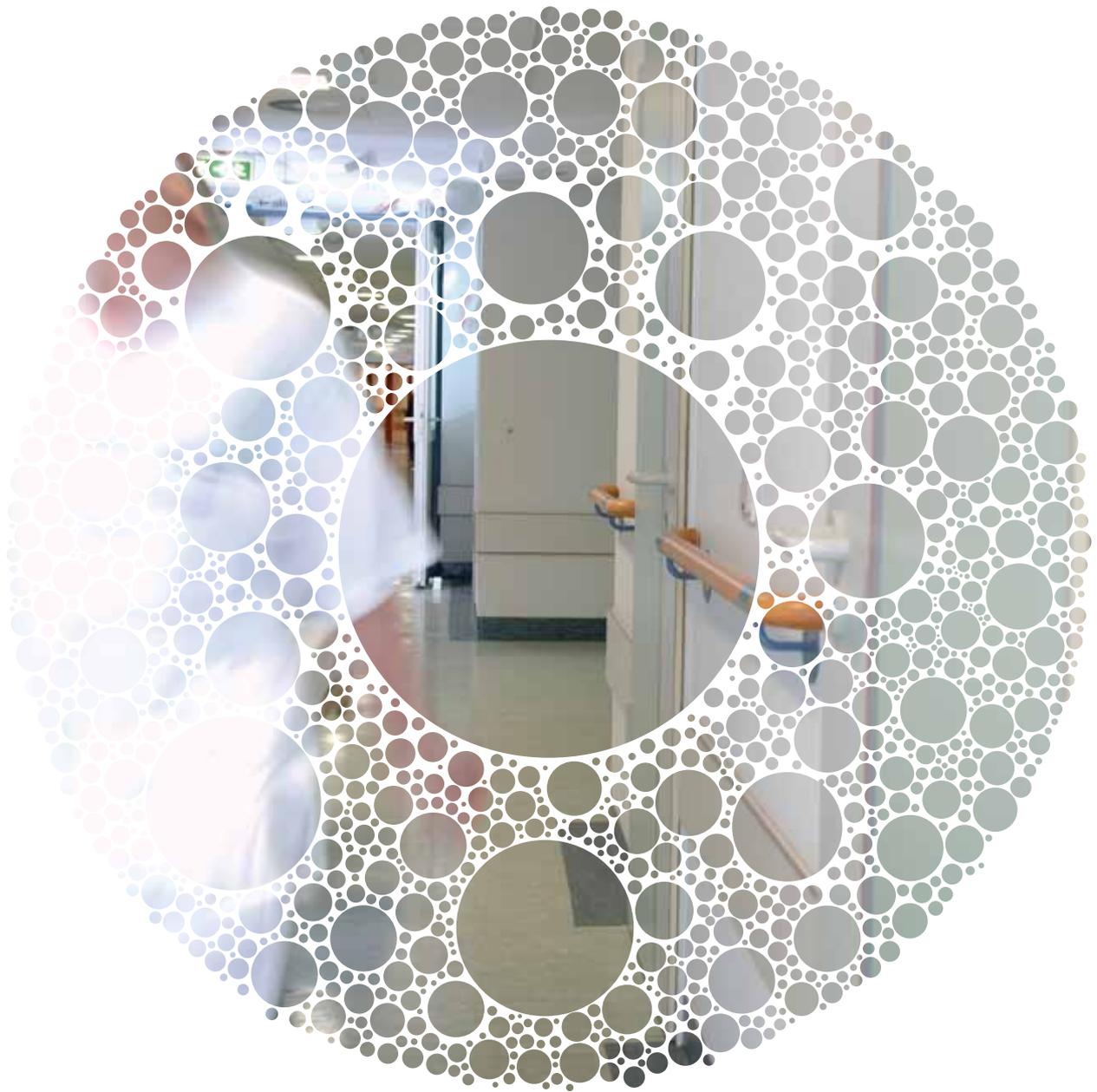
- la **mesure et la surveillance de l'accessibilité et des équités** (*ex: besoins non satisfaits, temps d'attente aux urgences et délais d'attente pour un rendez-vous avec un médecin spécialiste, un examen, un traitement, une intervention chirurgicale électorale, ...*), des besoins et de leurs priorités réelles, des résultats, performances et efficacités comparées,
- le **suivi de l'évolution de l'activité hospitalière, de la morbidité et de la mortalité** au Luxembourg, en comparaison avec les voisins européens et considérer des résultats plus faibles comme alerteurs de santé publique, nécessitant des investigations complémentaires et la mise en place de procédures de signalement immédiat des pathologies à l'instar des réseaux sentinelles et de signalement des décès visés (*ex: maladies infectieuses*),
- la **mesure de l'efficacité des prises en charge** et l'évaluation des résultats obtenus en termes de devenir des patients.

• **Mener une réflexion sur l'organisation hospitalière**

en termes de régionalisation, de filières de soins, d'alternatives à l'hospitalisation, de services nationaux et de centres de compétence.

• **Propositions diverses et circonstanciées en fonction des causes et catégories d'hospitalisations**

Ces propositions sont présentées dans l'analyse détaillée des 21 chapitres ICD 10.



Bibliographie générale

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2013	Building European Reference Networks in Health Care - Exploring concepts and national practices in the European Union	W. PALM et coll.	European Observatory on Health Systems and Policies	ISBN 978 92 890 02769 www.euro.who.int
2013	The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia	E. JAKUBOWSKI R.B. SALTMAN	European Observatory on Health Systems and Policies	ISBN 978 92 890 0003 1
2013	Regards - 50 ans Statec	P. ZAHLEN	STATEC	www.statistiques.lu ISSN 2304-7136
2013	Gestion des risques - Des expérimentations apportent des solutions pour éviter les hospitalisations indues en EHPAD		HOSPIMEDIA	http://abonnes.hospimedia.fr
2013	Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières	E. CASH et coll.	DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)	Série études et recherche, n°125, mars 2013 www.drees.sante.gouv.fr
2013	Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020		OMS-Europe	ISBN 978 92 890 0299 8
2013	Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks		OMS-Europe	ISBN 0978-92-890-0294-3
2013	Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie		ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)	www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20110006_0001_p000.pdf
2013	Strengthening Health Information Infrastructure for health care quality governance: Good Practices, New opportunities and data privacy protection challenges		OECD	www.oecd.org
2013	Chirurgie ambulatoire: la HAS et l'ANAP publient des recommandations et des outils pour l'organisation des établissements de santé		HOSPIMEDIA	http://abonnes.hospimedia.fr
2013	Guide CISS du représentant des usagers du système de santé		Collectif Interassociatif sur la Santé	www.leciss.org/node/608
2013	Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 - Synthèse	P. GROSCLAUDE et coll.		ISBN 978-2-11-131094-0 www.invs.sante.fr
2013	Rééducation fonctionnelle et convalescence au Luxembourg, Résultats 2010-2011	C. ROTT et coll.	CRP-Santé	

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2012	Reflektionen zum zukünftigen Status der Ärzte in Luxemburg - Plädoyer für eine sachliche Auseinandersetzung mit einer Schlüsselfrage für Medizin in Luxemburg	Dr B. STEIN, Dr A. SCHMIT, Dr G. WEYRICH, Dr HJ REIMER		
2012	Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun		Direction générale de l'offre des soins	www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html
2012	15 Top health systems. National Benchmarks Report 2012		Thomson Reuters	
2012	Référentiel de certification des logiciels hospitaliers d'aide à la prescription		Haute Autorité de Santé	www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1016364
2012	Planification hospitalière 2012-2015 - État de Genève		République et Canton de Genève	http://ge.ch/dares/planification-reseau-soins/a_votre_service-planification_hospitaliere_2012_2015-8853.htm
2012	Canton de Vaud: Hôpitaux et cliniques			www.vd.ch/themes/sante-social/services-de-soins/hopitaux-et-cliniques/
2012	Spitalplanung und -finanzierung 2012 - Appenzell Ausserrhoden			www.ar.ch/departemente/departement-gesundheit/informationen/spitalplanung-und-finanzierung/
2012	Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances		Haute Autorité de Santé, ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux)	www.has-sante.fr www.anap.fr
2012	Audit de fonctionnement Centre d'Excellence Centre Francois Baclesse	Dr M. UNTEREINER	FHL	FHL - Info n°21
2012	Infections associées aux soins: Le signalement externe par e-SIN systématique le 1 ^{er} mars 2012		HOSPIMEDIA	www.invs.sante.fr
2012	Gesundheitsökonomie - Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine - Eine systematische Einführung	LAUTERBACH SCHRAPPE	Schattauer, Stuttgart	ISBN 3-7945-2287-7
2012	Le Luxembourg 1960-2010. 50 ans d'évolution démographique	P. ZAHLEN	STATEC	www.statistiques.lu

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2012	Évaluation et amélioration des indices de performance (AELIPCE)	Ch. BEREHOUC, B. ROSSETTI, A. LAM	ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux)	www.utra.info/le-champ-sanitaire-et-medico-social/anap-amelioration-de-la-performance-des-organisationsoutil-anaperformanceorganisation-outil-aelipce
2012	Health policy responses to the financial crisis in Europe - Policy Summary 5	P. MLADOVSKY et coll.	OMS-Europe	www.euro.who.int/pubrequest
2012	Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe		OMS-Europe	ISBN 978-92-890-0291-2 www.euro.who.int
2012	La nouvelle politique européenne de la santé - Santé 2020: Cadre politique et stratégie		OMS-Europe	www.euro.who.int
2012	Patient Involvement Eurobarometer Qualitative Study		European commission	http://ec.europa.eu
2012	Le déploiement de la bientraitance. Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD.	Groupe Bientraitance FORAP-HAS	HAS Haute Autorité de Santé	www.has-sante.fr
2012	Examination frequencies for Nuclear medicine procedures	A. FRANK	Workshop on European Population Doses from Medical Exposure	http://ddmed.eu/_media/workshop:o10.pdf
2012	Rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers		Inspection Générale de la Sécurité Sociale	www.mss.public.lu/acteurs/igss/index.html
2012	Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ?	Z. OR, U. HÄKKINEN	IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)	www.irdes.fr DT n° 53
2012	Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France	C. NESTRIGUE, Z. OR	IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)	www.irdes.fr DT n°44
2012	Better care for premature babies	A. VALLS-I-SOLER	EuroNeoStat II	www.euroneostat.org

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2012	Histoire des Hôpitaux de Luxembourg Récit collectif	H.KUGENER, R.CLESSE, M.PAULY, E. BANGE, A. BRUNS, H.FISCHBACH, C.WALLERICH		Périodique «ONS STAAT» N° 100/2012
2012	La situation épidémiologique des facteurs de risque cardio-vasculaire potentiellement modifiables chez les adultes résidant au Luxembourg en 2007-2008	A.ALKERWI et coll.	Ministère de la Santé, CRP-Santé	Enjeux Santé n°4
2011	Directive 2011/24/UE du parlement européen et du conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers		Parlement européen et Conseil de l'Union européenne	http://eur-lex.europa.eu
2011	Patients Experience		TNS-ILRES, Ministère et Direction de la Santé	www.gouvernement.lu
2011	Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries	J.G. GAY et coll.	OECD	Health Working Papers n° 55
2011	OECD Health Data 2011 - Frequently requested data		OECD	www.oecd.org
2011	The Role of WHO in Hospitals and Healthcare Delivery System Improvement, Draft 2.1.	N. EDWARDS	OMS-Europe	www.euro.who.int/pubrequest
2011	Améliorer la performance des soins de santé - Comment mesurer leur qualité		OCDE	ISBN 9789264094826 (imprimé) ISBN 0789264094840 (PDF)
2011	Histoire des réformes hospitalières en France	M.-O. SAFON	IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)	www.irdes.fr/EspaceDoc/ DossiersBiblios/ HistoriqueReformesHospitalieres.pdf
2011	Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire	A.GRIMALDI, D.TABUTEAU et coll.	Odile Jacob, 2011	ISBN:978-2-7381-2692-4
2011	Modern Health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals - Scope and purpose	Compiled report of workshop - différents auteurs	OMS-Europe	www.euro.who.int
2011	Panorama de la Santé 2011 Les indicateurs de l'OCDE		OCDE	ISBN 978 92 64 12189 8 http://dx.doi.org/10.1787/health_ glance-2011-fr

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2011	Examens de l'OCDE des systèmes de santé - SUISSE		OCDE	www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/examens-de-l-ocde-des-systemes-de-sante-suisse-2011_9789264120938-fr
2011	Rapport sur la Situation de l'Assurance Maladie-Maternité	Comité quadripartite 19 octobre 2011	IGSS (Inspection générale de la sécurité sociale Luxembourg)	www.mss.public.lu/publications/rapport_activite_mss/rap_act_2011.pdf
2011	Panorama des établissements de santé		DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)	www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000125/0000.pdf
2011	Developing the new European policy for health - Health 2020	First meeting of the European Health Policy Forum for high-level Gov. Officials	OMS-Europe	www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/3 Case studies and key documents/WHO Regional Office of Europe/EURO_Health2020_2011.pdf
2011	Health Care Cost Drivers: The Facts	G. MARCHILDON, L. DIMATTEO et coll.	Canadian Institute for Health Information	ISBN: 978-1-55465-985-2 www.cihi.ca
2011	Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé	A. ETTORCHI-TARDY et coll.	CNAMTS - Pratiques et Org. des Soins	ISSN 1952-9201 2011/1-Vol.42 pp35 à 41 www.cairn.info
2011	La nouvelle politique européenne de la santé - Santé 2020: vision, valeurs, principaux axes et approches	61 ^e session du Comité régional de l'Europe	OMS-Europe	http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/42352/Sante%202020.pdf
2011	Reforming health systems - a different approach	J. HJERTQVIST	Health Consumer Powerhouse	http://healthpowerhouse.com/files/reforming-healthcare-systems-engage-BRU-111128.pdf
2011	Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being - Assessing the case for investing in health systems	J. FIGUERAS, M. MCKEE	European Observatory on Health Systems and Policies	www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/health-systems,-health,-wealth-and-societal-well-being.-assessing-the-case-for-investing-in-health-systems
2011	Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients - Principes et préconisations		Haut Conseil de la Santé Publique - France	www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20111021_politiquesecuritepatients.pdf
2011	Messen, um zu verbessern: HELIOS Krankenhaus bestätigt erneut seine medizinische Qualität	Helios-Klinikum	Helios Vogtland-Klinikum Plauen	www.helios-kliniken.de

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2011	Diffusion publique des résultats d'indicateurs de qualité Les modalités d'affichage 2011 précisées par la DGOS		Direction Générale de l'Offre des Soins	http://abonnes.hospimedia.fr
2011	Certification - qualité gestion des risques HAS- indicateurs qualité	R. CAILLET, N. SANCHEZ	Fédération hospit. de France (FHF)	
2011	Governing Public Hospitals - Reform strategies and the movement towards institutional autonomy	R.B. SALTMAN, A. DURAN, H.F.W. DUBOIS	European Observatory on Health Systems and Policies	ISBN 978 92 890 02547 www.euro.who.int/pubrequest
2011	Gestion et pilotage des pôles hospitaliers	N.R. FOUQUE, G. FONLUPT, D. DVETOJEVIC	Berger-Levrault	ISBN 978270131720-5
2011	Krankenhäuser im Saarland 2009	Statistisches Amt Saarland	Statistische Berichte A IV 2- j 2009	www.statistik.saarland.de
2011	Measurement of quality of life in surgery	J.CAMILLERI- BRENNAN, R.C.J. STEELE		www.rcsed.ac.uk/journal/ vol44_4/4440010.htm
2011	2011, année des patients et de leurs droits. Mythe ou réalité?	Dr A. FOURCADE	Pôle Santé-Sécurité- Soins du Médiateur de la République	www.securitesoins.fr
2011	Global Trigger Tool shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured	D.C. CLASSEN et coll.		www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/21471476
2011	Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé: les résultats des enquêtes ENEIS	P. MICHEL et coll.	annexés à la loi de santé publique	
2011	Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung	GDK Schweize- rische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdi- rektorinnen und Direktoren		GDK _ Speichergasse 6, Pfach 684, CH-3000 Bern 7 N:/9\92\92_4\92_44\EM_ Spitalplanung_20090514-d.doc
2011	Why Not the Best? - Results from the National Scorecard on US Health System Performance, 2011		The Commonwealth Fund	www.commonwealthfund.org
2011	Hospital emergency response checklist - An all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers		OMS-Europe	www.euro.who.int/pubrequest

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2011	Planification des soins 2011-2014: Gesundheits- Kanton Bern		Direction de la Santé publique du Canton de Bern	www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemeasspvg/projekt_versorgungplanung2011-2014.html
2011	INCCI - Rapports d'Activité 2009, 2010, 2011			www.incci.lu
2011	Les missions de l'hôpital	G. LARCHER	La Documentation française.	17 novembre 2011 www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml
2011	Report on quatre audit mission to Centre François Baclesse in GD Luxembourg (5-7 Dec. 2011)	P. SCALLIET, S. VYNCKIER, G. VANDELDELDE	PSL Management Consulting SCS B-Grez-Doiceau	
2011	Centre François Baclesse. Bilans d'Activité. Années 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011			www.baclesse.lu
2011	Rapport général sur la sécurité sociale 2010 et 2011		IGGS (Inspection générale de la sécurité sociale)	www.statsecu.public.lu
2011	Surveillance de la Santé Périnatale au Luxembourg, Données 2009		Ministère de la Santé, CRP-Santé	
2010	Spitalplanung - GDK			www.gdk-cds.ch/index.php?id=755
2010	Zithaklinik - Aktivitätsbericht 2010			www.zitha.lu
2010	CHL - Rapport Annuel 2010			www.chl.lu
2010	Croix-Rouge - Rapport d'Activité 2010			www.croix-rouge.lu
2010	Information des services d'accueil des urgences Analyse du recueil oSIS-Données		Direction générale de l'offre des soins, Ministère de la Santé - France	www.sante.gouv.fr
2010	Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004		DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)	www.sante.gouv.fr Dossiers solidarité et santé n°17 2010
2010	L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS)		DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)	www.drees.sante.gouv.fr

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2010	Rapport National 2009 sur le tableau de bord des infections nosocomiales		Ministère de la Santé - France	www.sante.gouv.fr
2010	Health Systems Institutional Characteristics - A survey of 29 OECD Countries	V. PARIS et coll.	OECD	www.oecd.org/health/workingpapers Health Working Papers N° 50
2010	Statistiques des causes de décès pour l'année 2000-2010		Direction de la Santé, Service des Statistiques	www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/maladies-traitements/statistiques-causes-deces/index.html
2010	Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé		OMS	http://www.who.int/healthsystems/FR_HSSkeycomponents.pdf
2010	Assurance qualité des soins prodigués au cours d'une hospitalisation via des données de routine (QSR) et autres données comptables fondées sur des indicateurs de la qualité - Quelle est leur utilité pour le médecin ?	Prof. Dr J. ZACHER	Helios Kliniken - Medizinische Qualitätssicherung mit administrativen Daten	www.helios-kliniken.de/berlin www.mss.public.lu
2010	Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR)	C. GÜNSTER	Workshop 10.02.2010 Luxembourg	ISBN 978-3-922093-42-8
2010	La mortalité au Luxembourg - Évolution historique, situation actuelle et perspectives futures du système national de surveillance de la mortalité	G. WEBER et coll.	Direction de la Santé - Secrétariat général	www.sante.public.lu/publications/maladies-traitements/statistiques-causes-deces/mortalite-luxembourg-evolution-historique/mortalite-luxembourg-evolution-historique.pdf
2010	Millenium Development Goals in the WHO European Region - A situational analysis at the eve of the five-year countdown		OMS-Europe	ISBN 978 92 890 0202 4
2010	Rapport d'activité 2010, 2011, 2012		Ministère de la Santé - Direction de la Santé	www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/rapport-activite-ministere-sante-2010/index.html
2010	Études économiques de l'OCDE - Luxembourg		OCDE	ISBN 978-92-64-07734-8
2010	Health at a Glance Europe 2010		OECD	ISBN 97892-64-09030-9
2010	Performance Measurement for Health System Improvement - Experiences, challenges and prospects	C.P. SCHMIT, E. MOSSIALOS, I. PAPANICOLAS, S. LEATHERMAN	European Observatory on Health Systems and Policies	ISBN 978-0-521-11676-3
2010	Dare to compare! Benchmarking Dutch Health with the European Community Health Indicators	M. HARBERS et coll.	National Institute for Public Health	www.rivm.nl ISBN: 9789031361854

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2010	Ergebnisse der Patientenbefragung Januar-Dezember 2010		Helios-Kliniken	www.helios-kliniken.de
2010	Topic guide to: Access and Waiting Times		UK National Statistics	www.statistics.gov.uk
2010	Présentation de l'outil Hospi Diag	A. PODEUR, Dr G. BONTEMPS	ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux)	www.anap.fr
2010	L'Usager: Le long chemin vers la reconnaissance des droits des patients	V. MANGOT	Gestions Hospitalières n° 500 nov.2010 pages 554-558	ISSN 0016-9218
2010	Comment annoncer un dommage associé aux soins?		Haute autorité de santé	www.has-sante.fr
2010	Quality assurance of clinical treatment using administrative data -QSR Pilot Study 2009	Dr J. HOHMANN, L. WEBER	IGSS (Inspection Générale de la Sécurité Sociale)	
2010	The 2010 Dr Foster Hospital Guide		Dr Foster Intelligence	www.drfoosterhealth.co.uk/docs/hospital-guide-2010.pdf
2010	Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé	P.MICHEL, C. MINODIER, M.LATHELIZE	DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)	www.drees.sante.gouv.fr Dossier Solidarité et Santé n°17
2010	Cross border care EU - How to choose the best hospital	H. CORDASEV, A. BJÖRNBERG, O.HJERTQVIST	Health Consumer Powerhouse	ISBN 978-91-977879-2-5
2009	OECD Health Care Quality Indicators 2009		OECD	www.oecd.org
2009	Premier rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie		Ministère de la Santé	www.sante.public.lu/publications/sante-fin-vie/fin-vie/rapport-application-loi-2009-soins-palliatifs-annees-2009-2010/rapport-application-loi-2009-soins-palliatifs-annees-2009-2010.pdf
2009	Rückblick zum Ausblick - Perspektiven für das Gesundheitswesen in Luxemburg 2009-2013	F.J. FISCHER	Schellen& Partner Düsseldorf	
2009	National Health Survey: Le Luxembourg dans le contexte international		TNS-ILRES	

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2009	Hôpital Kirchberg - Rapport d'Activité 2009			www.chk.lu
2009	La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé - Revue de la littérature et des sites internet		Haute Autorité de Santé	www.has-sante.fr
2009	Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins		Ministère de la Santé - France	www.legifrance.gouv.fr
2009	Hospitals in the 27 Member States of the European Union	F. CHEVALIER, J. LEVITAN, P. GAREL	DEXIA/HOPE	www.hope.be/03activities/1_0-facts_and_figures.html
2009	Le recours à l'hôpital en Europe, rapport d'évaluation	HIRTZLIN, RAMEAU-PICHON	Haute Autorité de Santé	www.has-sante.fr
2009	Évolution des soins des résidents luxembourgeois à l'étranger entre 1998 et 2007	V.BOCQUET et coll.	CRP-Santé	Enjeux Santé n° 3
2008	European Health Indicators: Development and Initial Implementation	Final Report ECHIM Project	National Public Health Institute	ISBN 978-951-740-857-8
2008	Résolution - Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS		OMS	www.euro.who.int
2008	Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé: expériences, défis et perspectives	P.C. SMITH, E. MOSSIALOS, I. PAPANICOLA, S. LEATHERMAN	OMS-Europe	www.euro.who.int/%20PubRequest?language=French
2008	L'avenir des soins de santé: oser le diagnostic et les thérapies	F. DAUE, D. CRAINICH	Itinera Institute	ISBN 978 90 5487 532 1 www.itinerainstitute.org/upl/1/default/doc/SWOT%20FR%20final.pdf
2008	Nutzerkompetenz durch Qualitätstransparenz - Steuerungskriterium für das deutsche Gesundheitswesen?	M. GRUHL, D. KLEMPERER	G + G. - Berlin, 1, p. 7-17	ISSN 1868-1492, ZDB-ID 20528760. - Vol. 8.2008
2008	Registre National de l'Infarctus LUCKY	I. OPERA et coll.		Bulletin Société des Sciences Médicales GDL N°2/2008
2008	Registre Morphologique des Tumeurs - Nouveaux cas de cancer, année 2007, 2008	Div. Anatomie Patho et Hématologie du LNS	Ministère de la Santé	ISBN 978-2-919938-06-3 ISBN 978-2-919938-07-0

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2008	Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ?	Z. OR, T. RENAUD	IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)	www.irdes.fr Questions d'économie de la Santé, n° 135, Sept. 2008
2008	Indicateurs de qualité pour les hôpitaux suisses de soins aigus	D. ZAHND, Dr phil., MI	Eidgenössisches Departement des Inneren EDI-Bundesamt für Gesundheit	
2008	Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de soins de santé : enseignements de la littérature	L.COM-RUELLE et coll.	IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)	ISBN 978-2-87812-349-4
2008	Réponse à la question parlementaire n°1403 concernant le suivi des patients	Mars DI BARTOLOMEO	Ministère de la Santé	www.chd.lu
2008	La crise de confiance hospitalière - constat, causes, réformes	J.-M. CLEMENT	Les Études Hospitalières Éditions	www.leh.fr
2007	CHL - Définition du plan stratégique 2007			www.chl.lu
2007	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals		OMS-Europe, Division of Country Health Systems	
2007	Éthique, Médecine et Société	E. HIRSCH	Espace éthique AP-HP	ISBN 978-2-7117-1874-0
2007	L'accès aux soins de santé pour tous : un défi pour l'équité	N. LORENTZ, A. TCHICAYA	Centre d'Études de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques	N° 34
2007	Health at a glance: Europe 2007, 2008, 2009, 2010 OECD Indicators	J.G. GAY	OECD	ISBN 9789264027329
2007	Analyse des fondements juridiques de la planification hospitalière suite à la révision de la LAMAL	Dr Jur. M. MOSER		www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Politik/Positionen/H_zur_Spitalplanung/FR_Bericht-Spitalplanung-2_def.pdf
2007	Les Chartes dans le domaine de la santé Des outils pour les représentants des usagers	C. BASSET, N. BRUN	Union Nationale des Associations Familiales	www.unaf.fr

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2007	L'Usager et le Monde Hospitalier - 50 fiches pour comprendre	O. DERENNE, C. HONTEVEYRIE-SOULIE, F. PONCHON	Éditions ENSP	ISBN 978-2-85952-950-5
2006	Consensus canadien sur les temps d'attente médicalement acceptables en santé digestive	W.G. PATERSON et coll.	Pulsus Group Inc.	www.waittimealliance.ca/French/waittimes/CAG_Wait_Times_Consensus_f.pdf
2006	Indicateurs de qualité cliniques		KCE	KCE reports vol.4 I B
2006	L' Hôpital, la Technique et l'Éthique	J.-M. CLEMENT	Ed. Libre Propos	ISBN 978-2-84874-068-3
2006	Les droits du malade hospitalisé	C. DE BERNARDINIS	heures de France	ISBN 2-85385-283-0
2006	Les cliniques peuvent améliorer leurs résultats	PD Dr Th. MANSKY, Dr S.M.LIST, M. GÜNTHER		ISSN 0175-4548 www.bibliomed.de
2006	Engaging patients to improve quality and safety; Improving patient's experience, sharing good practice; Respect Privacy and Dignity	A. COULTER	Pickier Institute Europe	www.pickereurope.org
2005	Études et résultats - Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale	P. MICHEL, J. L. QUENON et coll	DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)	www.ladocfrancaise.gouv.fr n°398, mai 2005
2005	Carte Sanitaire 4 ^e Édition : un outil de réflexion pour guider l'action	R. CONSBRUCK	Ministère de la Santé	www.sante.public.lu
2005	Der Krankenhaussektor 2005: Bilanz, Ausblick und Herausforderungen	ALIAR	Bulletin ALIAR	
2004	Les résidents du Luxembourg: La perception de leur santé personnelle, leurs attitudes face au financement du système de santé		Ministère de la Santé, TNS-ILRES	
2004	Qualität als Steuerungsinstrument in der Krankenhausplanung	Dr M. GRUHL	Abteilung für Gesundheit - Freie Hansestadt Bremen	http://www.qmr-kongress.de/download/03_Dienstag_Plenum/qualitaet_als_kriterium.pdf
2004	Towards High-Performing Health Systems OECD	The OECD Health Project	OECD	ISBN 92 64 01555 8
2004	Highlights on health in Luxembourg 2004		OMS-Europe	www.euro.who.int
2004	Does health care save lives? - Avoidable Mortality revisited	M. MCKEE, E. NOLTE	The Nuffield Trust	ISBN 1-902089-94-4

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
2004	Manuel de Droit Hospitalier	P. THIEL	Éditions Kluwer	ISBN 9059386973
2003	OECD Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: a comparison of policies in Twelve OECD Countries	J. HURST, L. SICILIANI	OECD	Health Working Papers
2003	14 Qualitätsanalysen mit Routinedaten-Ansatz und erste Analysen aus dem Gemeinschafts-projekt «Qualitätssicherung mit Routinedaten» (QSR)	G. HELLER, E. SWART, T. MANSKY		www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_khr03kap14_1103.pdf
2003	15 years of Hospital Care Documentation	M.L. LAIR	CRP-Santé	
2002	Les droits des usagers du système de santé	C. EVIN	Berger-Levrault	ISBN 2-7013-1413-5
2002	Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes Généraux		Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	
2001	L'hôpital luxembourgeois, une entreprise performante de service en 2001 ?	P. SCHWARZ	Mémoire de fin d'études en management social et de la santé CUNLUX	
2000	Recommandations pour la pratique clinique Information des patients - recommandations destinées aux médecins		Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé	ISBN 2-910653.81-1
1998	Droits de l'Homme et pratiques soignantes Textes de référence: 1948-1998	E. HIRSCH, P. FERLENDER	DOIN Editeurs Assistance publ. Hôpitaux de Paris	ISBN 2-7040-1018-8
1995	Ärzte und Chirurgen in Luxemburg von den Anfängen bis 1914	Dr H. KUGENER		ISBN 2-0500882
1994	Principles of Health Care Ethics	R. GILLON		ISBN 0 471 93003 4
1994	« Être à la hauteur » - Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE	C.D. NAYLOR, K. HANDA, K. IRON	OCDE	
1994	Santé pour tous	Dr D. HANSEN-KOENIG, M. ROULLEAUX	Direction de la Santé	
1992	La responsabilité du prestataire de services et du prestataire de soins de santé	N. RASELLE	Academia Bruylant	ISBN 2-87209-173-4 ISBN 2-8027-0553-9

	Titre	Auteur	Édition	ISBN / Référence
1992	Réflexions sur l'hôpital de demain	D. JOLLY, I. GERBAUD		WHO/SHS/CC/92.1 Questions d'actualité, Cahier SHS n°5
1977	Les Chemins d'Esculape Histoire de la pensée médicale	Pr. M. TUBIANA	Flammarion	ISBN2-0806-067121-9
1977	L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine.	L. COCHRANE	Éditions Galilée, Paris	ISBN 9782718600628
1975	Rapport d'une visite à Luxembourg	Dr D.A.T. GRIFFITHS	OMS	
1972	Réflexions inspirées par le rapport Aujaleu/Rösch et texte intégral du Plan de Développement des Services de Santé Publique du Grand-Duché de Luxembourg		AMMD Luxembourg	www.ammd.lu 1972/10
1967	Administration des hôpitaux - Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS	AUJALEU-RÖSCH	OMS	Série de rapports techniques n°395, 1967
1950	La Situation Sanitaire au GD de Luxembourg de 1950 à 1952, 1953, 1954-55, 1956-58, 1959-62		Direction de la Santé Publique	
1947	La Situation Sanitaire au GD de Luxembourg depuis la libération	Dr L. Molitor		

