

CADRE METHODOLOGIQUE : SOURCES DES DONNEES ET DEFINITIONS

1. Cartographie des établissements hospitaliers

- **Sources des données**

- **Services hospitaliers, capacités d'accueil, équipements, personnel médical** : réponses des établissements hospitaliers aux demandes de données envoyées par les chargées de mission pour la création de l'Observatoire national de la santé le 29 juin 2021.
- **Données issues des autorisations d'exploitation des services hospitaliers** : arrêtés ministériels d'autorisations d'exploitation des services hospitaliers en date du 28.02.2019 (hors exceptions : Colpach le 25.07.2018 ; Rehazenter, Haus Omega et Mondorf le 30.11.2018 et actualisations postérieures : CHEM – service de l'environnement, CHNP, Colpach, HIS)

2. Activité d'hospitalisation

- **Sources des données**

- **Données d'hospitalisation**, hormis celles signalées spécifiquement : Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), hospitalisations enregistrées par un hôpital (admissions formelles) et pour lesquelles une facturation a eu lieu.
 - Source : Base de données de la sécurité sociale
 - Extraction : IGSS
 - Traitement final pour la présente Carte sanitaire : Observatoire national de la santé en cours de création

→ *Les statistiques sont établies du point de vue de l'hôpital : les variables sont rattachées aux séjours hospitaliers et non aux patients (pas de données sur les réhospitalisations et transferts).*

- **Précisions sur les données d'hospitalisation :**

- Sont concernées les prises en charge pour lesquelles au moins un lit a été facturé pendant toute l'hospitalisation.
Exception : les prises en charge en places de surveillance peuvent donner lieu à la facturation d'une unité d'œuvre de place de surveillance ou d'autres unités d'œuvre (salles opératoires, imagerie médicale, policlinique...)
- Il s'agit de prestations :
 - remboursées par la CNS à la date d'extraction,
 - effectuées par des fournisseurs luxembourgeois,
 - réalisées au cours des années **2010-2020** (sauf indication différente). Cette **période d'observation pluriannuelle** permet de donner une certaine robustesse aux observations et de connaître l'évolution des paramètres suivis.
Seules les prises en charge clôturées sont considérées et l'année de référence correspond à l'année de fin de l'hospitalisation (si l'hospitalisation n'est pas terminée à la date d'extraction des données, elle n'est pas incluse).

L'**année 2019** a été choisie comme année de référence pour les **focus** car les données 2020 sont provisoires (les factures pouvant être transmises jusqu'à 2 ans après la date de réalisation de l'acte/prestation) et partiellement impactées par la pandémie COVID-19. Le caractère provisoire des données est indiqué par le symbole « (p) ».

- La résidence du patient retenue est celle connue au moment de la saisie de la facture par la CNS.
- **Classification des âges** : par groupe de 5 années, sauf exceptions signalées
- **Petits effectifs** : les valeurs inférieures à 5 sont remplacées par « <5 » afin d'attirer l'attention sur le fait qu'il s'agit de petits effectifs dont l'interprétation est difficile et pour garantir la confidentialité des données, même s'il s'agit de données agrégées.

• **Champ d'observation et périmètre des données :**

<p>Pour tous les établissements</p>	<p>D'un point de vue <u>populationnel</u>, les données d'hospitalisation présentées <u>concernent</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes résidentes ou non, relevant, directement ou par assimilation, de la protection de la sécurité sociale, - et qui ont été hospitalisées pour des activités opposables à la CNS selon ses statuts. <p>Les données et les calculs subséquents <u>ne comprennent pas</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les données d'activité en lien avec des personnes non assurées par la CNS dont notamment les fonctionnaires et autres agents des institutions internationales - les personnes sans assurance maladie - les données d'activité non opposables à la CNS selon ses statuts.
<p>Etablissements hospitaliers classés centres hospitaliers selon la loi hospitalière de 2018 (art 1^{er} alinéa 3.2)</p>	<p><u>Etablissements concernés :</u></p> <p>Les centres hospitaliers sont des hôpitaux* assurant une large offre de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier du Nord (CHdN) : sites de Wiltz et d'Ettelbruck - Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) : site du Centre – Maternité - KannerKlinik et site d'Eich - Hôpitaux Robert Schuman (HRS) : sites de l'Hôpital Kirchberg (HK), de la Clinique Bohler, de la ZithaKlinik (ZITHA), de la Clinique Ste Marie (CSM) (fusion de la ZITHA avec les autres sites en 2017). Pour les années 2008 à 2016, les données d'activité du Centre hospitalier du Kirchberg (CHK : HK et Bohler), de la ZITHA et de la CSM ont été présentées séparément. Des sommes ont toutefois été calculées pour le groupe HRS sur cette période mais sont présentées entre parenthèses car il s'agit de sommes fictives à interpréter avec précaution puisque la fusion des établissements constituant les HRS n'avait pas encore eu lieu. Pour les années 2017 à 2020, les données du groupe HRS sont présentées. - Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM): sites d'Esch-sur-Alzette, Dudelange et Niederkorn <p>*Un hôpital est défini comme tout établissement ayant principalement une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique ainsi que de soins préventifs et palliatifs et disposant de services dans lesquels les patients sont admis.</p>

Hospitalisations concernées :

Ce sont les **hospitalisations aiguës en unités de soins normaux et intensifs** (l'activité de rééducation n'est donc pas incluse)

- Les soins normaux et intensifs se distinguent notamment par la nécessité ou non de dotation spécifique en personnel et la nécessité d'équipements pour la surveillance intensive des patients. Les soins normaux incluent l'activité de maternité et les soins palliatifs réalisés dans les établissements aigus (les données actuelles ne permettent pas d'exclure l'activité de soins palliatifs des soins aigus réalisés dans les centres hospitaliers).

Exclusions :

- Pour les nouveau-nés en bonne santé, le séjour normal en maternité après la naissance n'est pas considéré comme une hospitalisation.
- L'activité des services de rééducation des centres hospitaliers (CHdN, ZITHA, CHEM) n'est pas incluse (elle est étudiée séparément). Cela peut notamment induire une sous-estimation de 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.

Etablissements hospitaliers spécialisés ayant des services avec des lits aigus
(art 1^{er} alinéa 3.3)

Un établissement hospitalier spécialisé est tout hôpital qui répond aux besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ou à des affections particulières.

Les deux hôpitaux classés "établissements hospitaliers spécialisés" selon la loi hospitalière 2018 et ayant des services hospitaliers avec des lits aigus sont les suivants :

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

Ils font l'objet d'une présentation spécifique compte tenu de leur activité spécialisée et de leur capacité d'accueil réduite par rapport aux centres hospitaliers.

Etablissements hospitaliers ayant des services avec des lits de moyen séjour et de longue durée
(art 1^{er} alinéa 3.3 et .4)

- **Etablissements hospitaliers spécialisés** avec des lits de moyen séjour et de longue durée :
 - le **Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)** pour la réhabilitation psychiatrique et l'hospitalisation de longue durée psychiatrique,
 - le **Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation - Rehazenter (RHZ)** pour la rééducation fonctionnelle,
 - le **Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC)** spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique,
 - l'**Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)** spécialisé en rééducation gériatrique.A noter : l'activité de rééducation gériatrique est également réalisée dans les centres hospitaliers suivants : CHdN, CHEM, HRS.

- **Etablissement d'accueil pour personnes en fin de vie : Haus Omega**
Cet établissement a pour mission principale de dispenser des soins stationnaires à des personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, à l'exclusion de soins à visée essentiellement curative.
Les soins palliatifs sont également assurés dans les services de soins palliatifs des centres hospitaliers (CHdN, CHL, CHEM, HRS).

Etablissements hospitaliers n'ayant pas de lits hospitaliers <i>(art 1^{er} alinéa 3.5 et .6)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains : établissement de cures thermales thérapeutiques. - Laboratoire National de Santé : centre de diagnostic pour ses activités de génétique humaine et d'anatomopathologie.
---	--

- **Définitions :**

(Source : Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, art. 2, 9, 14 et 28)

Unités de soins et services hospitaliers	<p>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 communes.</p> <hr/> <p>Service hospitalier : unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital. L'annexe 2 de la loi hospitalière précise les caractéristiques attendues pour chacun des services hospitaliers.</p> <p>Antenne de service : chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multisites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service ». Une antenne de service peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question, sur base d'une convention de collaboration inter-hospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service, dont le projet de service reprend les modalités de collaboration. L'antenne de service doit répondre à différentes conditions (<i>cf. art. 9.7</i>).</p> <hr/> <p>Service national : service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national.</p>
Réseaux de compétences	<p>Un réseau de compétences est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou de plusieurs services, assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies, garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.</p>
Lits et places	<p>Lits : lits hospitaliers qui sont de façon continue à la disposition des patients dans les services hospitaliers, en distinguant : lits aigus, lits de moyen séjour, lits d'hospitalisation de longue durée (exclus : les lits d'hospitalisation de jour et les lits portes).</p> <hr/> <p>Lits aigus : lits, y compris les lits de soins intensifs, hormis les lits de moyen séjour et les lits d'hospitalisation de longue durée, les lits de soins intensifs étant des lits réservés aux patients nécessitant des soins intensifs.</p>

	<p>Lits de moyen séjour : lits réservés à la rééducation, à la réhabilitation et aux soins palliatifs. NB : Les lits de soins palliatifs étaient comptés avant la loi hospitalière parmi les lits aigus.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lits de rééducation et de réhabilitation : lits de moyen séjour des établissements hospitaliers et des services hospitaliers ayant pour mission la rééducation ou la réhabilitation sous ses différentes formes, que sont la rééducation et la réhabilitation fonctionnelle, la rééducation gériatrique, la réhabilitation physique et post-oncologique, la réhabilitation et la réadaptation de malades souffrant de troubles psychiques.
	<p>Lits d'hospitalisation de longue durée : lits réservés aux soins hospitaliers de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles justifiant une surveillance médicale, une prise en charge de même que des soins particuliers et continus par du personnel spécifiquement qualifié ainsi que des traitements d'entretien. Ces lits peuvent être autorisés dans le cadre de deux services nationaux d'hospitalisation de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le service d'hospitalisation de longue durée médicale - le service d'hospitalisation de longue durée psychiatrique.
	<p>Lits d'hospitalisation de jour : lits d'hôpital ou places situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés aux activités suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance et des soins pré- ou post-interventionnels; b) autres actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> - explorations fonctionnelles et endoscopiques ; - imagerie interventionnelle ; - ponctions et biopsies non-chirurgicales ; c) diverses prises en charge thérapeutiques : <ul style="list-style-type: none"> - épuration extra-rénale ; - chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuses ; - transfusion de produits et dérivés sanguins cytophèrese ; - traitements et prise en charge de situations spécifiques ; d) soins de rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile ; e) soins de revalidation, y compris gériatrique.
	<p>Lits portés : lits d'hôpital ou places situés dans l'enceinte d'un service d'urgence, exclusivement à la disposition des prises en charge urgentes nécessitant une présence médicale et une présence continue par du personnel soignant spécifiquement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures.</p>
Equipements nationaux	<p>Les équipements et appareils médicaux ainsi que leur nombre, qui soit en raison de leur coût soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières.</p>

- **Variables et indicateurs** :

Séjour hospitalier	<p>Un séjour hospitalier correspond à une hospitalisation de jour ou à une hospitalisation stationnaire (complète), autrement dit à une admission et une sortie le même jour, avec une activité réalisée en place de surveillance ambulatoire ou en hôpital de jour et à une admission et une sortie avec une ou plusieurs présences à minuit.</p>
	<p>Les hospitalisations stationnaires (complètes) comportent au moins une nuitée, c'est-à-dire une présence à minuit.</p>
	<p>Les hospitalisations de jour (sans présence à minuit) regroupent :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - les hospitalisations de jour proprement dites : avec admission à l'hôpital et sortie le même jour (ESMJ - entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit) - l'activité réalisée dans les places de surveillance ambulatoire (PSA) avant 2019 et les passages en hôpital de jour chirurgical, non chirurgical et pédiatrique pour les années 2019 et 2020. <p>Les places de surveillance ambulatoire sont les emplacements (fauteuils, lits ou brancards) situés en dehors des unités d'hospitalisation et à proximité du plateau médico-technique permettant d'accueillir un patient suite à un acte médico-technique ou un traitement réalisé en ambulatoire avec une admission formelle. Ces places ne sont pas définies dans le Plan Hospitalier 2009 ni dans la loi hospitalière de 2018 mais étaient négociées entre la CNS et l'hôpital lors de la négociation budgétaire.</p> <p>La loi hospitalière de 2018 définit uniquement, dans son annexe 2, l'hôpital de jour comme un service faisant l'objet de dispositions organisationnelles et fonctionnelles distinctes, où sont dispensées des prestations de soins programmées dont la durée n'excède pas douze heures et qui ne donnent pas lieu à une nuitée.</p> <p>A partir de 2019, la convention CNS-FHL supprime les unités d'œuvre de PSA et les remplace par de nouvelles unités d'œuvre pour mesurer l'activité d'hôpital de jour (HDJ) : HDJ pédiatrique, HDJ chirurgical, HDJ non chirurgical.</p> <p><i>(Convention conclue entre la CNS et la FHL en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la sécurité sociale, 01.01.2019 : https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/convention/cns-fhl-convention.pdf)</i></p> <p>L'activité réalisée en PSA est incluse car certains établissements hospitalisent dans des lits et d'autres dans des places de surveillance pour le même type d'activité selon que les établissements ont ou non des places de surveillance négociées avec la CNS.</p>
	<p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les prestations en policlinique ne sont pas considérées comme une journée prestée à l'hôpital. - Pour les hospitalisations complètes (avec nuitée), le jour de sortie n'est pas encodé comme une journée prestée. Ainsi une opération avec sortie le lendemain ne constitue qu'une seule journée. - Les patients décédés le jour même de leur admission sont inclus. - Les transferts dans la même journée d'admission ne sont pas pris en compte.
Episode hospitalier	<p>Les épisodes hospitaliers ne font pas l'objet d'une analyse dans ce rapport.</p> <p>Pour information un épisode hospitalier peut comporter des séjours hospitaliers successifs dans plusieurs hôpitaux.</p> <p>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</p>
Journées d'hospitalisation	<p>Les journées d'hospitalisation correspondent aux journées de prise en charge d'un patient, avec ou sans nuitée (les séjours sans nuitée incluant les séjours ESMJ et PSA).</p>
Durée moyenne de séjour	<p>La durée moyenne de séjour fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital pour leur séjour en hospitalisation incluant au moins une nuitée.</p> <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les hospitalisations de jour et l'activité réalisée en places de surveillance ambulatoire ou en hôpital de jour - le jour de sortie qui n'est pas encodé comme une journée prestée. <p>Le mode de calcul défini par l'IGSS correspond à la moyenne de toutes les durées de tous les séjours de toutes les personnes soignées sorties dans la période observée.</p> <p>DMS = moyenne (date fin – date début des séjours en présence à minuit) de tous les séjours avec présence à minuit</p>
	<p>Les données d'occupation des lits concernent les prestations facturées pour les assurés CNS.</p>

<p>Occupation des lits</p>	<p>L'activité réalisée avec une prise en charge en places de surveillance ambulatoire est exclue car la loi ne prévoit pas de maximum de lits autorisés pour ces places, comme pour les lits d'hospitalisation de jour.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Lits occupés en moyenne par jour (LOM) = moyenne des journées d'hospitalisation facturées par jour calculée sur la période considérée (année civile ou mois) Source de donnée : IGSS, fichier des facturations par jour et par hôpital d'unités d'œuvre de soins normaux (soins palliatifs inclus dans l'activité aiguë), de soins intensifs et de rééducation. Avec ces données, il se peut que pour un même patient et pour un même jour, plus d'un lit soit facturé dans la même journée. Sont également considérées les hospitalisations non terminées. - Remarque : <ul style="list-style-type: none"> - L'analyse de l'occupation des lits ne tient pas compte des fermetures de lits hospitaliers pour motifs organisationnels (ex : hôpitaux de semaine) ou structurels (ex : rénovation). <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'occupation annuel (TO) = (nombre de journées d'hospitalisation facturées pour une année / (nombre de lits déclarés * 365)) * 100 <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour le calcul du taux d'occupation annuel des années bissextiles, 366 jours sont pris en compte (2012, 2016, 2020) ; - les données de facturation servant aux calculs des taux d'occupation ne permettent pas d'exclure les journées de soins palliatifs de l'activité aiguë. C'est pourquoi, les lits de soins palliatifs, qui deviennent lits de moyen séjour à partir de 2019 conformément à la loi hospitalière, ont toutefois été réintégrés aux lits aigus pour assurer la consistance de ce calcul. - En outre, en 2019, pour la rééducation gériatrique, les données d'activité à notre disposition n'incluent pour le CHEM, que les 36 lits de Dudelange (et pas les 23 lits de Niederkorn) et pour les HRS, sur la période de janvier à mai, seule l'activité de 30 lits sur 70 lits est incluse (raison : facturation a différé du réel de l'activité). Les lits non inclus pour la rééducation gériatrique ont en conséquence été inclus dans les lits aigus. - la barre rouge fixée à 85% sur les graphiques d'occupation saisonnière correspond au taux sous lequel la capacité d'accueil et la sécurité sont considérées comme garanties pour les patients. Au-delà, il peut exister des difficultés d'accueil pour répondre aux situations urgentes et de crise. Ce taux ne s'applique qu'aux lits aigus des établissements. <p><i>Ex : taux de 85% fixé par une étude du NICE et mentionné dans le Panorama de la Santé de l'OCDE 2021 (p144). NICE (2018), « Bed Occupancy », https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704.</i></p>
<p>Absence de données relatives aux diagnostics</p>	<p>Pour cette édition de Carte sanitaire 2021, il n'a pas été possible de renseigner les motifs de recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10). En effet, les motifs de recours à l'hospitalisation ne sont plus renseignés par l'ancien système de recueil des diagnostics codés en CIM 10 depuis 2017 en raison de la transition vers le nouveau système de documentation et de classification des séjours hospitaliers (DCSH), basé sur les classifications ICD-10-CM pour les diagnostics et ICD-10-PCS pour les procédures et actes médicaux.</p> <p>Lors de la rédaction de cette édition de la Carte sanitaire, le résultat de l'exploitation des données des séjours codés en 2018 et 2019 n'était pas encore disponible. Des actualisations portant sur les motifs de recours à l'hospitalisation et sur la classification des séjours hospitaliers stationnaires et de jour seront réalisées sur la version en ligne de la Carte sanitaire.</p> <p>L'implémentation de ce nouveau système permettra de classer les séjours hospitaliers en groupes homogènes de pathologies et de consommation des soins/ressources (APR-DRG ou All Patient Refined-Diagnostic related Group/ Severity Of Illness (niveaux de sévérité)) et par conséquent, de déterminer l'activité médicale des établissements hospitaliers.</p> <p>Un système d'information national permettant l'exploitation des données de documentation hospitalière est en cours de développement.</p>

- **Limites**
 - Le mode d'admission n'étant pas connu, les données **ne distinguent pas les admissions urgentes des admissions programmées.**
 - **En termes d'exhaustivité de la population couverte** : l'absence de recensement des données **d'activités non opposables** et de la population non protégée par la sécurité sociale 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 et de journées et l'occupation des lits, sont sous-estimées de façon correspondante. Néanmoins, les activités non opposables représentent seulement une faible proportion de l'activité globale (3,3% en 2019) et les résultats présentés sont une bonne approximation des valeurs réelles. 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 protégées par la sécurité sociale ou non.
 - **En termes de disponibilité des données** : limitation liée à l'absence de clôture réelle de la base de données de la sécurité sociale.

3. Activités médico-techniques

- **Source et périmètre des données :**

- 1ère source :

- CNS : données de facturation opposables et non opposables déclarées par les hôpitaux. Ces données recouvrent l'exhaustivité de l'activité facturée déclarée par les hôpitaux sans distinction d'opposabilité.
- Extraction : CNS
- Traitement final pour la présente Carte sanitaire : Observatoire national de la santé en cours de création

Les données présentées proviennent de la CNS et correspondent aux **données de facturation opposables et non opposables** déclarées par les hôpitaux et concernent les résidents et les non-résidents. Ces données recouvrent donc l'exhaustivité de l'activité facturée par les hôpitaux sans distinction d'opposabilité. Ces données concernent tous les patients (hospitalisés ou non) qui ont bénéficié d'une prestation hospitalière.

Les établissements concernés sont tous les établissements de santé qui produisent ces unités d'œuvre, qu'ils soient centres hospitaliers, établissements spécialisés avec des lits aigus ou de moyen séjour.

- 2ème source :

- IGSS : données de facturation opposables
- Extraction : IGSS
- Traitement final pour la présente Carte sanitaire : Observatoire national de la santé en cours de création

Ces données concernent les résidents et les non-résidents, les patients hospitalisés et ambulatoires.

- **Définition et mode de comptabilisation** : les unités d'œuvre (UO) sont des unités de facturation par les hôpitaux de prestations qui recouvrent des contenus différents selon l'entité fonctionnelle considérée.

Les statistiques des UO se rapportent à l'année civile sur base de la date de la prestation, en principe selon un mode uniforme pour tous les établissements, retenu par la Convention conclue entre la Caisse Nationale de Santé et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois.

(Convention conclue entre la CNS et la FHL en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la sécurité sociale, 01.01.2019 : <https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/convention/cns-fhl-convention.pdf>)

A noter : certaines unités d'œuvre sont réservées à certains hôpitaux.

Entités fonctionnelles	Unités d'œuvre
Salles opératoires (et salles de réveil)	Passage dans une salle opératoire ou salle de réveil. Correspond à une entrée d'un patient en salle opératoire donnant lieu à la cotation d'un ou plusieurs codes d'intervention chirurgicale présents dans la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes.
Salles d'accouchement	Passage dans une salle d'accouchement.
Laboratoires	Prélèvement de même nature remis au laboratoire (sang, urines, ...). Les prélèvements sont réalisés pour des patients ambulatoires et hospitalisés. Les chiffres mis à disposition pour la Carte sanitaire ne détaillent pas la distribution entre ces deux groupes qui varient probablement entre les hôpitaux selon l'implantation de laboratoires privés dans la zone géographique de recrutement, la facilité d'accès, ou l'éventuelle recommandation des prescripteurs. NB : une UO de laboratoire peut seulement être facturée si l'hôpital a déclaré une prise en charge ou s'il y a un passage policlinique pour le même jour.
Imagerie médicale (sauf IRM)	Passage dans le service d'imagerie médicale. Une UO correspond à un ou plusieurs examen(s) de la même catégorie réalisé(s) dans une même salle de radiologie au même moment, pour des patients ambulatoires ou stationnaires. (ex : 1 examen radiologique du thorax + 1 examen radiologique du poignet réalisés dans la même salle à la même heure pour un même patient = 1 UO)
IRM	Passage pour la réalisation d'un examen IRM
Radiothérapie	Séance
Lithotritie extra-corporelle	Séance
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	Séance
Hémodialyse (y compris dialyse péritonéale)	Séance Une UO d'hémodialyse correspond à une séance d'hémodialyse quelle que soit sa durée, qu'elle soit réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation, qu'elle soit réalisée dans le service de dialyse ou dans le service de soins intensifs, que ce soit une hémodialyse classique, une hémodialyse limited-care, une dialyse à domicile sous contrôle de l'équipe soignante ou une dialyse péritonéale. L'hémodialyse limited-care est une offre limitée au service de dialyse conventionnelle permettant une certaine participation du patient après avoir reçu une éducation pour prendre en charge une partie de ses soins.
Kinésithérapie	Séance
Policlinique(s) et/ou autres unités médico-techniques	Passage Une UO de policlinique correspond à un passage aux urgences ou dans une policlinique générale ou spécialisée (ex : policlinique cardiologique, ORL, ophtalmologique) pour une consultation, un examen diagnostique ou un traitement, pour un patient ambulatoire ou stationnaire. Les unités d'œuvre incluent également les patients amenés au service des urgences par les SAMU, antennes mobiles du service d'urgences, voitures d'intervention médicalisées ou moyens hélicoptés attachés aux hôpitaux les jours où ils assurent la garde et dont les sorties sont déclenchées par le 112. A partir de 2019, les unités d'œuvre issues des "urgences" ont été retirées de l'entité fonctionnelle "policlinique" et incluses dans une nouvelle entité fonctionnelle "urgences".
Chimiothérapie	Séance
Chirurgie cardiaque	Passage dans une salle opératoire
Cardiologie interventionnelle	Passage

Entités fonctionnelles	Unités d'œuvre
Médecine nucléaire	Passage
Ergothérapie	Séance
Hydrothérapie	Séance
Pet Scan	Passage
Fécondation in vitro	Essai biologique
Gymnase	Séance
Appartements thérapeutiques	Présence à minuit ou entrée/sortie le même jour
Curiethérapie	Séance
Policlinique endoscopique	Passage endoscopique avec au moins un acte appartenant à la liste positive définie par le document budgétaire (CNS-FHL).
Génétique humaine	Test
Anatomie pathologique	Lame

- **Limites :**
Ces données sont présentées de manière agrégée pour les patients hospitalisés et les patients ambulatoires.
- **Précisions concernant certains descriptifs d'activité détaillés :**

Activités réalisées en chirurgie ambulatoire :

- **Sources des données :**
 - Base de données de la sécurité sociale : facturation des médecins : actes à charge de la CNS remboursés de la facturation des médecins, sans distinction entre salles opératoires et salles virtuelles (une salle virtuelle est un endroit dans lequel le personnel du bloc opératoire est amené à réaliser une activité en dehors du bloc).
 - Extraction : IGSS
 - Traitement : Observatoire national de la santé en cours de création
- **Précisions sur les données :**
 - Seuls les actes et procédures faisant partie de la Recommandation du Conseil scientifique dans le domaine de la santé du 24.09.2014 ont fait l'objet d'une présentation dans le présent document.
Cette recommandation définit la chirurgie ambulatoire comme « *des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention* ».
 - L'activité ambulatoire correspond aux actes réalisés lors d'une hospitalisation de jour (entrée et sortie le même jour) ou aux actes sans passage par une unité d'hospitalisation pour les patients sortis directement de la salle opératoire ou de la salle de réveil ou ayant quitté l'hôpital après un passage en place de surveillance.
« Sans hôpital » recouvre à la fois les actes réalisés dans des structures extra-hospitalières ou les actes pour lesquels l'hôpital n'était pas spécifié.

Focus sur les accouchements, la PMA et la prématurité :

- **Source des données :** Direction de la santé/LIH, système de surveillance de la santé périnatale : recueil continu, systématique, exhaustif de données liées à l'accouchement, au suivi de grossesse, au post-partum immédiat et aux hospitalisations des nouveau-nés en néonatalogie.

4. Activités liées à la COVID-19

Passages aux urgences et consultations effectuées par les services des centres de soins avancés (CSA) et les centres de consultation COVID-19 (CCC)

- **Source des données :**

Extraction : Direction de la santé, service épidémiologie et statistique

Traitement : Observatoire national de la santé en cours de création

- **Champ d'observation et périmètre des données :**

Les données présentées sur les passages aux urgences proviennent de la Direction de la santé et correspondent aux données transmises par les hôpitaux (CHdN, CHL, CHEM, HRS) dans le cadre du Monitoring COVID-19 de la semaine 12, 2020 à la semaine 13, 2022.

Les données présentées sur les consultations effectuées par les services des centres de soins avancés (CSA) proviennent de la Direction de la santé. Les données incluent les consultations pour des personnes suspectes d'infection à la COVID-19 se présentant à un des quatre CSA (Esch-sur-Alzette, Ettelbruck, Grevenmacher, Luxembourg Ville) durant la période de leur opérationnalité de la semaine 13, 2020 à la semaine 23, 2020¹.

Les données présentées sur les consultations effectuées par les centres de consultation COVID-19 (CCC) proviennent de la Direction de la santé. Les données incluent les consultations des personnes présentant soit des signes d'infection du virus COVID-19, soit étant déjà diagnostiquées d'une infection à la COVID-19 (Esch-sur-Alzette, Luxembourg Ville) durant la période de leur opérationnalité de la semaine 44, 2020 à la semaine 19, 2021.

Les données présentées sur le nombre de personnes testées positives proviennent de la Direction de la santé et correspondent aux résultats des tests PCR pour une infection au COVID-19, entre la semaine 9, 2020 à la semaine 13, 2022².

Les données présentées incluent uniquement les résultats des résidents. Il est à noter qu'une personne qui est testée plusieurs fois dans le cadre d'un suivi d'une infection déjà connue n'est pas recomptée lors de chaque test positif, seul le premier test positif est comptabilisé.

Séjours hospitaliers dus à la COVID-19 – données de la Documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH)

- **Sources des données**

Les patients inclus dans cette présentation ont été identifiés à partir des déclarations de séjours par les hôpitaux au monitoring COVID-19, puis sélectionnés sur base de l'enregistrement du motif d'admission (infection COVID-19) et de la prise en charge de cette infection dans le cadre de la documentation hospitalière. Le codage des séjours est

¹ Gouvernement.lu. (2020). Surveillance de l'épidémie Coronavirus - Flash COVID N°1 [En ligne] Actualité. Disponible à : https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiqués/2020/07-juillet/10-retrospective-covid19.html (consulté le 11 Mai 2022).

² Ces données ont été transmises dans le cadre du règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2019/02/15/a104/jo>

assuré selon la classification ICD-10-CM&PCS à partir des informations reprises dans le dossier du patient et conformément aux règles de la DCSH (cf. projet Documentation et classification des séjours hospitaliers, site de référence <https://www.dcsch.lu>). Des données supplémentaires ont été intégrées à partir de compléments relatifs aux prises en charges pour cause d'infection à la Covid. Les données DCSH ainsi que ces compléments ont été validés avec les hôpitaux.

Par rapport aux données du monitoring, les données présentées ci-dessous sont limitées aux patients qui, au moment de l'admission, nécessitent une prise en charge pour une infection à la COVID-19.

Les données relatives aux décès sont issues de la DCSH et confrontées au Registre des causes de décès.

- **Population d'étude :**

- Patients avec un séjour hospitalier dû à la COVID-19 dans des établissements hospitaliers aigus; i.e. les séjours au CHdN, CHL, CHEM, HRS, INCCI et dont la date de sortie est incluse dans la période du 01 mars 2020 au 31 décembre 2021.

- Population concernée: résidents et non-résidents, affiliés et non affiliés.

- **Critères d'inclusion des séjours :**

- Identification des séjours pour lesquels la raison de l'hospitalisation est un diagnostic spécifique de COVID-19 et la prise en charge est principalement dédiée à la COVID-19.

- Patients COVID-19 symptomatiques, avec preuve virologique (PCR positive), ou

- Patients sans preuve virologique (PCR négative), mais considérés comme infectés sur base de leurs tableaux clinique et/ou radiologique compatibles avec la COVID-19.

- **Critères d'exclusion des séjours**

- Séjours hospitaliers de patients avec un test PCR à COVID-19 positif, mais asymptomatique.

- Séjours postérieurs à une infection à la COVID-19, généralement faisant suite à une admission précédente pour prise en charge d'une infection à la COVID-19.

- Séjours hospitaliers dont la raison de l'hospitalisation est un diagnostic autre que la COVID-19, mais présentant une COVID-19 symptomatique en cours d'hospitalisation.

- Séjours hospitaliers de patients initialement « suspects/probables/cas possibles de COVID-19 », dont le diagnostic de COVID-19 est infirmé, à la sortie ;

- Séjours hospitaliers de patients considérés « cas contacts » COVID-19 sans preuve de COVID-19.

5. Décès hospitaliers

- **Source des données**

- Direction de la santé, Service épidémiologie et statistique, Registre des causes 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 et traitement : Direction de la santé, Service épidémiologie et statistique

- **Champ d'observation et périmètre des données**

- Seuls les décès des établissements hospitaliers aigus sont recensés dans la présente Carte sanitaire car les décès intervenus dans certains établissements de moyen séjour ne sont pas différenciables des décès intervenus en établissement de long séjour lorsqu'il y a un hôpital et une institution de long séjour sur le même site.
→ Etablissements hospitaliers aigus : CHdN, CHL, CHEM, HRS, INCCI
- Population concernée : résidents et non-résidents décédés dans un établissement hospitalier aigu.

6. Transferts à l'étranger

- **Source des données**

L'observation des transferts à l'étranger est réalisée à partir des autorisations de prise en charge pour des transferts à l'étranger accordées par la Caisse Nationale de Santé après avis du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale sur la période 2010-2020.

Il faut noter que le nombre d'autorisations ne correspond pas nécessairement au nombre de traitements à l'étranger car il n'y a pas de suivi permettant de vérifier si le patient a réellement bénéficié de sa prise en charge à l'étranger.

Les données concernent des personnes résidentes, relevant, directement ou par assimilation, de la protection de l'assurance maladie (assurés CNS) pour lesquelles un traitement stationnaire à l'étranger a été demandé au moins une fois sur la période 2010-2020.

Le choix de limiter le périmètre aux traitements stationnaires permet de cibler les cas importants de transferts car les demandes pour des traitements ambulatoires recouvrent aussi toutes les prises en charge extrahospitalières.

A noter : un patient peut être traité dans plusieurs pays différents au cours d'une année. De même, un patient peut avoir eu plusieurs transferts au cours d'une année pour des diagnostics différents. En outre, certaines autorisations de transfert ne font pas mention d'une indication diagnostique.

Le codage des diagnostics est réalisé selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10 / ICD 10) à partir de 2015.