

LE SYSTÈME DE SANTÉ AU LUXEMBOURG

UNE COMPARAISON INTERNATIONALE

Sommaire

INTRODUCTION	5
1 RESSOURCES HUMAINES ET SERVICES DE SANTÉ.....	6
1.1 L'EMPLOI DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE.....	6
1.2 MÉDECINS ET CONSULTATIONS MÉDICALES	7
1.2.1 Nombre de médecins.....	7
1.2.2 Structure d'âge des médecins.....	7
1.2.3 Consultations médicales.....	8
1.3 NOMBRE D'INFIRMIERS EN EXERCICE	9
2 TECHNOLOGIES MÉDICALES	11
2.1 CT SCANNERS.....	11
2.1.1 Examen avec CT scanners.....	12
2.2 APPAREILS IRM.....	13
2.2.1 Examens avec appareil IRM.....	14
3 L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	16
3.1 LITS D'HÔPITAL ET TAUX DE SORTIE D'HÔPITAL.....	16
3.1.1 Nombre d'hôpitaux et nombre de lits d'hôpital	16
3.2 TAUX DE SORTIE D'HÔPITAL.....	18
3.3 TAUX D'OCCUPATION DES LITS DE SOINS CURATIFS	19
3.4 DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR.....	19
3.5 CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	21
4 LE TAUX DE MORTALITÉ ÉVITABLE	23
5 HOSPITALISATIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES.....	24
RÉFÉRENCES	25

INTRODUCTION

Le fonctionnement et la performance d'un système de soins de santé, comme les dépenses, les ressources, l'activité et l'accès peuvent être analysés à l'aide d'indicateurs. Or, il n'existe pas de lignes directrices ou de références internationales déclinant un nombre ou un taux idéal pour la plupart des indicateurs. Néanmoins, des comparaisons internationales permettent de positionner un système de soins de santé dans un contexte international, et aident à mieux comprendre et interpréter les résultats.

Les institutions internationales, comme l'OCDE, Eurostat et l'OMS collectent régulièrement des données au moyen des indicateurs internationaux, suivant une méthodologie déterminée et des définitions standardisées. Ces données sont publiées dans les bases de données afférentes d'une part et dans des ouvrages annuels de l'autre part¹.

La présente note vise à situer le Luxembourg par rapport à ses pays voisins, les Pays-Bas et la Suisse en matière des ressources humaines et techniques de système de santé et des services de santé offerts.² Le choix des indicateurs présentés dans cette analyse a été guidé d'un côté par la sélection d'indicateurs souvent présentés dans des études internationales et la disponibilité de données pour les pays sélectionnés de l'autre côté. Les chiffres présentés concernent normalement l'année 2018 ou l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles. Les données sont issues de la base de données de l'OCDE (OECD.stat), sauf indication différente. Les résultats des six pays analysés sont souvent comparés dans un contexte international à l'aide d'une moyenne. Cette moyenne se calcule sur base de données disponibles pour les pays de l'OCDE faisant partie de l'Union-européenne (ci-après moyenne OCDE-UE).³

Encadré méthodologique – Limites de la comparabilité des indicateurs internationaux

Des ressources humaines et techniques suffisantes et la qualité des soins prestés sont essentielles pour garantir le fonctionnement d'un système de santé. Or il n'existe pas de lignes directrices ou de références internationales déclinant un nombre idéal pour la plupart des indicateurs. Des comparaisons internationales permettent de situer un pays par rapport à d'autres pays ou à une moyenne. Il faut cependant prendre en compte les limites de cette comparabilité. En effet, chaque système de santé possède ses propres caractéristiques.

En prenant l'exemple dans le domaine de ressources humaines : un pays présentant un faible nombre de contacts médicaux par rapport à celui d'un autre pays, ce nombre peut s'expliquer notamment par un manque de ressources financières des habitants, de longues distances pour l'accès, un nombre insuffisant des médecins. Il est aussi possible que le rôle des infirmiers dans un pays soit plus important que dans un autre, qu'ils reprennent par exemple des activités de promotion de la santé ou qu'ils soient spécialisés dans la prise en charge d'une maladie spécifique (ex. diabète).

D'autres limites de comparabilité sont la déviation de définition, la rupture de série, l'indisponibilité de données pour certaines années, les valeurs provisoires, les sources de données (i.e. enquêtes vs. données administratives).

¹ Panorama de la santé de l'OCDE par exemple.

² Certains aspects d'un système de santé, comme l'état de santé de la population, l'accès aux soins, la qualité de soins ainsi que les facteurs de risque ne font pas partie de cette étude ou ne sont pas analysés en détail. Cependant, il est évident qu'ils constituent une pièce du puzzle d'un système de santé.

³ Lorsque les données sont disponibles, la moyenne OCDE-EU regroupe les données de pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Slovaquie, Suède. Ne sont pas inclus : Suisse, Royaume-Uni (pas membres de l'UE), Chypre, Malte (pas membres de l'OCDE).

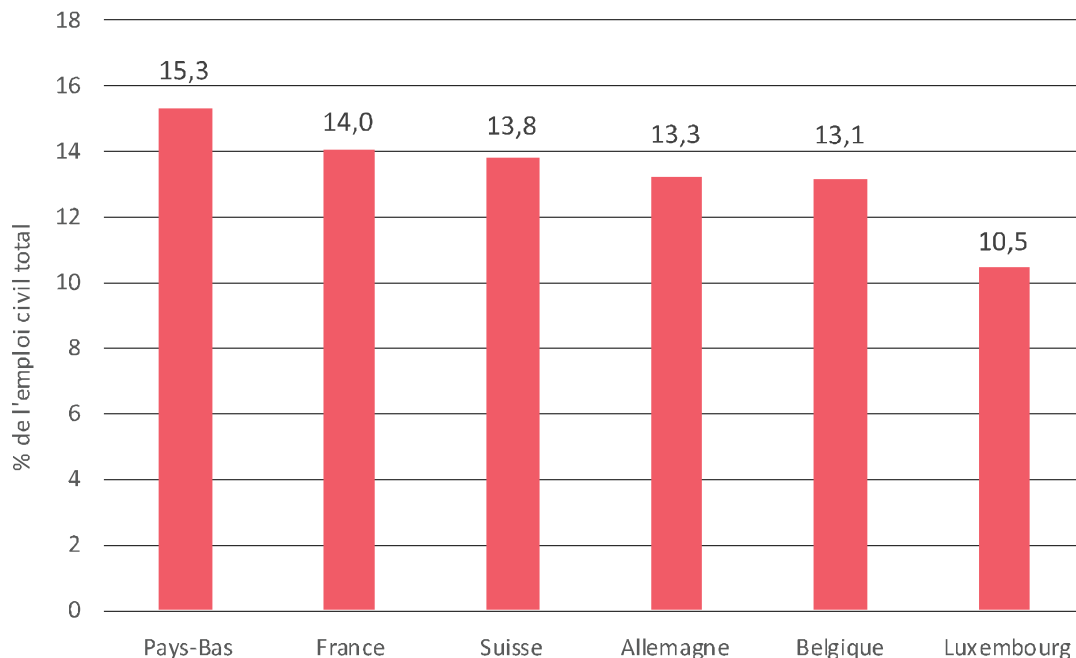
1 RESSOURCES HUMAINES ET SERVICES DE SANTÉ

1.1 L'EMPLOI DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

L'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale a augmenté dans tous les pays au cours des dernières décennies. Ce secteur ne semble ni affecté par des fluctuations cycliques ni par des récessions économiques conduisant généralement à un recul de l'emploi (OCDE 2019).

Au Luxembourg, la proportion de l'emploi du secteur de la santé et de l'action sociale dans l'emploi total du pays est passée de 6,7% en 2000 à 10,5% en 2018. Parmi les six pays analysés, les Pays-Bas affichent en 2018 la proportion la plus élevée avec 15,3%, suivis par la France (14,0%), la Suisse (13,8%), l'Allemagne (13,3%) et la Belgique (13,1%). Ainsi, le Luxembourg présente, malgré une croissance considérable de l'emploi du secteur de la santé et de l'action sociale, le taux le plus bas (OCDE 2019, 172).⁴

Graphique 1 - Proportion de l'emploi du secteur de la santé et de l'action sociale dans l'emploi total en 2018



Source : OECD.Stat, calculs IGSS

⁴ France et Pays-Bas : Données provisoires ; France : année de référence 2017.

1.2 MÉDECINS ET CONSULTATIONS MÉDICALES

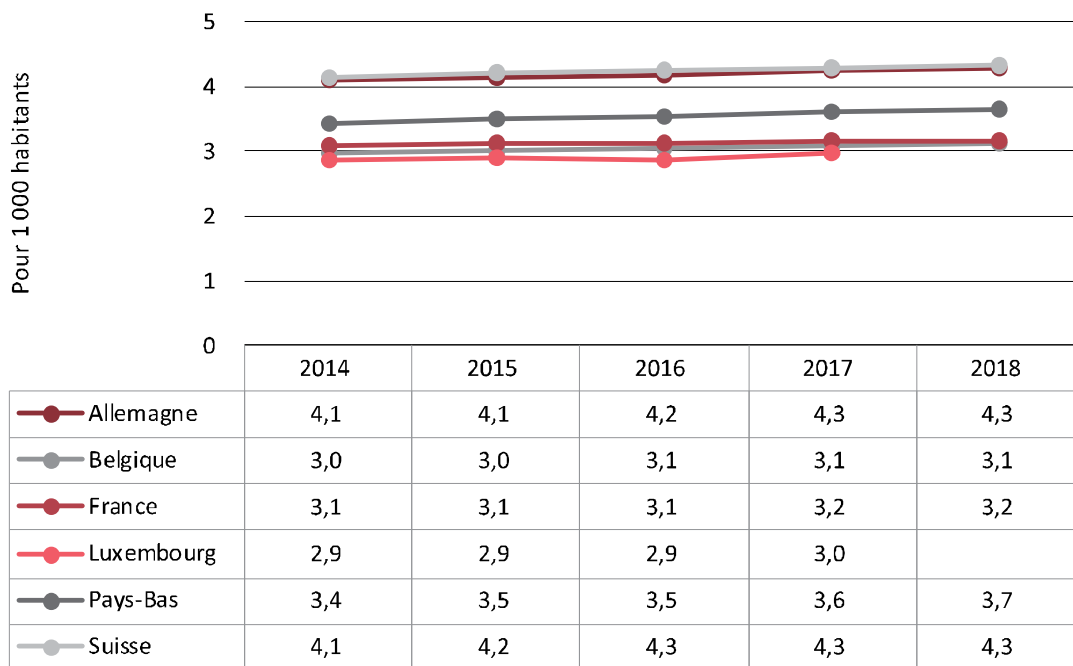
1.2.1 Nombre de médecins

L'accès aux soins médicaux est souvent illustré par le nombre de médecins en exercice⁵ pour 1 000 habitants.

En comparant le Luxembourg à ses pays voisins, la Suisse et les Pays-Bas, celui-ci présente, avec 3 médecins pour 1 000 habitants, le nombre le plus bas⁶. En effet, la Suisse et l'Allemagne comptent plus que 4 médecins pour 1 000 habitants en 2018 et se situent ainsi au-dessus de la moyenne OCDE-EU de 3,8.

Une répartition géographique déséquilibrée pour la plupart des pays, dont le Luxembourg, et des « déserts médicaux » dans les zones rurales surtout en Allemagne et en France, ne se voient pas au travers de ce chiffre (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019a ; OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019b ; OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019c). Ainsi, le chiffre seul ne permet pas de tirer des conclusions sur une éventuelle pénurie de médecins.

Graphique 2 - Évolution du nombre de médecins en exercice pour 1 000 habitants de 2014 à 2018



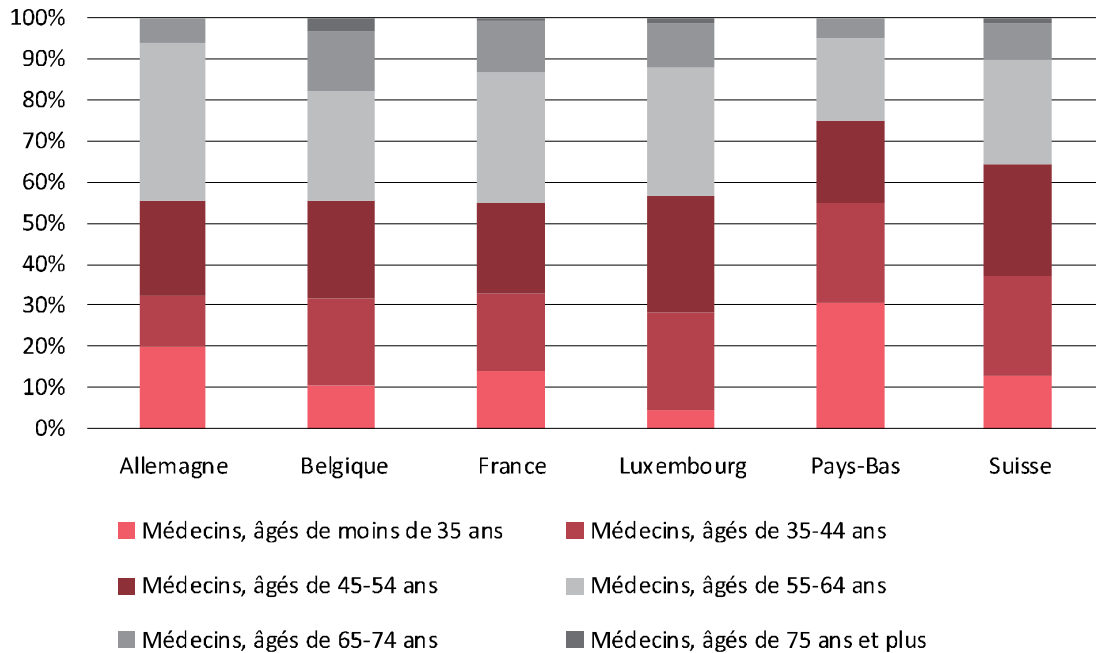
Source : OECD.Stat, calculs IGSS

1.2.2 Structure d'âge des médecins

Le vieillissement des médecins, devenu une préoccupation dans tous les pays, s'observe également au Luxembourg. L'analyse de la structure d'âge des médecins en exercice, met en évidence que la proportion des médecins âgés de 54 et plus est semblable pour le Luxembourg et ses pays voisins et se situe autour de 55%, les Pays-Bas et la Suisse par contre présentent proportionnellement plus de médecins âgés de moins de 54 ans (75% respectivement 65%). Avec seulement 5% de ses médecins âgés de moins de 35 ans, le Luxembourg occupe la dernière place dans le classement pour ce groupe d'âge.

⁵ On distingue les médecins en exercice (fournissant directement des soins aux patients), de médecins professionnellement actifs (activité dans le secteur de la santé et actifs aux patients), de médecins habilités à exercer.

⁶ Luxembourg : année de référence 2017.

Graphique 3 - Répartition des médecins en exercice par groupe d'âge en 2017

Source : OECD.Stat, calculs IGSS

Pour faire face à la pénurie des médecins, provoquée par le vieillissement ou d'autres raisons, comme i.e. l'émigration des médecins, tous les pays ont mis en place des stratégies. Certains pays augmentent le nombre de places d'internat en médecine, tout particulièrement en médecine générale. De son côté, le Luxembourg est en train de définir un cycle de formation de 3 ans en médecine, probablement à partir de 2021, dans l'espoir d'augmenter le nombre de jeunes médecins exerçant dans le pays à moyen terme (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019b).

En France, non seulement le nombre d'étudiants en médecine a augmenté, mais les compétences des professionnels de santé sont revues afin d'améliorer l'accès aux soins primaires. Ainsi, les infirmiers et pharmaciens sont autorisés à vacciner contre la grippe. Depuis 2019, les pharmaciens peuvent renouveler les médicaments prescrits pour au moins trois mois, même si l'ordonnance médicale est périmée (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019a).

D'autres pays proposent des incitants afin d'attirer plus de médecins pour exercer dans les zones rurales (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019c). Evidemment, la « télémédecine » offre une réponse au problème de la répartition géographique déséquilibrée.

1.2.3 Consultations médicales

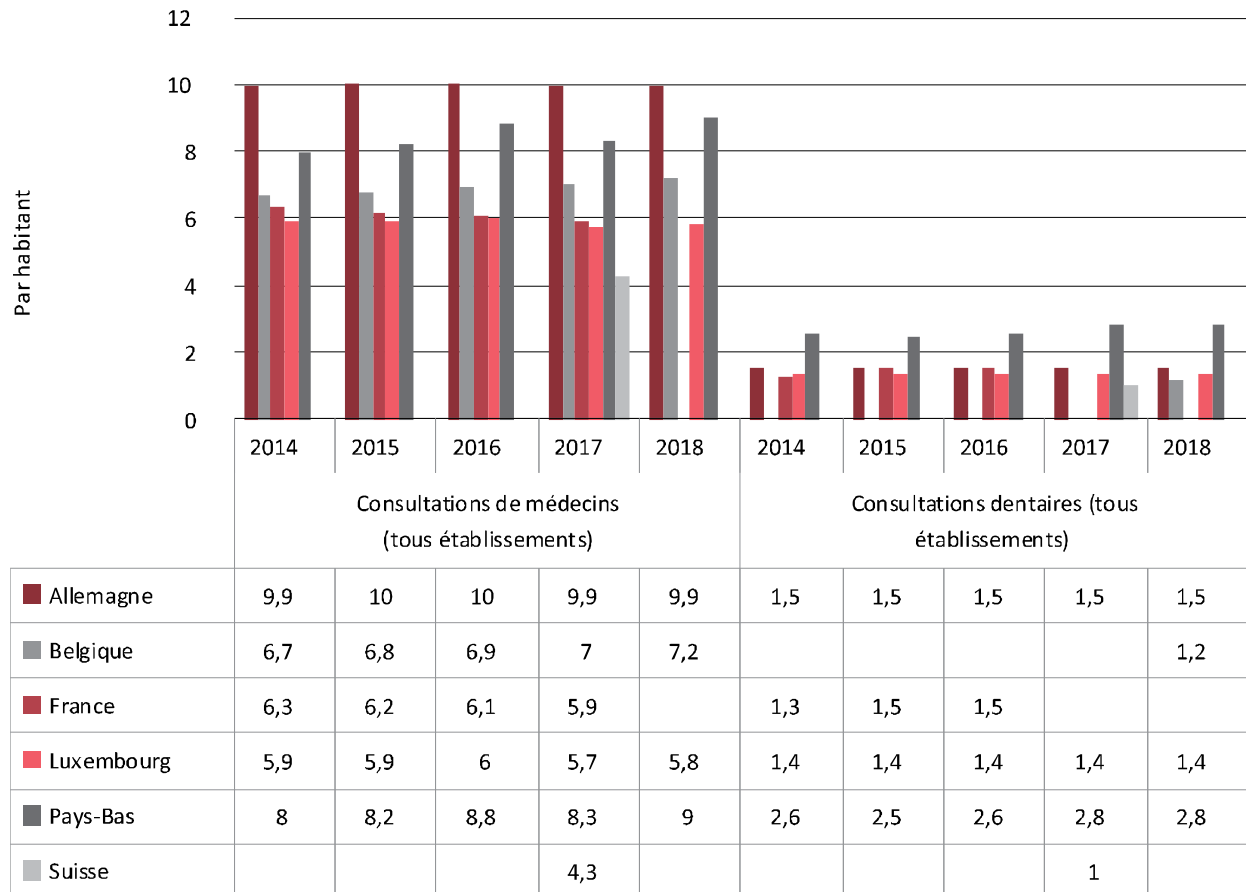
Les consultations médicales correspondent au nombre de contacts avec des généralistes et des spécialistes, comptés en milieu ambulatoire et extrahospitalier par habitant. Ils peuvent avoir lieu dans le cabinet du médecin, les services de consultations externes des hôpitaux, ou, en cas de visite, au domicile du patient (y compris les maisons de soins).

Au Luxembourg le nombre moyen de consultations par habitant effectuées en 2018 par les médecins⁷ s'élève à 5,8 et celui des consultations effectuées par les médecins-dentistes à 1,4. Ce chiffre reste stable au cours des dernières années. La moyenne OCDE-UE se situe à 6,8 consultations de médecins par habitant en 2018⁸.

⁷ Médecins généralistes et médecins spécialistes.

⁸ Ou l'année la plus proche, consultations chez les dentistes exclues.

Graphique 4 - Consultations médicales par habitant de 2014 à 2018



Source : OECD.Stat, calculs IGSS

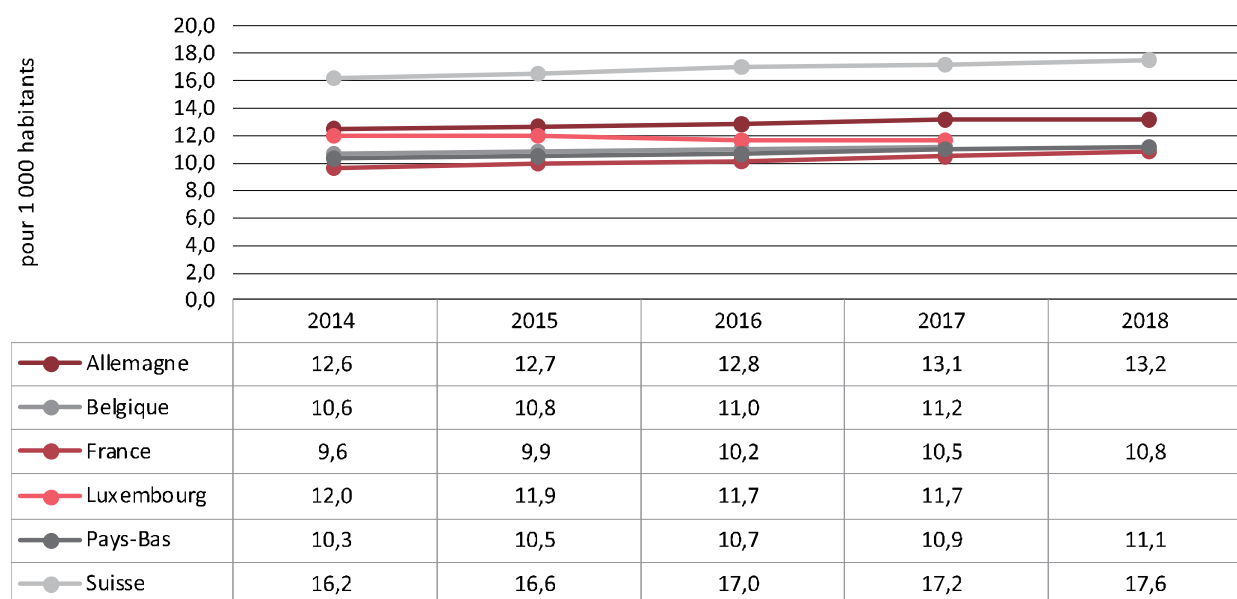
Il faut toutefois noter que la comparabilité de ces chiffres est limitée et s'explique notamment par les caractéristiques du système de santé différents d'un pays à l'autre. A part les caractéristiques déjà évoquées ci-dessus, le type de rémunération ou encore un système de type « gate-keeper » constituent d'autres exemples ayant une influence sur le nombre de consultations. Les Pays-Bas, avec un modèle « gate-keeper » ont un nombre plus élevé de contacts, puisque seuls les généralistes peuvent prescrire une consultation d'un spécialiste ou un traitement dans l'hôpital. Ce nombre plus élevé de consultations en milieu extrahospitalier entraîne à son tour un nombre relativement faible de sorties d'hôpital, présenté ultérieurement (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019d ; OCDE 2019)⁹.

1.3 NOMBRE D'INFIRMIERS EN EXERCICE

Les infirmiers jouent un rôle de plus en plus important quant à la délivrance des soins. Dans la plupart des pays analysés, les infirmiers sont plus nombreux que les médecins, on compte en moyenne trois infirmiers par médecin (OCDE 2019).

Avec 11,7 infirmiers en exercice par 1 000 habitants en 2017, le Luxembourg se trouve au milieu des pays sélectionnés, et au-dessus de la moyenne OCDE-EU de 8,6. La plupart des pays analysés ont mis en place des plans visant à rendre la profession d'infirmier plus attrayante (i.e. la Belgique, l'Allemagne). La Belgique évoque que ce chiffre peut masquer certaines réalités : une pénurie et/ou des problèmes de recrutement dans certaines régions ou certains hôpitaux ; beaucoup d'infirmiers travaillent à temps partiel, réduisant ainsi l'offre de services (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019d ; OCDE 2019).

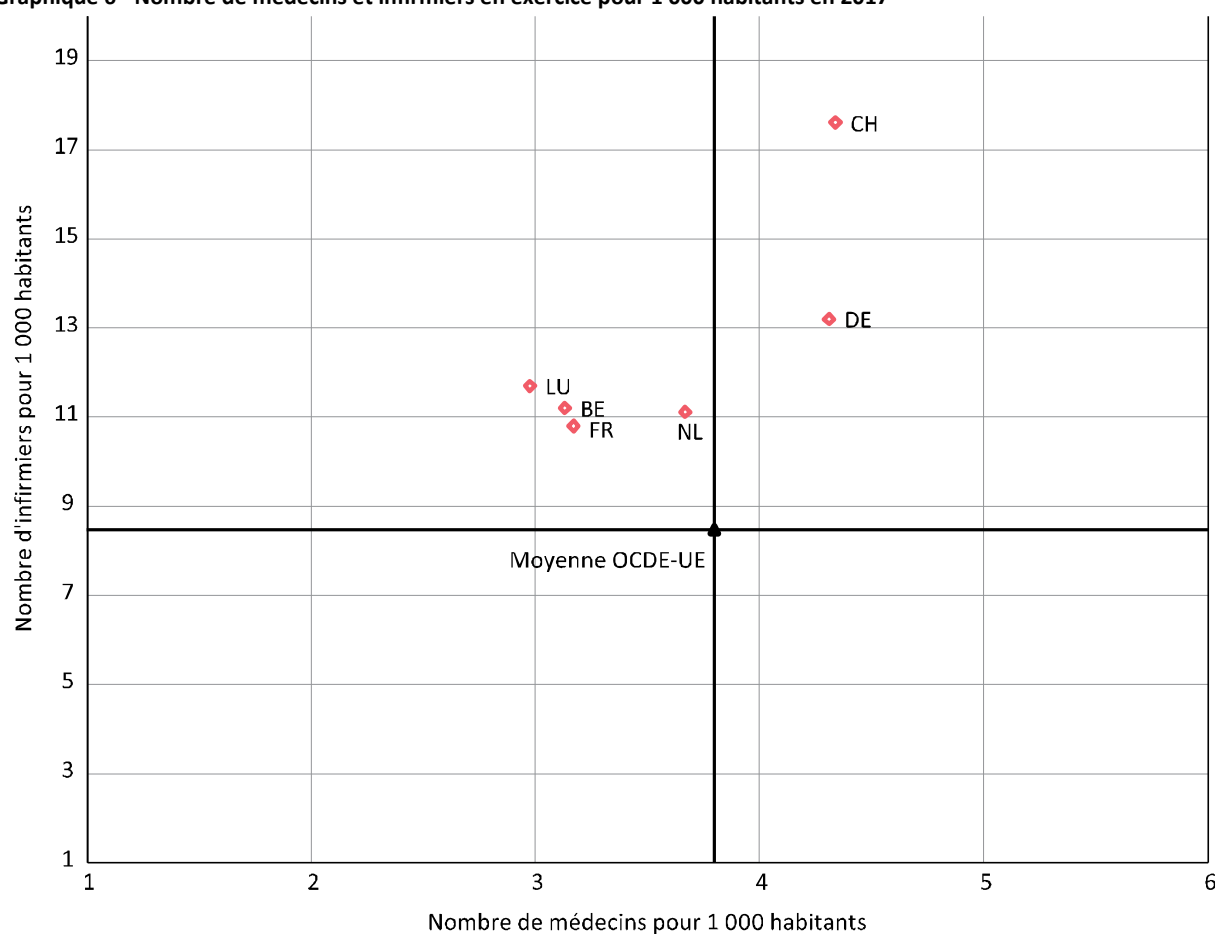
⁹ Le chiffre de Pays-Bas est probablement sous-estimé, car il s'agit de données tirées d'enquêtes, comme en Suisse.

Graphique 5 -Évolution du nombre d'infirmiers en exercice pour 1 000 habitants de 2014 à 2018¹⁰

Source : OECD.Stat, calculs IGSS

En comparant les pays analysés à la moyenne OCDE-UE, le Luxembourg, la Belgique et la France ont un nombre de médecins par habitant inférieur à la moyenne, mais un nombre d'infirmiers par habitant supérieur. Les Pays-Bas présentent un nombre de médecins proche de la moyenne, mais un nombre d'infirmiers supérieur, alors que l'Allemagne et la Suisse se caractérisent par un nombre de médecins ainsi qu'un nombre d'infirmiers par habitant supérieur à la moyenne OCDE-UE.

Graphique 6 - Nombre de médecins et infirmiers en exercice pour 1 000 habitants en 2017



Source : OECD.Stat, calculs IGSS

¹⁰ France : chiffre inclut infirmiers professionnellement actifs ; Belgique : année de référence 2016.

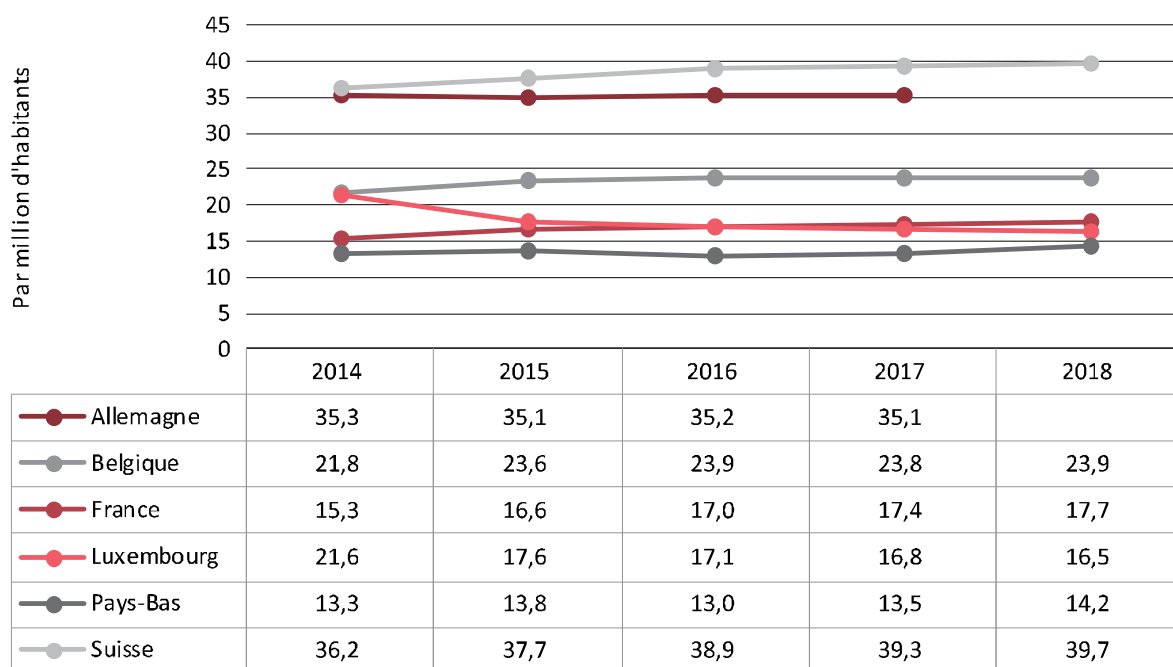
2 TECHNOLOGIES MÉDICALES

Au cours de ces dernières décennies, l'apparition de nouvelles technologies médicales a permis d'augmenter considérablement la qualité du diagnostic et des traitements. Les technologies de diagnostic comprennent entre autre la tomodensitométrie (CT scanner), l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie par émission de positrons (PET). Comme mentionné ci-dessus, il n'existe pas de recommandations officielles ou lignes directrices relatives au nombre idéal d'appareils d'imagerie médicale requis par pays. En effet, trop peu de ces appareils peuvent mener à des problèmes d'accès (proximité géographique, délai d'attente), un nombre trop élevé peut entraîner un usage abusif coûteux et sans plus-value pour les patients (OCDE 2019). L'évolution du nombre d'appareils disponibles par rapport à la taille de la population peut être influencée par le développement du nombre de résidents ainsi que le nombre d'appareils existant. Le lieu d'installation est un facteur qui influence de façon importante sur le nombre d'appareils. Dans certains pays, l'installation de ces appareils se limite aux hôpitaux, tandis que dans d'autres, ils sont également disponibles en milieu extrahospitalier.

2.1 CT SCANNERS

Entre 2014 et 2018 le nombre de CT scanners par million d'habitants diminue légèrement pour le Luxembourg. Ceci est notamment lié à une réduction du nombre d'appareils de 12 à 10 en 2015, ainsi qu'à une croissance de la population. Le nombre d'appareils augmente toutefois dans les autres pays. Ainsi par exemple le nombre de CT scanners en Suisse passe de 296 en 2014 à 338 en 2018. Par ailleurs, la Suisse est le pays qui dispose du plus grand nombre de CT scanners par rapport à la taille de sa population (40 appareils par million d'habitants), suivie par l'Allemagne (35 appareils par million d'habitants¹¹). Le nombre moyen de CT scanners des pays OCDE-UE se situe à 24 CT scanners par million d'habitants en 2019¹².

Graphique 7 - Évolution du nombre de CT scanners par million d'habitants de 2014 à 2018¹³



Source : OECD.Stat, calculs IGSS

Au Luxembourg, les CT scanners sont installés exclusivement dans les hôpitaux. La Belgique ne comptabilise que les appareils installés en milieu hospitalier. En France, la proportion des scanners installés en milieu extrahospitalier continue à augmenter et passe de 20% en 2014 à 41% en 2019. Cette

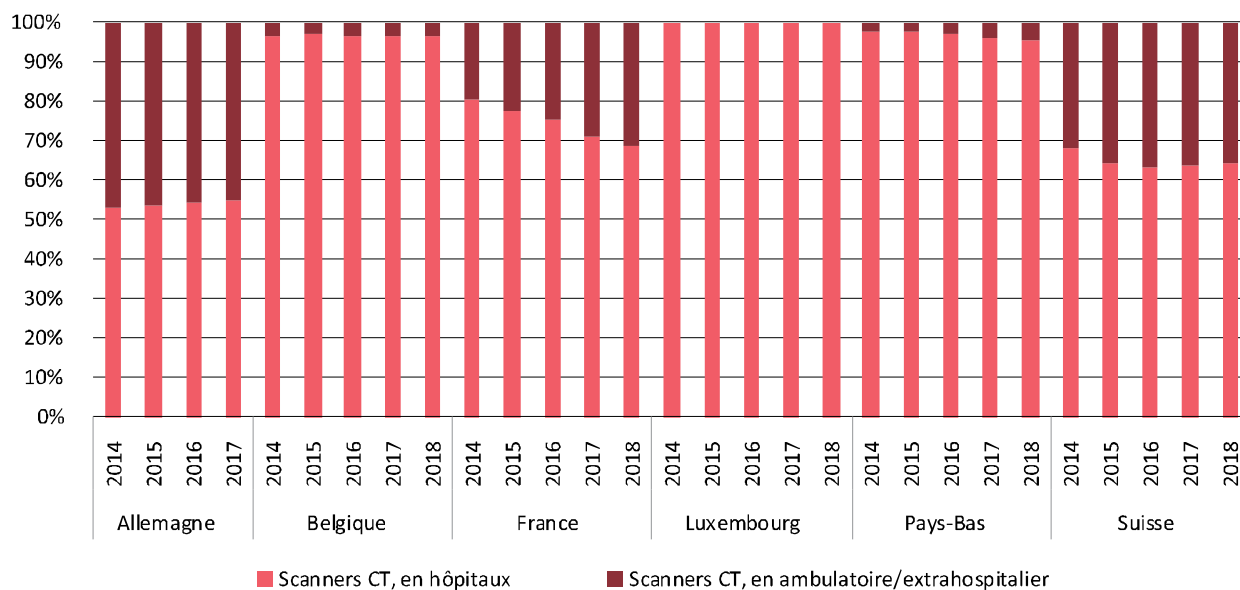
¹¹ Allemagne : Année de référence 2017.

¹² Ou l'année la plus proche.

¹³ France : Rupture de série 2015.

répartition est plutôt stable en Allemagne et en Suisse, avec environ 54% respectivement 65% de CT scanners installés dans les hôpitaux.

Graphique 8 - Répartition du nombre de CT scanners par million d'habitants par lieu d'installation de 2014 à 2018 ¹⁴

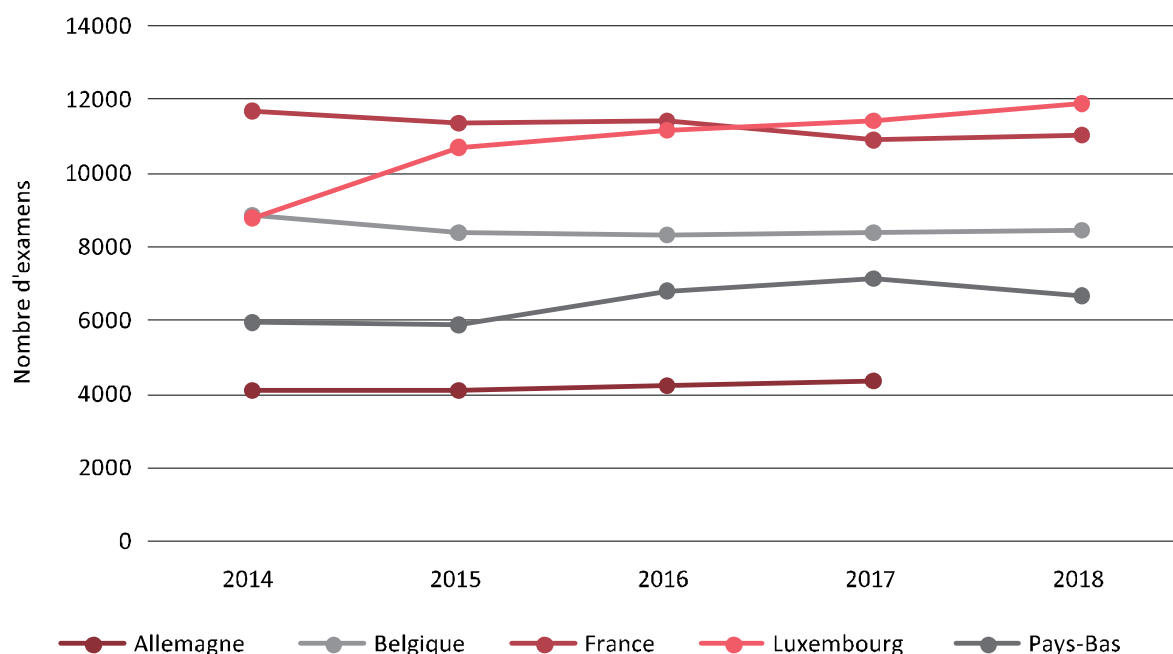


Source : OECD.Stat, calculs IGSS

2.1.1 Examen avec CT scanners

En analysant l'utilisation des CT scanners, on observe que le nombre d'examen par CT scanner augmente au Luxembourg, la croissance de 2015 étant liée à la réduction de nombre d'appareil cette même année. En 2018, environ 12 000 examens ont été fait en moyenne par machine. L'Allemagne, ayant un nombre élevé de CT scanners par rapport à sa population, présente le plus petit nombre d'examen par CT scanner parmi les pays sélectionnés, à savoir 4360 examens par appareil. Cette observation peut être confirmée dans d'autres pays avec un nombre élevé de CT scanners par rapport à la population (Italie, Lettonie, Grèce) (OCDE 2019).

Graphique 9 - Évolution du nombre d'examen par CT scanner de 2014 à 2018

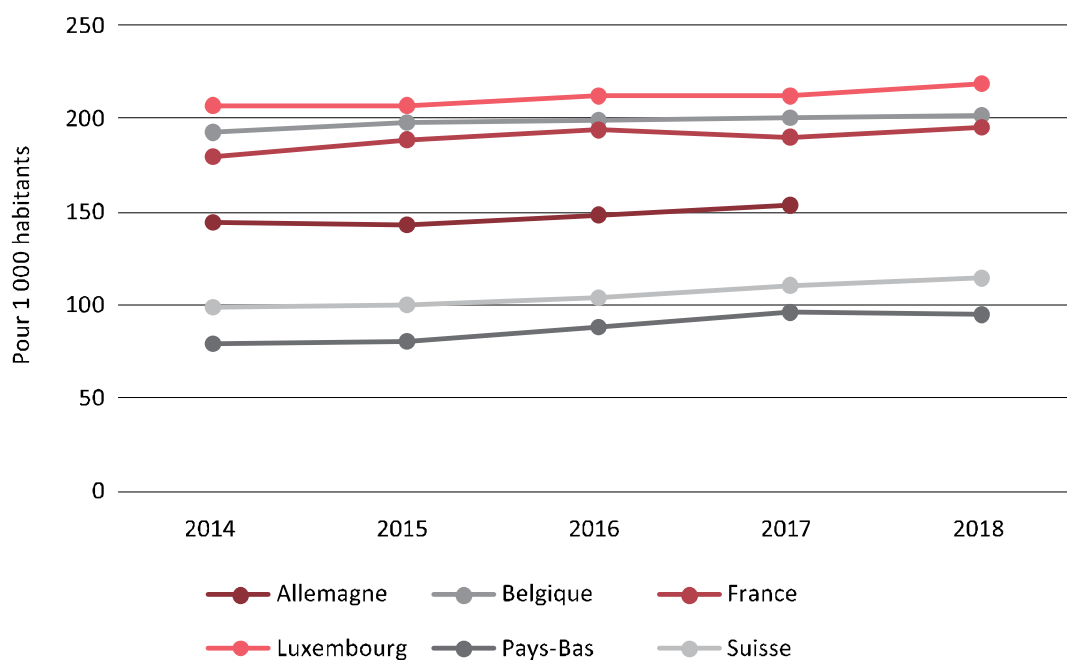


Source : OECD.Stat, calculs IGSS

¹⁴ France : Rupture de série 2015.

Le nombre d'examens réalisés par CT scanner pour 1 000 habitants augmente légèrement dans tous les pays au cours de ces dernières années. Avec 209 examens en 2018 le nombre d'examens pour 1 000 habitants est le plus élevé au Luxembourg, suivi par la Belgique (202) et la France (196).

Graphique 10 - Évolution du nombre d'examen par CT scanner pour 1000 habitants de 2014 à 2018¹⁵

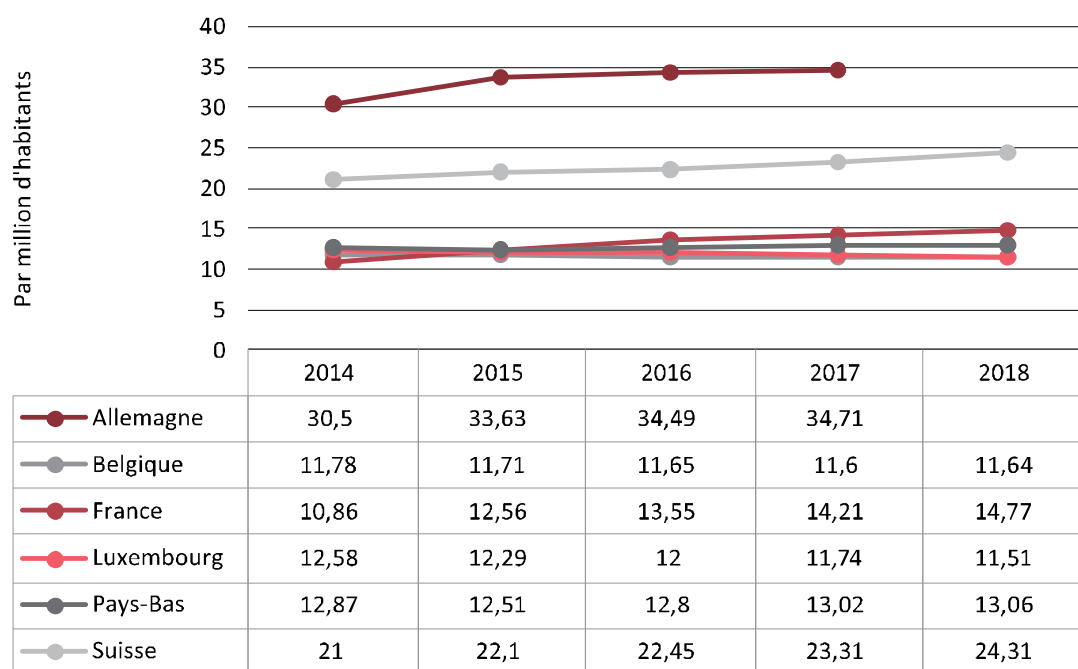


Source : OECD.Stat, calculs IGSS

2.2 APPAREILS IRM

Le nombre d'appareils d'IRM disponibles au Luxembourg, en Belgique, en France et aux Pays-Bas est inférieur au nombre moyen de l'OCDE-EU de 16,4 (2019 ou l'année la plus proche). Avec 35 appareils par million d'habitants l'Allemagne présente un nombre le plus élevé parmi les pays OCDE-EU.

Graphique 11 - Évolution du nombre d'appareils d'IRM par million d'habitants de 2014 à 2018

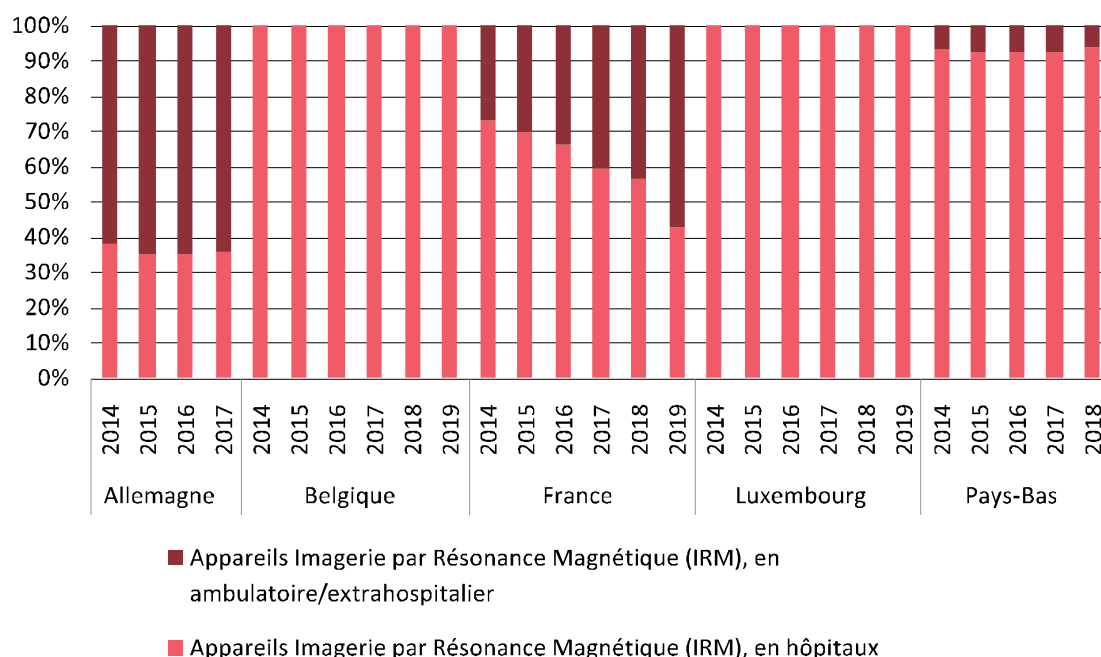


Source : OCDE.stat

¹⁵ Suisse : données concernant uniquement examens en milieu hospitalier.

En 2018, la France et l'Allemagne signalent que plus de la moitié des appareils d'IRM est installée dans les services extrahospitaliers. Avec 6% en 2018 seulement, cette part est nettement plus basse aux Pays-Bas. Au Luxembourg, tous les appareils d'IRM sont installés dans le secteur hospitalier.¹⁶

Graphique 12 - Répartition du nombre d'appareils d'IRM par million d'habitants par lieu d'installation de 2014 à 2018

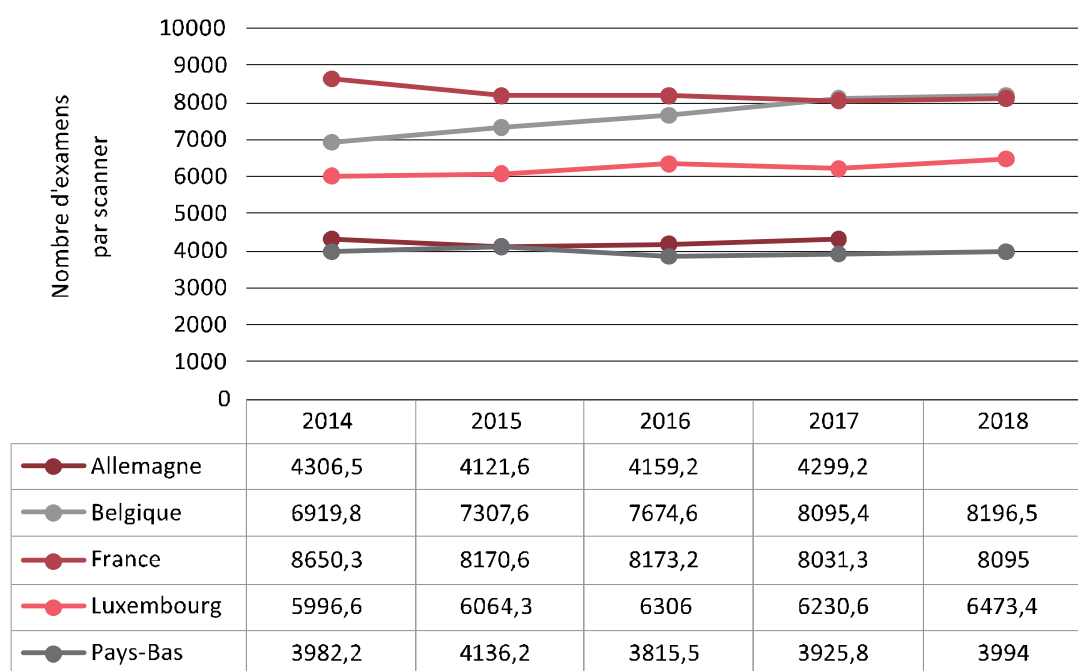


Source : OECD.Stat, calculs IGSS

2.2.1 Examens avec appareil IRM

L'exploitation des appareils d'IRM varie d'un pays à l'autre. L'usage le plus intensif par appareil peut être observé en France et Belgique, avec 8196,5 respectivement 8095 examens par machine en 2018.

Graphique 13 - Évolution du nombre d'examen par appareil IRM de 2014 à 2018

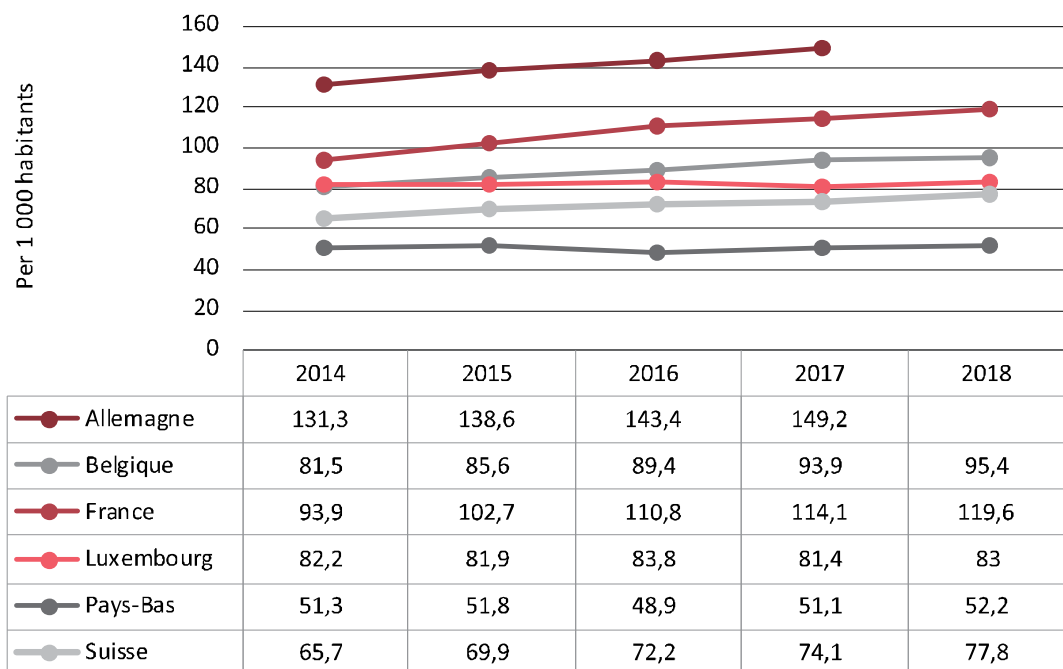


Source : OECD.Stat, calculs IGSS

¹⁶ Pour la Suisse les appareils installés en dehors des hôpitaux ne sont pas comptabilisés, affectant ainsi la comparabilité des chiffres.

En comparant le nombre des examens réalisés avec un appareil d'IRM par rapport à la taille de la population, on peut constater que l'Allemagne réalise le nombre le plus important d'examens IRM (149 pour 1 000 habitants en 2017), suivie par la France (120 pour 1 000 habitants en 2018) et la Belgique (95 pour 1 000 habitants en 2018). Avec 83 examens pour 1 000 habitants le Luxembourg se situe en-dessous de ses pays voisins mais présente un nombre supérieur à la moyenne OCDE-EU qui est de 76,3 examens pour 1 000 habitants.

Graphique 14 - Évolution du nombre d'examen par IRM pour 1 000 habitants de 2014 à 2018



Source : OECD.Stat, calculs IGSS

3 L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE¹⁷

3.1 LITS D'HÔPITAL ET TAUX DE SORTIE D'HÔPITAL

Ensemble avec le taux de sortie d'hôpital et le taux d'occupation des lits de soins curatifs, le nombre de lits d'hôpital est un indicateur informant sur les ressources disponibles pour fournir des services aux patients en milieu hospitalier. Cependant, il est prouvé que l'offre influence fortement la demande, ce qui a un impact sur l'efficacité. D'autre part, il est important de prendre en compte qu'une réduction importante de lits ou bien une augmentation de leur occupation présente également des risques. Outre le fait que le nombre de lits peut simplement devenir insuffisant, les sorties retardées consomment des ressources limitées, et les sorties prématurées peuvent entraîner des coûts accrus pour cause de ré-hospitalisations. Un taux d'occupation trop élevé est associé à une pénurie de lits ou une hausse des taux d'infection (OCDE 2019).

3.1.1 Nombre d'hôpitaux et nombre de lits d'hôpital

Suivant la définition internationale le lit d'hôpital se caractérise par un entretien régulier, une dotation de personnel et une disponibilité immédiate pour la prise en charge de patients (OCDE 2019). Une sortie d'hôpital décrit une sortie d'un patient de l'hôpital après y avoir passé une nuit au minimum (patients décédés inclus). Le taux d'occupation concerne les lits de soins curatifs et est calculé en divisant le nombre de journées d'hospitalisation en soins curatifs par le nombre des lits de soins curatifs disponibles (multiplié par 365).

En 2018, le nombre d'hôpitaux par million habitants varie fortement d'un pays à l'autre : avec 45,4 hôpitaux par million d'habitants, la France présente le plus grand nombre d'hôpitaux, tandis que la Belgique en compte que 15,3 d'hôpitaux par million habitants. Avec 16,5 hôpitaux par million habitants, le Luxembourg est proche de son voisin belge. Comme le taille des hôpitaux varie fortement, i.e. entre 2-3 lits et plus que 2000 lits en Suisse par exemple (De Pietro et al 2015), l'analyse du nombre de lits pour 1 000 habitants donne une image plus réaliste de l'offre de soins disponible dans les différents pays étudiés.

Depuis deux décennies, le nombre de lits par habitant a diminué non seulement dans les pays sous revue, mais également dans tous les pays de l'OCDE et de l'UE. En effet, la moyenne OCDE-EU est passée de 5,5 lits pour 1 000 habitants en 2009 à 4,8 lits pour 1 000 habitants en 2018 (ou l'année la plus proche).¹⁸

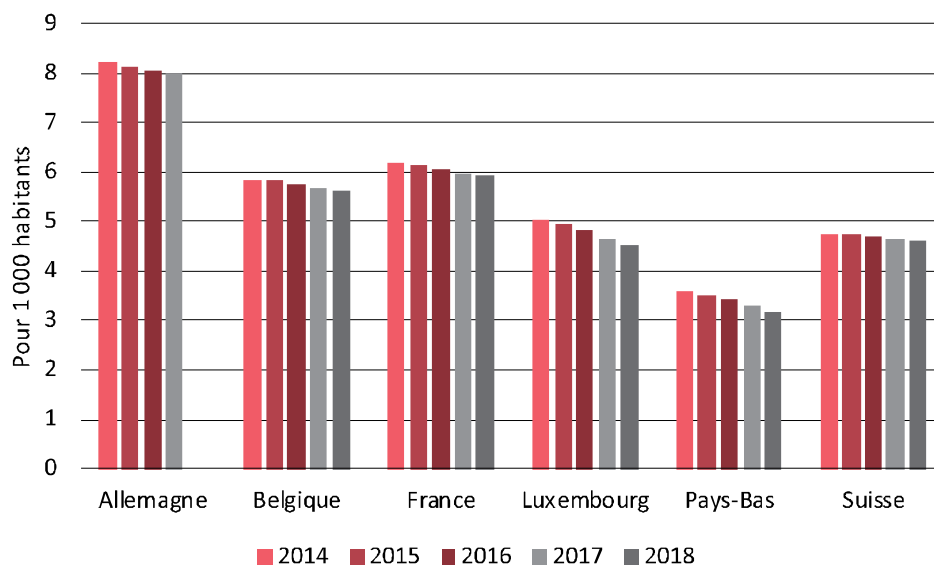
Tandis qu'en 2009 le Luxembourg disposait de 5,5 lits pour 1 000 habitants, il en compte 4,5 lits pour 1 000 habitants en 2018, dont 3,7 lits pour les soins curatifs et 0,8 lits pour les soins de réadaptation.¹⁹ Le Luxembourg se situe ainsi dans la moyenne des pays analysés. L'Allemagne présente le nombre de lits le plus élevé avec 6 lits curatifs et 2 lits de réadaptation pour 1 000 habitants (en 2017). Les Pays-Bas par contre ont, avec 3,2 lits pour 1 000 habitants (2,7 lits curatifs, 0,1 lits de réadaptation et 0,4 lits de longue-durée), beaucoup moins de lits d'hôpital²⁰.

¹⁷ Au niveau international, on distingue trois types de prise en charge : Les hospitalisations complètes, caractérisées par une admission formelle et au moins une nuitée ; Les hospitalisations de jour, caractérisées par une admission formelle ; Les traitements ambulatoires, en milieu hospitalier et sans admission formelle ou en milieu extrahospitalier (OCDE, sources et méthodes de collecte de données).

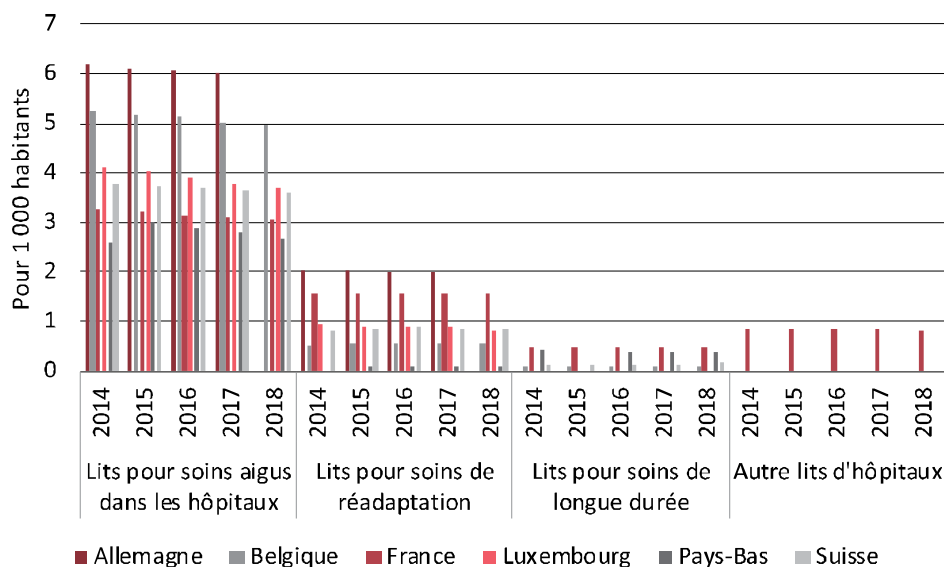
¹⁸ Les lits d'hôpital contiennent les lits de soins curatifs, de réadaptation, de longue-durée et autre lits.

¹⁹ Les modifications par la loi hospitalière se montrent à partir de 2019. Les lits psychiatriques sont inclus dans les lits pour les soins curatifs et les soins de réadaptation.

²⁰ Il faut noter que les lits de réadaptation psychiatrique sont exclus des chiffres des Pays-Bas.

Graphique 15 - Évolution du nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants de 2014 à 2018²¹

Graphique 16 - Évolution du nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants par type de prise en charge de 2014 à 2018



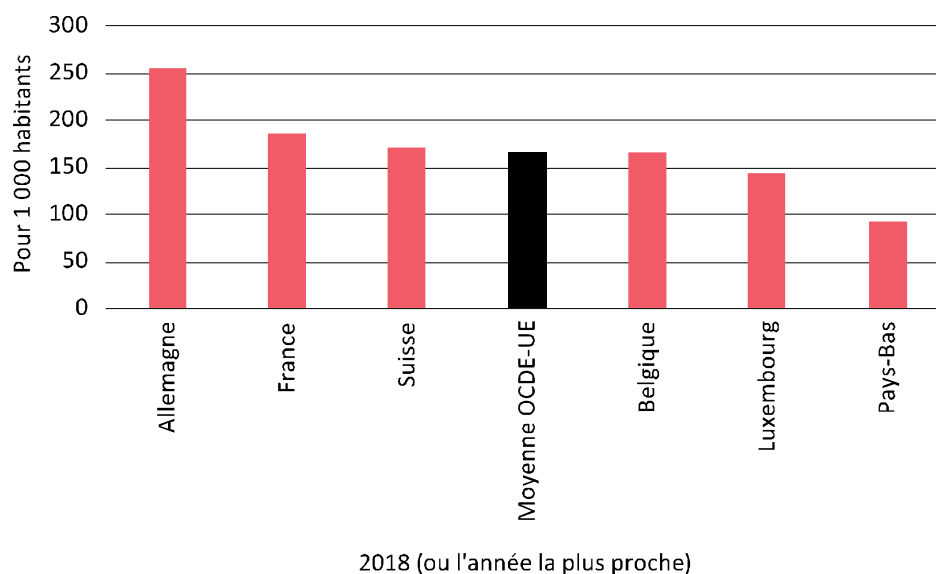
Source : OECD.Stat, calculs IGSS

21 Pays-Bas : rupture de série en 2015, valeur provisoire pour 2018,

3.2 TAUX DE SORTIE D'HÔPITAL

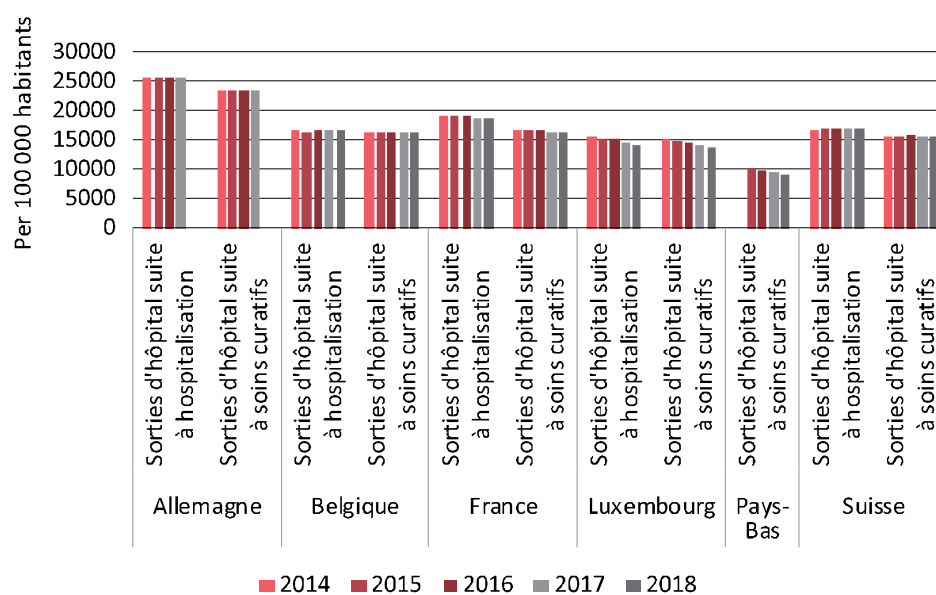
Le taux de sortie moyen OCDE-EU s'élève à 165,6 sorties pour 1 000 habitants en 2018. Le Luxembourg présente de son côté 142,8 sorties pour 1 000 habitants²², un taux plus bas que celui de ses pays voisins et la Suisse. Seuls les Pays-Bas présentent un chiffre encore inférieur à celui du Luxembourg : 92,8 sorties pour 1 000 habitants en 2018. Ce chiffre s'explique notamment par le fait que seules les sorties de soins curatifs sont considérées et que le recours à l'activité ambulatoire/extrahospitalière est plus prononcé. L'Allemagne présente le taux le plus élevé avec 254,8 sorties pour 1 000 habitants en 2018. Si les taux sont relativement stables pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse, les taux pour le Luxembourg et les Pays-Bas diminuent ces dernières années.

Graphique 17 - Taux de sortie d'hôpital pour 1 000 habitants en 2018 (ou année la plus proche)²³



Source : OECD.Stat, calculs IGSS

Graphique 18 - Évolution du taux de sortie d'hôpital de 2014 à 2018



Source : OECD.Stat, calculs IGSS

²² Il faut noter que les traitements à l'étranger sont exclus.

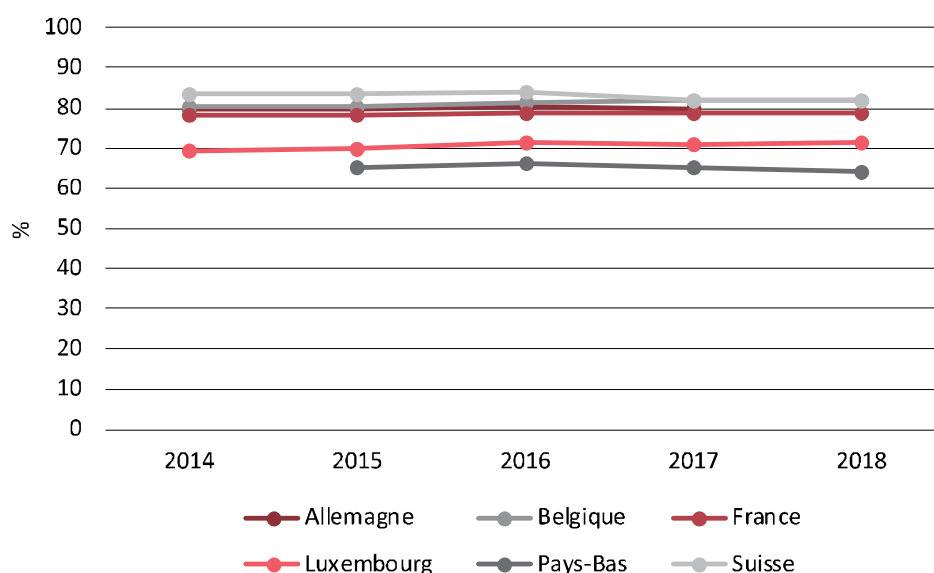
²³ Luxembourg et Pays-Bas : Valeurs provisoires

3.3 TAUX D'OCCUPATION DES LITS DE SOINS CURATIFS

L'analyse montre que les pays avec des taux de lit curatifs et de sortie relativement bas, donc le Luxembourg mais surtout les Pays-Bas, présentent également un taux d'occupation de lits de soins curatifs moins élevé que celui des quatre autres pays analysés. Sachant que les Pays-Bas et le Luxembourg tiennent compte du nombre de lits en hospitalisation de jour et des pouponnières pour bébé en bonne santé (uniquement aux Pays-Bas), le taux d'occupation des lits de soins curatifs de ces deux pays est sous-estimé par rapport aux autres. Par ailleurs, l'Allemagne et la Belgique montrent des taux élevés aussi bien pour le nombre de lits d'hôpital, le taux de sortie et le taux d'occupation des lits de soins curatifs.

Le Luxembourg se situe très proche de la moyenne OCDE-EU en ce qui concerne le nombre de lits et leur taux d'occupation. Les Pays-Bas par contre se caractérisent par un taux d'occupation et un nombre de lits bas, la France présente un nombre de lits bas et un taux d'occupation plus élevé tandis que l'Allemagne et la Belgique affichent un nombre de lits plus élevé et un taux d'occupation élevé. La Suisse de son côté est proche de la moyenne OCDE-EU en matière de nombre de lits mais présente un taux d'occupation plus élevé.

Graphique 19 - Évolution du taux d'occupation des lits de soins curatifs de 2014 à 2018²⁴

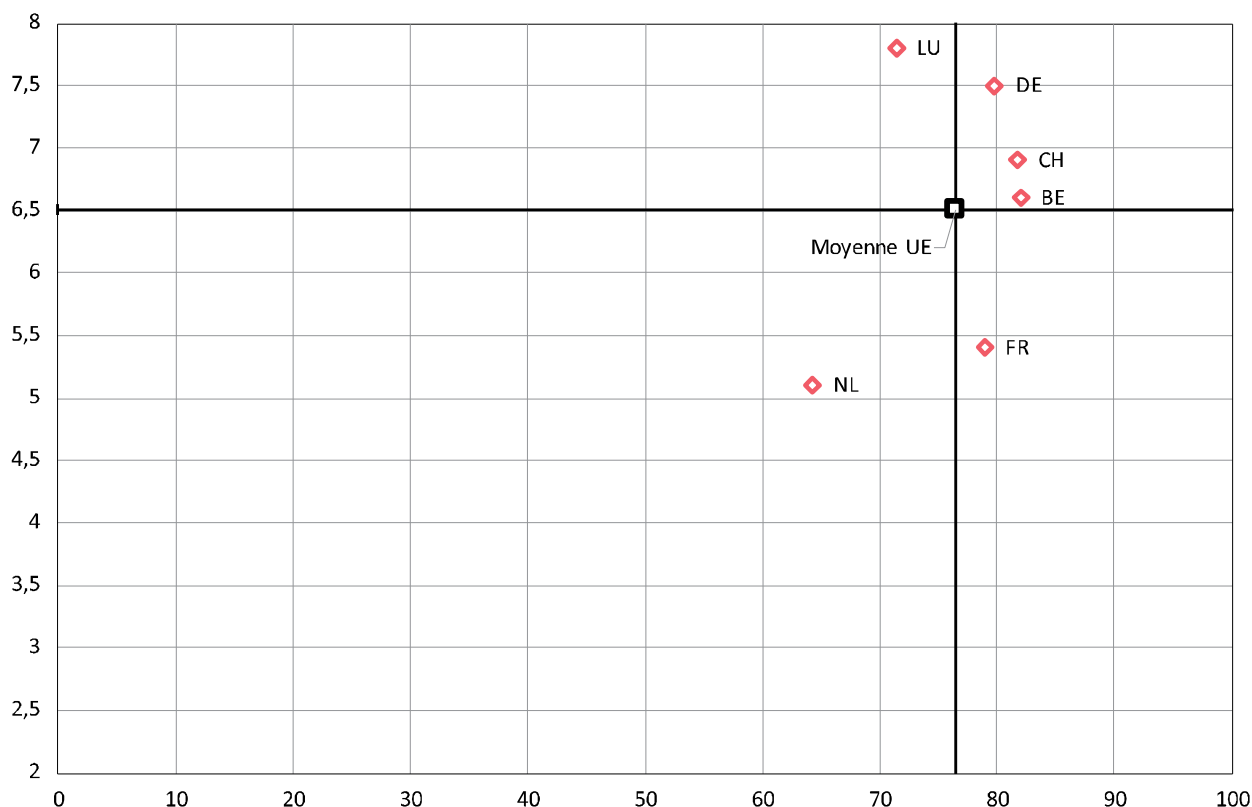


Source : OECD.Stat, calculs IGSS

3.4 DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

La durée moyenne de séjour OCDE-UE est de 6,4 jours en 2018 (ou l'année la plus proche). L'analyse de la durée moyenne de séjour pour les soins curatifs met en évidence que les patients des Pays-Bas rentrent beaucoup plus vite chez eux que ceux des autres pays étudiés (5,1 jours en 2018). Au Luxembourg par contre, les patients restent proportionnellement longtemps à l'hôpital : 7,6 jours en moyenne en 2018. En terme d'efficacité, la France semble utiliser ses lits disponibles en soins curatifs de manière extensive, avec un taux d'occupation de 79% et une durée moyenne de séjour de 5,4.

²⁴ Luxembourg et Pays-Bas : Valeurs provisoires

Graphique 20 - Taux d'occupation par rapport à la moyenne de séjour en soins curatifs 2018 (ou l'année la plus proche)

Source : Données OECD.stat, calcul IGSS

Il est également intéressant de comparer la durée moyenne de séjour pour des pathologies spécifiques entre pays. En effet, outre les différents types de pathologies traitées, la gravité des cas et le système de financement peuvent expliquer les différences dans la durée d'hospitalisation.

La durée moyenne de séjour OCDE-UE pour un infarctus du myocarde s'élève à 6,7 jours en 2018 (ou l'année la plus proche)²⁵. Le Luxembourg se situe légèrement au-dessus avec 6,9 jours. La Suisse et la Belgique présentent des durées similaires de 6,3 respectivement 6,5 jours à l'hôpital. En Allemagne par contre, la durée moyenne de séjour est de 9,9 jours, donc environ 3 jours de plus que la moyenne OCDE-EU. Aux Pays-Bas la durée moyenne de séjour s'élève à 4,9 jours, donc un jour de moins que la moyenne OCDE-EU.

L'analyse de la durée d'hospitalisation pour un accouchement normal donne des résultats tout à fait différents. Ainsi au Luxembourg la durée de séjour s'élève à 4 jours, une durée qui est la plus longue comparée aux autres pays. La France affiche une durée semblable au Luxembourg avec 3,9 jours en moyenne. Aux Pays-Bas, mère et enfant peuvent sortir de l'hôpital après 1,9 jours en moyenne. Pour les autres pays faisant partie de l'analyse, la durée moyenne de séjour affiche environ 3 jours.

²⁵ Luxembourg : année de référence 2016 ; Allemagne : année de référence 2017.

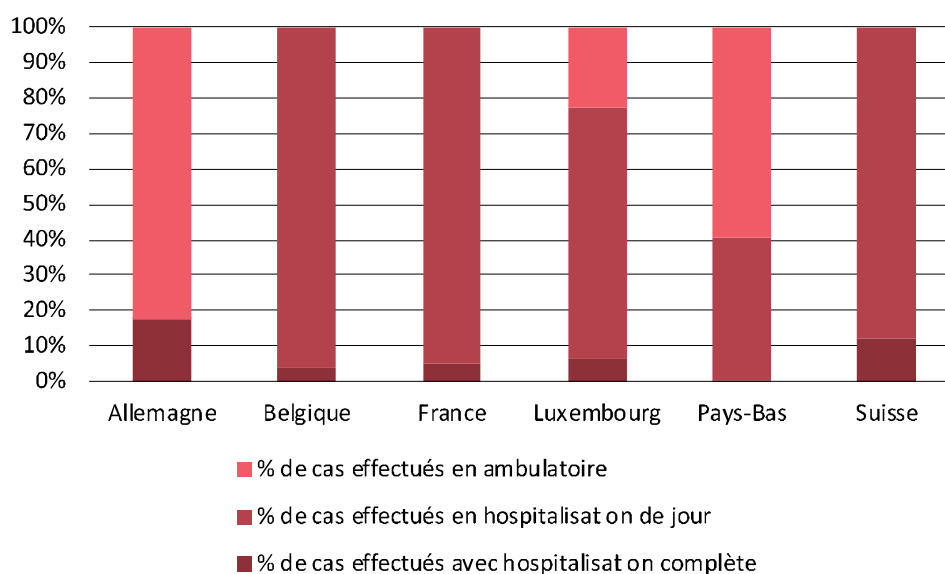
3.5 CHIRURGIE AMBULATOIRE

Grâce au progrès des technologies médicales et de l'anesthésie, de plus en plus de procédures médicales peuvent être réalisées en ambulatoire ou en milieu extrahospitalier, ayant ainsi un impact direct sur les résultats de santé, la sécurité des patients, les listes d'attente et donc sur les indicateurs de performance des systèmes de santé. Cependant, l'impact financier n'est pas aussi univoque. Les économies liées aux coûts d'hospitalisation réduits sont souvent compensées par une croissance du nombre d'interventions. S'y ajoutent les coûts parfois négligés liés à la rééducation et aux soins à prester à la suite de l'intervention médicale (OBSAN 2015 ; OCDE 2019).

Au niveau international, il existe un certain nombre de procédures médicales souvent citées pour illustrer la transition des soins hospitaliers vers l'ambulatoire. Il s'agit notamment de l'opération de la cataracte, de l'amygdalectomie, de l'ablation des varices, de la cure de hernie inguinale et de l'arthroscopie du genou avec résection d'un ménisque. La comparabilité des résultats est cependant limitée comme certains pays ne comptabilisent pas les cas ambulatoires ou extrahospitaliers.

Au cours des dernières années, le nombre de procédures médicales effectués en ambulatoire a progressé dans tous les pays. Alors qu'en 2014 par exemple, près du quart des opérations de la cataracte étaient effectuées avec au moins une nuitée à l'hôpital, ce pourcentage a diminué à 6,4% en 2018²⁶ au Luxembourg. Ce taux est bas en Belgique, France et Luxembourg mais plutôt élevé en Suisse et en Allemagne (12,4% respectivement 17,3% en 2018).

Graphique 21 - Opérations de la cataracte effectuée en chirurgie ambulatoire en 2018²⁷



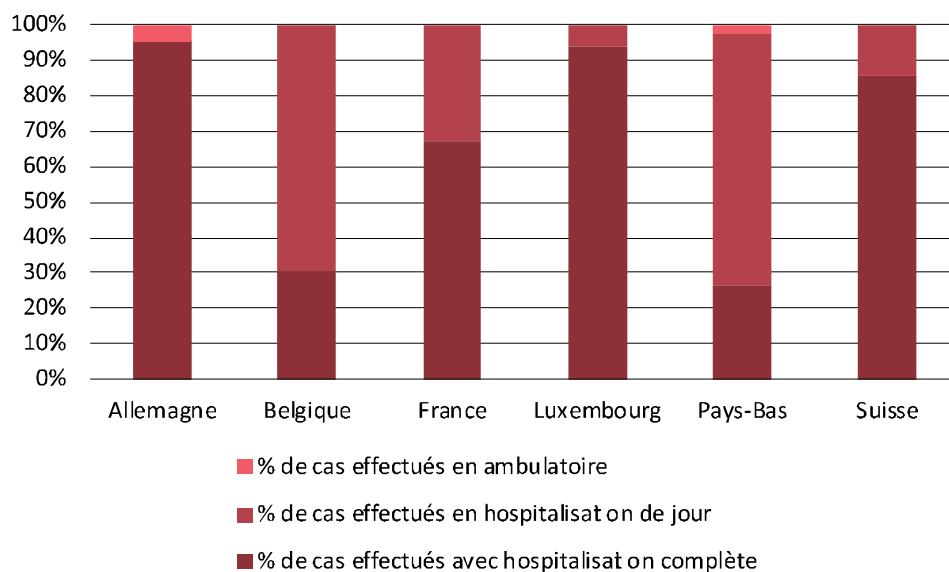
Source : OECD.Stat, calculs IGSS

Les amygdalectomies et des réparations de la hernie inguinale sont deux exemples qui illustrent le virage ambulatoire. En effet ces procédures médicales sont de plus en plus souvent réalisées en hospitalisation de jour.

Au niveau de l'OCDE-EU 71,06% des amygdalectomies sont effectuées dans le cadre d'une prise en charge hospitalière stationnaire en 2018. Avec 93,9% le Luxembourg se classe largement au-dessus de cette moyenne. L'Allemagne affiche un taux de 95,1% qui s'explique notamment par une activité hospitalière excessive, représentée par un nombre élevé de lits d'hôpital et de sorties hospitalières (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019c). Les Pays-Bas par contre présentent un taux de 26,5%, le taux le plus bas parmi les six pays analysés.

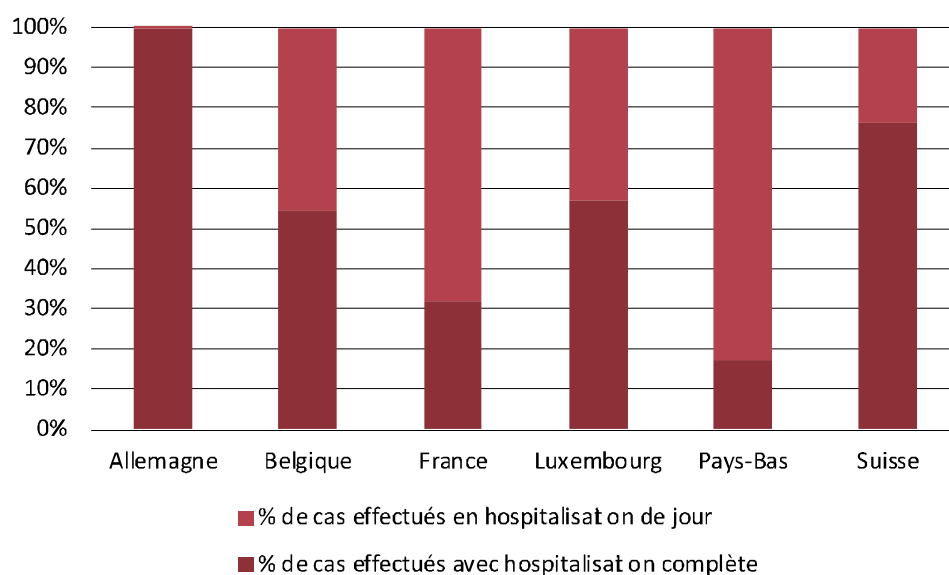
²⁶ Luxembourg : Valeur provisoire pour 2018.

²⁷ Pays-Bas : Année de référence 2017.

Graphique 22 - Amygdalectomies effectuées en chirurgie ambulatoire en 2018

Source : OECD.Stat, calculs IGSS

Pour les réparations de la hernie inguinale, le Luxembourg réalise 57,1% de ces interventions dans le cadre d'une hospitalisation complète. Ce taux est plus proche de celui de la moyenne OCDE-UE qui se situe à 60,4% en 2018. En Allemagne ce taux affiche 99,7% et les Pays-Bas signalent à nouveau le taux le plus bas (17,2% en 2018).

Graphique 23 - Réparation de la hernie inguinale en chirurgie ambulatoire en 2018

Source : OECD.Stat, calculs IGSS

Ces résultats montrent que la transition des soins hospitaliers stationnaires vers l'hospitalisation de jour ou les soins ambulatoires avance à des vitesses différentes, entre les pays et à l'intérieur d'un pays. Le même constat vaut pour les procédures (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies 2019d).

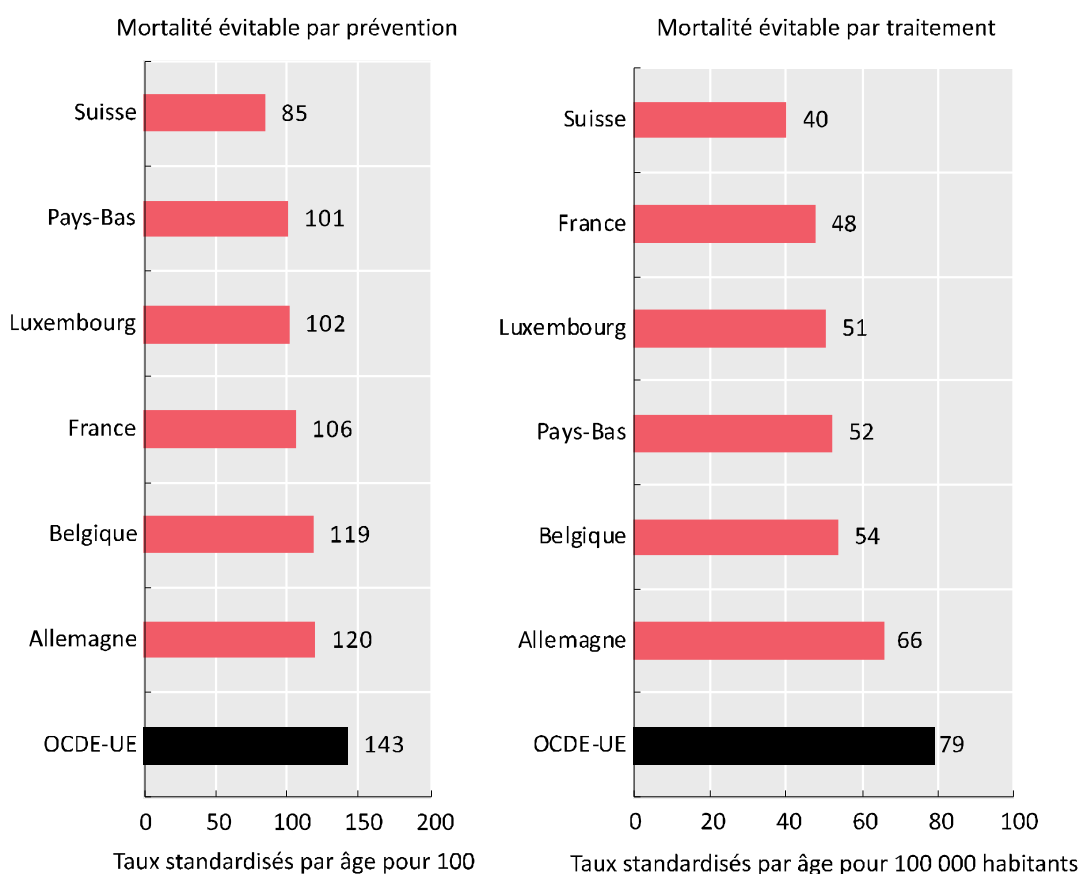
4 LE TAUX DE MORTALITÉ ÉVITABLE

L'efficacité d'un système de santé peut être mesurée par le taux de mortalité évitable. On distingue le taux de mortalité évitable par la prévention du taux de mortalité évitable grâce au système de soins. Les décès liés à certains cancers (i.e. poumon), les causes externes (i.e. accidents de la route, suicides), certaines maladies du système circulaire, l'alcoolisme et la toxicomanie sont des exemples de mortalité évitable par la prévention. Le taux de mortalité évitable grâce au système de soins comprend entre autres les décès liés aux maladies du système circulaire (crises cardiaques et AVC), certains cancers (i.e. cancer colorectal ou du sein), le diabète, la pneumonie, l'asthme (OCDE, 2019).

En 2016, le taux de mortalité évitable lié à la prévention au Luxembourg est de 102 décès pour 100 000 habitants (standardisé par âge). Il est comparable à celui des Pays-Bas (101) et de la France (106)²⁸, mais il est inférieur à celui de l'Allemagne (120) et de la Belgique (119) et supérieur à celui de la Suisse (85). La moyenne OCDE-UE s'établit à 143 décès évitables.

Pour les six pays analysés dans cette étude, les résultats relatifs à la mortalité évitable grâce aux traitements sont inférieurs à la moyenne OCDE-UE qui est de 79 décès évitables pour 100 000 habitants (standardisé par âge) en 2017²⁹ : la Belgique affiche un taux de 54, les Pays-Bas de 52, le Luxembourg de 51 et la France de 48 décès évitables. La Suisse présente quant à elle le taux le plus bas avec 40 décès évitables et l'Allemagne le taux le plus haut parmi les pays sélectionnés avec 66 décès évitables.

Graphique 24 - Taux de mortalité évitable en 2016 par prévention et par traitement



Source : Calculs de l'OCDE, fondés sur la Base de données de mortalité de l'OMS (OCDE 2019); traitement IGSS.

²⁸ France : année de référence 2015.

²⁹ Ou l'année la plus proche. Pour les pays analysés dans cette note, l'année de référence est 2016, à l'exception de la France (2015).

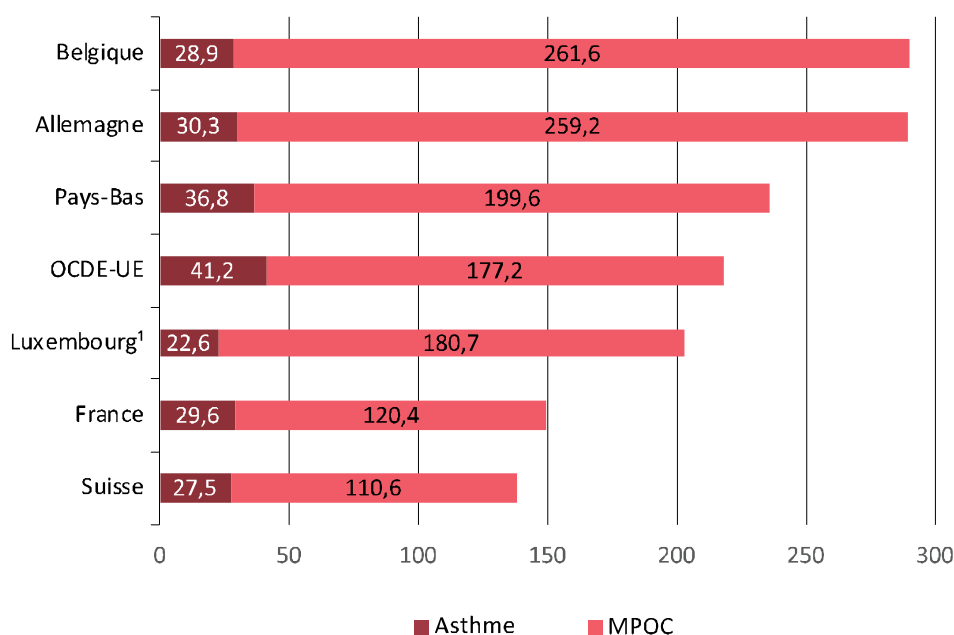
5 HOSPITALISATIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES

Tandis que l'analyse du nombre de décès évitables est pertinente pour caractériser l'efficacité de système de santé en général, les traitements des maladies chroniques, dont les hospitalisations potentiellement évitables, sont des indicateurs qui illustrent l'efficacité du système des soins primaires. Les soins primaires visent à promouvoir la santé et à « prévenir les maladies, gérer les nouveaux problèmes de santé, traiter la majorité des cas sans complications, gérer les affections de longue durée et aiguiller les patients vers des services hospitaliers lorsque cela est nécessaire » (OCDE 2019, 128). L'insuffisance cardiaque congestive (ICC)³⁰, l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) servent souvent comme exemple pour documenter l'efficacité du système de soins primaires. En effet, ces traitements qui peuvent d'être effectués pour la plupart dans le cadre des soins primaires, réduisent ainsi la dégradation aiguë de l'état de santé des patients, qui à son tour diminue les hospitalisations.

La comparaison du nombre des hospitalisations pour l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) entre le Luxembourg, ses pays voisins, la Suisse et les Pays-Bas met en évidence 138³¹ admissions à l'hôpital en Suisse contre 291 en Belgique pour 100 000 habitants (taux standardisés par âge et sexe), soit plus que le double. Avec 203 admissions pour 100 000 habitants le Luxembourg arrive en troisième position après la France (150).³² La moyenne OCDE-UE se situe à 218 en 2017.

La cause d'hospitalisation pour ces deux maladies n'est pas toujours la même. Ainsi, en 2015 environ 10% d'admissions relèvent de l'asthme au Luxembourg, en Allemagne et en Belgique, contre environ 20% en Suisse et France. Ce dernier taux correspond aussi à la moyenne OCDE-UE de 2017 (19%).

Graphique 25 - Admissions à l'hôpital pour asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en 2017



1. Moyenne sur 3 ans.

Source : OECD.Stat, calculs IGSS

³⁰ Comme il n'y a pas de chiffres disponibles pour l'ICC pour le Luxembourg, cet indicateur ne peut pas être analysé en détail.

³¹ La comparaison des chiffres se base sur des différentes années. De plus, les données du Luxembourg représentent une moyenne sur les 3 dernières années disponibles (OCDE 2019).

³² Suisse, France, Luxembourg : année de référence 2015, Pays-Bas : année de référence 2016, Allemagne, Belgique : année de référence 2017.

RÉFÉRENCES

De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(4):1–288.

OCDE (2019), *Panorama de la santé 2019 : L'indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>.

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), France: *Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b), Luxembourg: *Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019c), Germany: *Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019d), Belgium: *Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019f), Netherlands: *Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins? (Obsan Rapport 68)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.