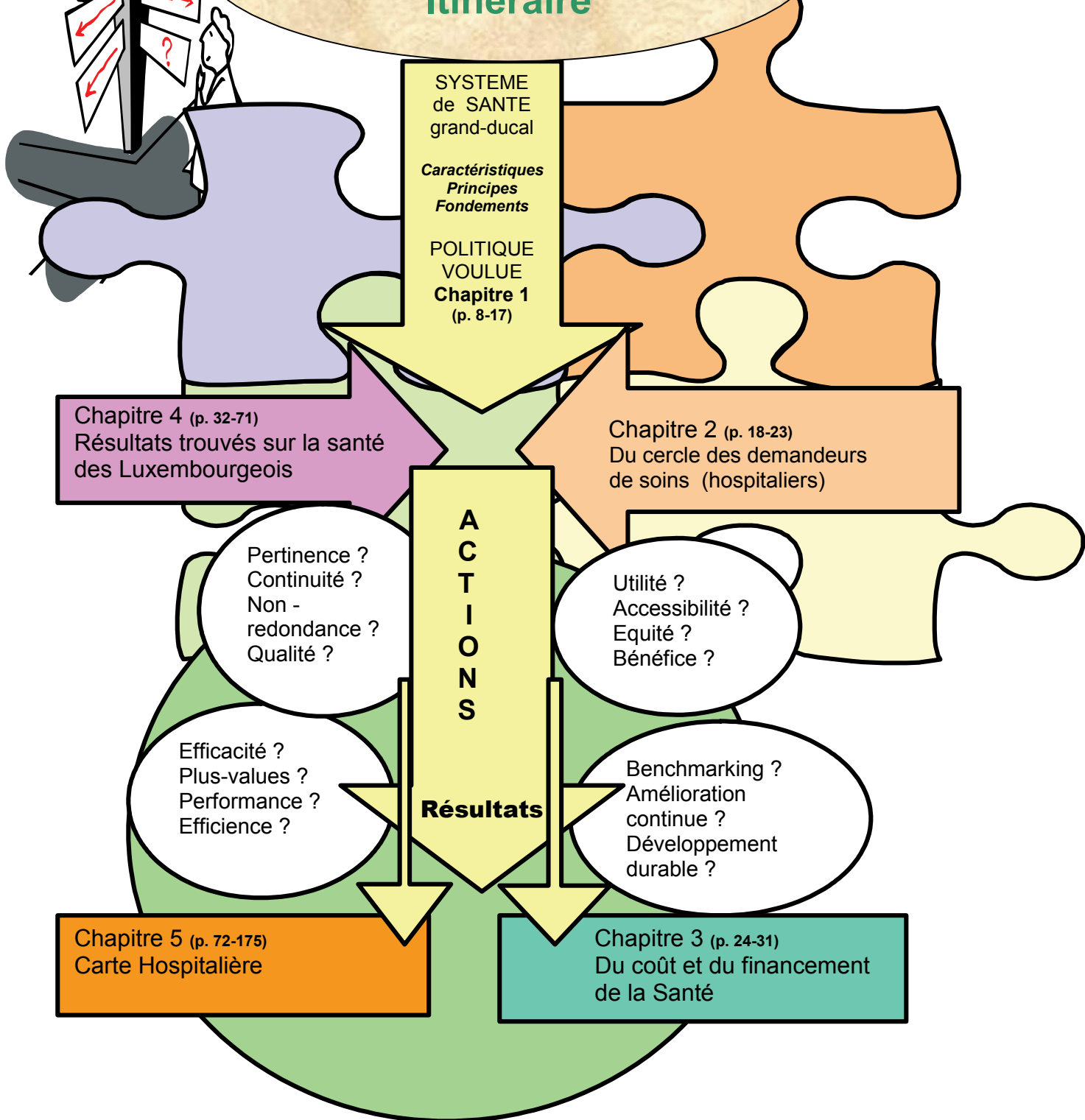


# Carte sanitaire 4<sup>ème</sup> édition 1998-2005 Itinéraire



Contexte de la Carte Sanitaire et remarques liminaires:

Page 2 : Objet de la carte sanitaire et mots clefs  
Page 3 : L'édition 2005 : préface du Ministre de la Santé  
Page 4 : Résumé succinct des chapitres  
Pages 5 et 6 : Objectifs, Portée et Limites  
Page 7 : Remerciements  
> Page 197 : Index des mots clefs  
> Page 200 : Références

**Objet de la  
carte sanitaire  
4<sup>ème</sup> édition  
1998-2005**

« 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\* (page 82) hospitaliers existants, de leurs services\*(page 154), de leur agencement général\*(pages 86-89) et de leur taux d'utilisation\*(pages 101-118);
- b) le relevé du personnel\*(pages 90-96) médical et paramédical desdits établissements;
- c) l'inventaire des équipements et appareils coûteux\* (pages 97-98) 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\*, appareils 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.

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 de la Santé peut par ailleurs recourir aux données anonymisées de l'association d'assurance contre les accidents, des caisses de maladie, de l'administration du contrôle médical de la sécurité sociale, de l'union des caisses de maladie et des différents établissements hospitaliers, relatives:

- au séjour hospitalier\* (pages 123-150) des différents patients\*: les 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\*(pages 101-118) médicaux des établissements hospitaliers: fréquence des différentes prestations\* par patients hospitalisés et ambulatoires, nombre de patients\* (pages 123- 150) ;
- à la fréquence et aux raisons du recours\*(pages 135-136) aux établissements hospitaliers étrangers »\* (pages 183-184) ;

Extrait de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers; article 3

### **Ambition de la carte sanitaire :**

Fournir sur base d'une vision systémique et à partir d'observations du passé des activités et des mécanismes de décision, des éléments pour orienter au futur la meilleure évolution de notre système hospitalier et de santé.

## L'ÉDITION 2005

La 4<sup>ème</sup> édition de la carte sanitaire compile sur près de 200 pages des données commentées et illustrées de nombreux schémas sur les caractéristiques, les activités et les performances du secteur hospitalier luxembourgeois couvrant la dernière décennie.

La carte sanitaire a pour ambition de contribuer à orienter l'évolution future (page 193-194) de notre système hospitalier. Elle va notamment servir de base à l'actualisation du plan hospitalier national (page 187-189), instrument de planification visant à assurer, au meilleur coût, des prestations efficaces adaptées aux besoins de la population. Dans un souci de transparence de l'information, la carte sanitaire est fondée sur le principe du libre accès de l'information, non seulement aux professionnels de la santé mais également au grand public. Enrichie de nombreuses observations, de réflexions (auto)critiques et de propositions, l'édition 2005 intègre des schémas (page 12-13) donnant une vision d'ensemble de l'organisation et du fonctionnement de notre système de santé en général (page 12-13) et de notre système hospitalier (page 71, 74, 81, 100 et 153) en particulier. Elle présente également un grand nombre de comparaisons internationales qui permettent d'apprécier la situation du Grand-Duché par rapport aux pays étrangers. Celles-ci révèlent en particulier que, tant du point de vue des structures, des équipements et des compétences, que des dotations, des résultats et des coûts, le système de santé luxembourgeois figure aujourd'hui dans le peloton de tête international (page 69).

Ce classement encourageant souligne le niveau de compétences et d'engagement des professionnels du secteur et permet d'apprécier les efforts investis par les organismes de tutelle. Il justifie aussi les importants investissements consacrés par l'Etat ces dernières années à la modernisation des infrastructures et au renouvellement des équipements hospitaliers. Par contre, fait préoccupant, le Grand-Duché apparaît ces dernières années largement en tête en ce qui concerne l'accroissement des dépenses de santé (page 28-30 et 101-119) par habitant. Cette progression résulte d'une augmentation spectaculaire des activités, notamment hospitalières, elle-même disproportionnée par rapport à l'évolution de la population (page 18 + 23). La crainte de gaspillages, susceptibles de menacer la pérennité des acquis et le développement durable du secteur, est par conséquent compréhensible et justifiée.

Mais, la carte sanitaire se place également dans l'optique du patient pour poser notamment la question de l'équité du point de vue de la qualité des prestations. Car le patient est largement tributaire de l'hôpital, de plus en plus souvent prestataire unique au niveau régional ou national. Et même s'il a théoriquement le libre choix, que vaut ce choix s'il n'est pas éclairé, faute d'informations objectives et fiables sur les performances des établissements et de leurs prestataires et le degré de satisfaction de leurs malades? Le défi des prochaines années sera la réalisation de la transparence des résultats et des performances. Tout le monde, patients comme acteurs de santé, y gagnera.

Pour atteindre ses objectifs et remplir ses missions, l'hôpital doit être piloté de façon proactive et rigoureuse sur base de résultats et de performances comparés: sinon, le risque de dérives insidieuses, évitables mais coûteuses, est latent. Il reste dès lors à lever les obstacles que révèle et décrit la carte sanitaire et à mettre en place des instruments de gestion plus performants à partir desquels les différents acteurs pourront tirer des informations objectives, actualisées et fiables. Des renseignements sur lesquels ils pourront s'appuyer pour diriger de façon plus sereine et mener une politique transparente d'amélioration continue.

En guise de conclusion (page 194), la carte sanitaire 2005 formule une série de réflexions (page 185-192) et de propositions (page 193) en faveur d'un renforcement de l'efficacité du système de santé luxembourgeois. Ainsi, au-delà de l'amélioration du flux des informations et de la formalisation des processus, elle préconise une vision systémique d'approche, une meilleure intégration des acteurs - notamment des médecins - ainsi que le développement de la transparence et des acquis au plan qualitatif. Dans ce sens, elle plaide pour faire ressortir davantage le patient comme centre d'intérêt du système de santé et prône une démarche qualité fondée sur l'évaluation du devenir de la santé des utilisateurs et de leur satisfaction par rapport à leurs prises en charge. Enfin, elle insiste sur la nécessaire sensibilisation de tous pour contribuer à maîtriser l'évolution inquiétante des coûts. A partir de la performance des résultats de leurs actions, il s'agira de responsabiliser les différents acteurs appelés à mettre en œuvre une politique de soins qui devra répondre de façon pérenne aux besoins effectifs de la population. En même temps, cette politique devra permettre au Grand-Duché de maintenir ses acquis, de suivre le progrès médical, de défendre la réputation dont il jouit et de tracer le chemin à suivre pour améliorer la visibilité de ses centres de compétences.

**Le Ministre de la Santé,  
Mars DI BARTOLOMEO**

# CARTE SANITAIRE, 4<sup>ème</sup> édition: 1998-2005

## Résumé des chapitres et table des matières

<b>Chapitre 1</b>	<b>Contexte du système de santé grand-ducal</b>	<b>Pages 8-17</b>
<p>La carte sanitaire fournit les bases pour le plan hospitalier. Ce dernier est l'élément de stratégie pour organiser la lutte contre la maladie à travers les établissements hospitaliers. En effet, comme suite à l'organisation libérale du secteur extra-hospitalier au Grand-Duché, le secteur hospitalier, coordonné par le Ministre de la Santé, devient le pilier central de notre système de santé. En guise d'introduction au présent travail, le présent chapitre rappelle un certain nombre de définitions et de fondements à la base de tout système de santé et des actions de lutte contre la maladie et décrit succinctement l'organisation du système luxembourgeois.</p>		
<b>Chapitre 2</b>	<b>Du cercle des demandeurs de soins de santé</b>	<b>Pages 18-23</b>
<p>Au-delà des valeurs et des axiomes à sa base, le système de santé et de lutte contre la maladie est à modeler en fonction de la démographie et de la répartition géographique de la population à prendre en charge. Ce chapitre étudie par conséquent l'évolution démographique par rapport à l'habitat de la population et la compare aux pays voisins. Il peut ainsi fournir les scénarios d'évolution à la base de la conception du futur plan hospitalier.</p>		
<b>Chapitre 3</b>	<b>Du coût et du financement de la Santé</b>	<b>Pages 24-31</b>
<p>La santé n'a pas de prix, mais la lutte contre la maladie a un coût qui augmente au fur et à mesure de l'accroissement des sollicitations de moyens de lutte contre la maladie. Et le coût conditionne l'amplitude des moyens que l'on peut mettre en œuvre et donc devenir un obstacle à davantage d'investissements et à la réalisation du rêve ancestral, mais de plus en plus omniprésent, de santé « éternelle » (et par la même d'occultation de la mort). Ce chapitre montre où se situe le Grand-Duché dans la comparaison internationale et quelles risquent d'être ses limites à moins de « dépenser mieux »; car le coût ne fait pas obstacle à ce qu'on investisse intelligemment, que l'on mesure et que l'on compare les résultats, la satisfaction des usagers, le rapport coût/bénéfice... que l'on améliore les maillons faibles du système ...Par ailleurs la lecture combinée des chapitres 3 et 4, renseignera sur l'efficacité (<i>efficacité / coût</i>) de notre système de santé et de lutte contre la maladie.</p>		
<b>Chapitre 4</b>	<b>De la santé des Luxembourgeois : Résultats</b>	<b>Pages 32-71</b>
<p>L'amélioration de la lutte contre la maladie et de l'espérance de vie en bonne santé ne peut que se baser sur les acquis actuels. Or comme ceux-ci ne sont pas absolus mais relatifs, il est incontournable de comparer nos résultats à ceux des pays voisins, respectivement à ceux qui font au mieux dans le monde; c'est la seule façon de savoir comment et où le Grand-Duché de Luxembourg pourra faire mieux. Dans la mesure des données disponibles et comparables des résultats dans la lutte contre les maladies graves, ce chapitre illustre, à travers notamment l'espérance de vie, les constats de l'Organisation Mondiale de la Santé et les statistiques nationales sur la morbidité et la mortalité, le fruit des efforts et la performance de tous ceux qui, au niveau de notre pays, luttent contre la maladie et se battent pour la santé.</p>		
<b>Chapitre 5</b>	<b>Carte hospitalière</b>	<b>Pages 72-175</b>
<p>Ce chapitre, le plus volumineux, est entièrement consacré aux établissements hospitaliers du Grand-Duché. Il décrit leur évolution récente, leur organisation, leur fonctionnement, leur ressources humaines, leurs équipements, leurs résultats et leurs performances, dans la mesure des informations disponibles en comparaison internationale. Sous réserve de la pertinence et de la validité des résultats disponibles, une analyse plus particulière est centrée sur les activités et services médicaux ainsi que sur l'interactivité des mécanismes qui conditionnent le plan hospitalier, afin de pouvoir donner à la prochaine édition les moyens de mieux réaliser les ambitions de sa philosophie telle que formulée par l'intermédiaire de son exposé des motifs de 2001.</p>		
<b>CONSTATS , REFLEXIONS et PROPOSITIONS</b>		
<b>Performance du système de santé grand-ducal</b>		<b>69—70</b>
<b>Secteur hospitalier: synthèse des observations</b>		<b>176-182</b>
<b>Transferts à l'étranger</b>		<b>183-184</b>
<b>Réflexions et propositions</b>		<b>185-192</b>
<b>Résumé des propositions</b>		<b>193</b>
<b>Conclusions et post-scriptum</b>		<b>194-196</b>
<b>Index des mots clefs</b>		<b>197-199</b>
<b>Références et Bibliographie</b>		<b>200- 202</b>

## OBJECTIFS, PORTEE ET LIMITES

Comme d'après la loi, la carte sanitaire sert avant tout à la planification hospitalière, elle s'attache par conséquent d'abord à vérifier si les besoins hospitaliers pour notre population sont (quantitativement) couverts ou non, respectivement à fournir les éléments en vue des décisions à prendre pour le plan hospitalier.

Mais, au-delà des dispositions prévues par la loi, nous avons également voulu tenir compte des critiques au sujet des éditions précédentes - document trop volumineux, trop focalisé sur certains détails, absence de commentaires, trop peu de comparaisons internationales et d'« user friendliness ».-

Dès lors, la présente version commentée, montre à l'aide des principaux indicateurs, en usage au niveau international, la performance de nos hôpitaux et fait leur « benchmarking » .

Elle situe également le système hospitalier comme sous-ensemble de notre système de santé, qui doit être conçu comme une chaîne et non une juxtaposition d'actions et d'acteurs aux frontières limitées. A ce titre, elle pourrait aussi être le précurseur d'un travail d'analyse de notre système sanitaire et de son organisation, respectivement pour la réédition d'un livre blanc sur la santé au Grand-Duché de Luxembourg.

Au delà de la description de l'évolution récente de notre système hospitalier, elle est essentiellement une photographie de l'existant, tout en ne traitant que de façon très synthétique les coûts et aspects de financement puisque tel est plutôt l'objectif du rapport annuel de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale.

Cette quatrième édition de la carte sanitaire compile les données sur 10 ans ce qui permet de donner une certaine robustesse à ses observations qui auront pour le moins le mérite de diffuser les connaissances, d'augmenter la transparence et d'apporter ainsi des éléments objectifs pour alimenter et « désémotionner » les discussions et réflexions au sujet du secteur de la santé et de la politique hospitalière. Par ailleurs, cette transparence est une base incontournable pour asseoir la confiance des usagers dans nos hôpitaux et pour dynamiser les évolutions.

Les différents constats permettent à tous de se situer sur base de faits et d'esquisser les voies à emprunter pour contribuer à une évolution volontariste du système, dont l'approche systémique et conceptuelle ainsi que l'ingénierie, la cohérence des actions et la mesure des résultats restent à développer.

Sans vouloir chercher des excuses a priori, nous nous devons toutefois de rendre attentif aux biais possibles, pour le Luxembourg des aléas qui peuvent être liés à la loi des petits nombres (certaines causes de mortalité, certains diagnostics etc ). Mais tous nos résultats, toutes nos comparaisons qui interpellent méritent une analyse approfondie, notamment sur l'axe du temps ou/et encore en comparaison approfondie avec les données d'autres « petits pays » comme l'Islande, Malte, Monaco, St Marin...

Pour améliorer notre système et donner une autre dimension à la concurrence au niveau national nous nous devons de nous comparer aux évolutions d'ailleurs; elles éveilleront notre vigilance et pour autant que de besoin notre autocritique. Dans ce cas la taille du pays et la meilleure traçabilité y liée pourront devenir un atout pour améliorer notre réactivité et pour devenir plus proactif. La démarche proposée par la carte sanitaire se veut de cultiver cet état d'esprit et inciter d'utiliser à bon escient les moyens disponibles et considérablement renforcés ces derniers temps, notamment par la création des Centres de Recherche et de l'Université.

Même si la présente compilation peut soutenir à maints égards la comparaison avec ce qui est actuellement publié en la matière à l'étranger, nous sommes parfaitement conscients, que l'instrument est encore largement imparfait notamment en ce qui concerne sa « timeliness » ainsi que sa facilité d'accès et de manipulation. Si nous nous sommes attachés à épuiser toutes les sources de données existantes, nous avons également dû constater que seulement quelques-unes d'entre elles sont suffisamment validées et rigoureuses pour être prises en compte, alors que d'autres sont trop imparfaites ou non pertinentes pour l'usage qu'on aurait pu imaginer d'en faire.

Ainsi, à titre d'exemple,

- les diagnostics de sortie des hôpitaux ICD 10 à 3 digits, ne sont pas vérifiés et ne tiennent pas compte de la gravité des cas; pour éviter tout biais, il faudrait certains contrôles de plausibilité sur dossier et passer à un degré de précision à 4 digits des diagnostics indiqués;
- les diagnostics de décès (également sur base d'ICD 10, 3 digits) sont tout à fait anonymes et une corrélation avec les diagnostics de sortie n'est quasi pas possible.

- la méthodologie utilisée pour les diagnostics de sortie et de décès et celle à la base de la nomenclature des actes médicaux, ne sont pratiquement pas corrélables non plus; pour pouvoir établir une corrélation entre les diagnostics et les procédures (actes) médicales, il faudrait en effet doubler la nomenclature d'une codification des procédures (International Classification of Procedures in Medicine),
- les indicateurs pour la budgétisation permettent certes des comparaisons intra-hospitalières nationales, mais ne différencient pas entre les contenus (1 passage OP peut être soit, une intervention mineure (ex. amygdalectomie), soit majeure (ex. prothèse de genou, héli-colectomie ..),
- il n'existe pas de données sur:
  - les diagnostics pris en charge dans le secteur pré-hospitalier,
  - le lieu de prestation des actes de la nomenclature,
  - les motifs d'admissions à l'hôpital,
  - les résultats des prestations, la valeur ajoutée pour les patients, ni sur leur satisfaction avec leurs prises en charge
- d'autres données sont enregistrées, mais soit ne sont pas exploitées ou exploitables actuellement (fiche médicale de naissance (FIMENA), données sur le SAMU), pourtant le travail de base est fait, mais la finition, qui rend la démarche utile, n'est pas achevée et ceci souvent depuis des années,
- d'autres encore ne sont enregistrées que localement, grâce à des initiatives privées (ex. données OMEGA, APACHE , TISS, sur les patients en soins intensifs).

Ainsi, sans préjudice de la fiabilité des données que nous avons reçues et compilées, la carte sanitaire devient la « partie visible de l'iceberg » .

Elle rend certes le secteur hospitalier un peu plus transparent, mais soulève en même temps une kyrielle d'interrogations sur la conception et la priorisation des objectifs, la rigueur des actions et la mesure des résultats des investissements dans notre système de santé.

Faute d'un système statistique sur l'état de santé et de morbidité de notre population, faute d'un inventaire chiffré sur les multiples actions et leurs évaluations, faute de mesure et d'interprétation des résultats obtenus, on ne peut être qu'interpellé sur le cadre de référence, l'ingénierie et la cohérence de notre système de santé ainsi que sur la pertinence et la coordination des multiples actions dont les effets, l'impact et les évaluations font (encore) si souvent défaut.

Or si l'on veut être efficace et maîtriser la récente croissance préoccupante des coûts en matière de lutte contre la maladie, on ne peut plus continuer à dépenser sans compter dans des actions, simplement juxtaposées, et dont la plus-value concrète n'est pas mesurable notamment faute d'objectifs chiffrés, de bonne hiérarchisation des priorités, de gestion rigoureuse et/ou de vision d'ensemble.

Par ailleurs, au même titre que les différentes actions de santé, l'organisation du système de santé requiert à fortiori la même approche rationnelle et une démarche scientifique.

Une réflexion de fonds à cet égard, sans polémiques et sans émotions, s'impose.

Ces allégations, que la carte sanitaire illustre par un faisceau d'indicateurs convergents, nous amènent dès lors à solliciter une analyse externe tant de cette édition de la carte sanitaire que de la politique d'ensemble de notre système de santé et hospitalier, afin de mieux démontrer l'utilité et le rendement du travail des acteurs dont le nombre tend à se multiplier et à faire perdre la maîtrise de l'évolution des coûts, sans que la question de leur valeur ajoutée ne soit évoquée et évaluée.

Enfin, nous sommes conscients que malgré nos précautions, des erreurs, tant dans notre traitement des données que dans celles mises à notre disposition, ne peuvent pas être totalement exclues.

Le cas échéant, que ceux qui sont concernés veuillent nous en excuser et nous faire parvenir leurs observations et souhaits de redressements motivés.

## SOURCES, CONTRIBUTIONS ET REMERCIEMENTS

Conformément aux dispositions de l'article 3 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, nous avons sollicité spécifiquement pour ce travail les données auprès: de l'**Union des Caisses de Maladie** pour ce qui est des activités budgétisées des hôpitaux et des diagnostics de sortie; nous voudrions remercier particulièrement Jean-Paul Juchem et Claude Nilles,

de l'**Inspection Générale de la Sécurité Sociale**, notamment pour ce qui est des données sur les services et des données sur les coûts; nous remercions particulièrement Marianne Scholl, Chantal Durant et Bert Biever,

du **CRP-Santé**, pour ce qui est des données en rapport avec le PRN; nous remercions particulièrement Marie-Lise Lair et toute son équipe,

de la **Direction de la Santé**, Service des statistiques; nous remercions toute l'équipe, également pour la maintenance de notre outil informatique,

des **établissements hospitaliers eux-mêmes**; nous remercions Michèle Wolter et Monique Balk qui ont notamment épluché les réponses des hôpitaux au questionnaire ad hoc.

En outre nous avons recouru à toutes sortes de données contextuelles **nationales** (*Statec, Registre des Tumeurs*) et **internationales disponibles publiquement** et dont les sources sont chaque fois citées.

Mais, je tiens également à remercier plus particulièrement pour leur contribution à la présente :

- Vanessa Grandjean, vacataire à la Direction de la Santé, pour sa manufacture de certaines comparaisons internationales,
- tous ceux à qui nous avons demandé de relire nos versions intermédiaires et qui nous ont fait profiter de leurs conseils judicieux tant sur le fond que sur la mise en forme et notamment M. Brach, Mme Seywert et Mme Scholl, M. Weber, M. Gansen, Mme le Dr Hansen-Koenig, mais également Monsieur le Ministre lui-même, tout comme des amis, des médecins et des cadres et directeurs d'hôpitaux. Leurs éclaircissements et leurs suggestions constructives nous ont été des plus utiles et les lecteurs en profiteront très largement.
- mais aussi et surtout, Dolfie Jacoby-Fischbach qui a donné de son meilleur, bien au-delà de ses attributions formelles, pour mettre en page les données et contribuer avec engagement à la rédaction de ce document, ainsi que mes proches pour leur compréhension et leur soutien moral tout au long de la réalisation de ce travail.

*Que tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail soient sincèrement remerciés.*

**Roger Consbruck**  
Service Hôpitaux  
Ministère de la Santé

# Chapitre 1

## Le contexte du système de santé grand-ducal

1) Définitions, valeurs* et axiomes* de base	p. 8 - 11
2) Système de santé et politique de santé au GDL	p. 12 -17

### Portée, limites, avertissements

#### Remarques préliminaires:

La carte sanitaire, en dépit de son nom, n'a d'après le législateur pas vocation d'être la photographie du système de santé qui est le cadre de l'ensemble des actions pour la santé, mais de « zoomer » le système secteur hospitalier.

En effet, au sein du système de médecine libérale ancestral et caractéristique pour le Grand-duché, le législateur a érigé depuis les années 70 le système hospitalier comme secteur planifié pour garantir un service public d'accessibilité permanente et de relais pour les actions en amont et en aval.

Le secteur hospitalier qui fonctionne en permanence en fonction de la demande concentre les moyens les plus lourds pour lutter contre les maladies les plus graves et pour compenser les insuffisances ou déficiences du secteur non planifié en amont. Il est devenu ainsi la véritable colonne dorsale de notre système de lutte contre la maladie et, forcément aussi le secteur qui pèse le plus dans les dépenses de santé.

Le rôle de la carte sanitaire est donc en premier lieu de fournir les données pour planifier au mieux ce secteur, car sa planification est l'outil stratégique pour que les hôpitaux puissent remplir leurs missions de la façon la plus pertinente et la plus efficiente.

Mais comme le système hospitalier est le noyau de notre système de lutte contre la maladie, on ne peut pas le concevoir sans considérer l'ensemble du système de santé et les valeurs et fondements à sa base.

En effet, comme le système de lutte contre la maladie est un sous-ensemble du système de santé, et le secteur hospitalier un sous-ensemble du premier, la théorie de sa planification ne peut se concevoir dès lors qu'à partir de mêmes valeurs fondamentales et des mêmes axiomes que ceux à la base des autres actions dans le cadre du système de santé.

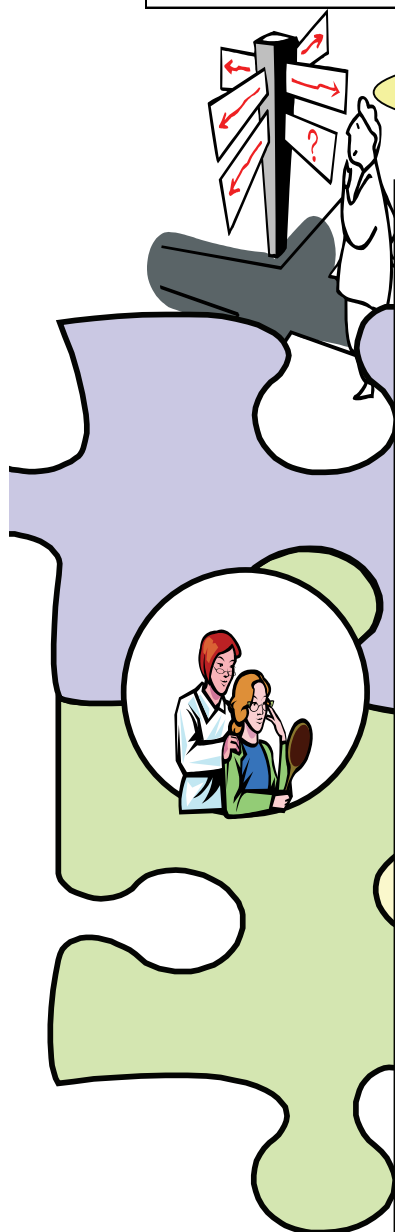
Par ailleurs, la déclaration gouvernementale d'août 2004 ne fait que confirmer cette thèse :

« Afin de garantir à la population un système de santé de qualité, le Gouvernement s'attachera à répondre aux besoins constatés dans le cadre d'une stratégie intégrant les différents prestataires de soins de santé, les aspects de la médecine curative et de la médecine préventive, les soins ambulatoires et les structures hospitalières. L'exploitation et l'analyse des données statistiques de la santé permettra de développer un programme national de recherche et d'action afin d'optimiser les investissements, de mettre en place des filières de soins de santé et d'évaluer systématiquement les services de santé. »

En ce sens, la carte sanitaire à travers les résultats des données analysées et comparées, devrait permettre de situer non seulement la performance de nos hôpitaux, mais aussi l'efficacité et la pertinence de l'organisation et de l'efficience de notre système de santé et d'en déduire des pistes pour son amélioration.

« *La théorie sans la pratique est impuissante, mais la pratique sans la théorie est aveugle.* »

BERGSON





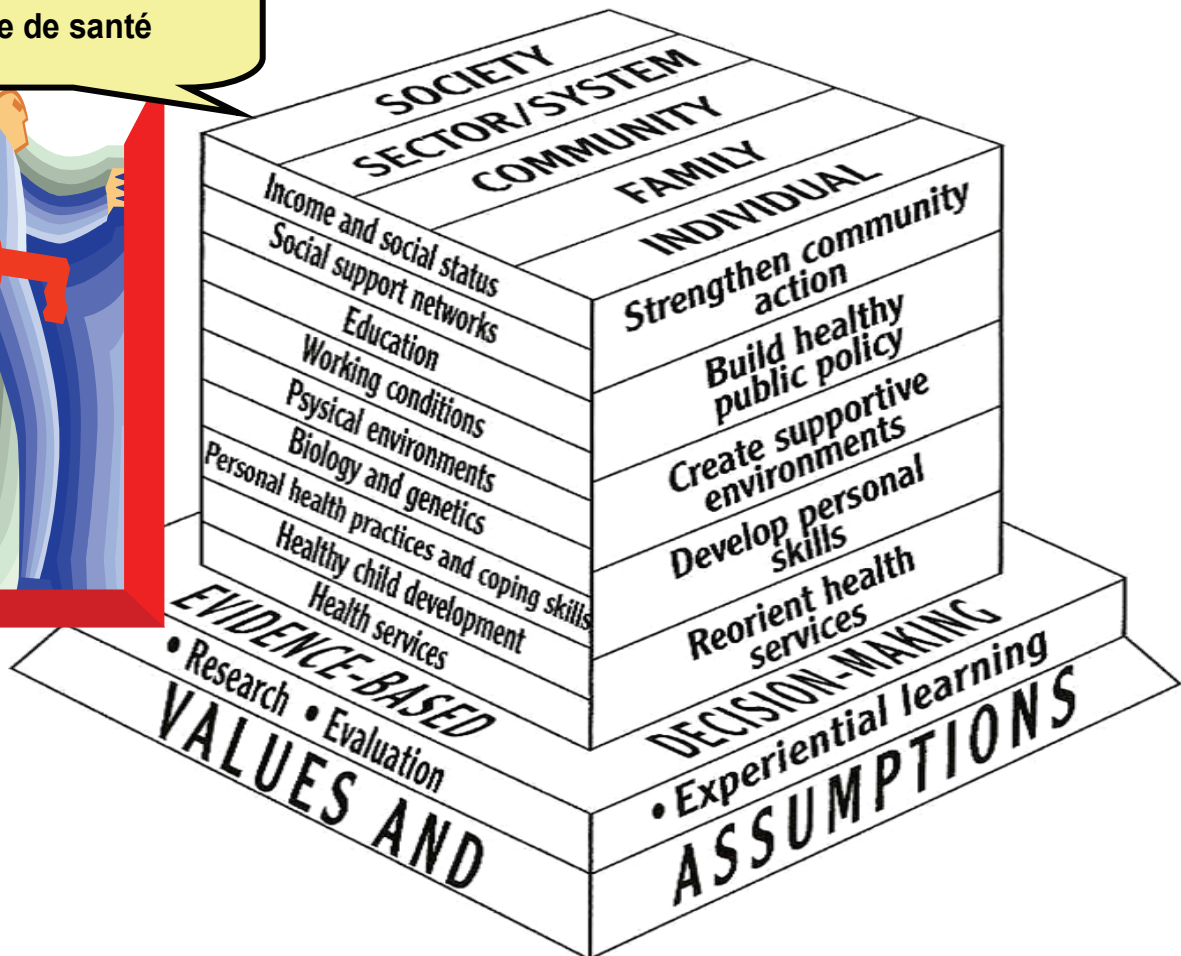
# CARTE SANITAIRE 2005 : Chapitre 1

Santé et système de santé : Définitions et contexte

Définition

Health is a state of complete physical mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity  
WHO; Constitution 1946

Aspects contextuels de la politique de santé



Source: Frankish, J. et al. *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy. A report submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada* (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthpromotiondevelopment/pube/impact/impact.htm>). Ottawa, Health Canada, 1996 (accessed 21 February 2001). © Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.

## VALEURS (Fondements éthiques)

**BENEFICE** ; Obligation de bénéfices à l'égard de risques réels et de plus-values par rapport à l'abstinence d'action ;  
**d'abord NE PAS NUIRE** ;  
**Respect de l' AUTONOMIE** ; obligation de respecter la liberté de décision du bénéficiaire et de recueillir son consentement éclairé ;  
**JUSTICE** ; obligation d'équité, de solidarité et d'efficience ;

d'après "Principles of Healthcare" G. Ranaan  
ISBN: O 471 93 033 4

## Axiomes pour les actions de santé

- Utile, valide, pertinent/ problème identifié ; à valeur ajoutée mesurable,
- Accessible, équitable & pérenne,
- Epruvé (acquis de la science, evidence based) & à risques assurables,
- Efficace, fiable & acceptable,
- Faisable, gérable & finançable,
- Centré sur le devenir du patient et à résultats mesurables et comparables,
- démarche scientifique & d'amélioration continue.

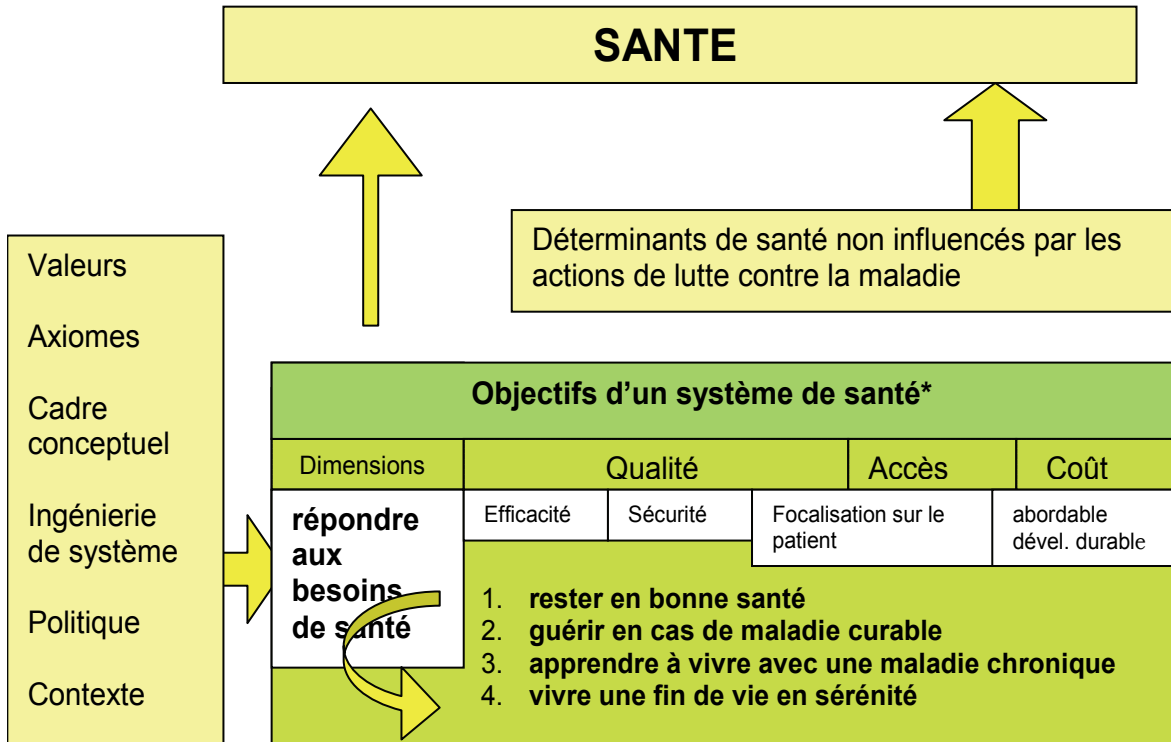
inspiré par HEALTH-CARE PERFORMANCE frame OECD

Decisions regarding the allocation of limited medical resources among patients should consider only ethically appropriate criteria relating to medical need.

These criteria include the likelihood of benefit, urgency of need, change in quality of life, duration of benefit and, in some cases, the amount of resources required for successful treatment

American Medical Association, Code of medical Ethics, ISBN 0-89970-6231

**Du système de santé  
Objectifs, Cadre conceptuel et critères  
d'évaluation\***



**Critères d'appréciation d'un système de santé**

Dimensions	OMS	U.E.	U.K.	Canada	U.S.A.	Australia	Common Wealth Found
Acceptabilité				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Accessibilité			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Compétence			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Continuité				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Développement durable			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Efficience	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Équité	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientation Patient	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
« Timeliness »			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

\* Par système de santé, on entend l'ensemble des actions de santé dont le but est d'influencer l'état de santé d'un individu ou de la collectivité. Les schémas ci-dessus sont adaptés à partir de la référence: OECD Health-working papers n°23;

Delsa/HEA/WD/HWP(2006/3) –march 2006; [http://www.oecd/data/oecd-\(1/34/36262514\).pdf](http://www.oecd/data/oecd-(1/34/36262514).pdf)

## « L'amélioration de la santé passe par bien des voies »

*Dans le secteur de la santé, les objectifs fixés peuvent être atteints par divers moyens, qui ne s'excluent pas mutuellement:*

- *différentes formes de prévention, ce qui peut impliquer un choix entre diverses interventions biomédicales;*
- *changements de comportement ou élimination d'un vecteur de maladie;*
- *guérison avec les moyens thérapeutiques existants;*
- *recherche d'une meilleure méthode de prévention, de diagnostic ou de traitement;*

*Pour obtenir des résultats durables dans la prise en charge et l'endiguement de la plupart des maladies, il faut adopter une stratégie associant prévention, diagnostic et traitement, ainsi qu'une action de promotion de la santé et d'éducation sanitaire.*

*En théorie, les incitations destinées à promouvoir l'innovation, notamment le financement de la recherche-développement (R&D), doivent mettre en balance l'opportunité d'une intensification de la R&D, qui serait le moyen le plus approprié et le plus rationnel d'obtenir des résultats sanitaires donnés (par exemple parce qu'il n'existe pas de traitements satisfaisants) et la nécessité d'investir davantage dans des systèmes de prévention ou de prestations (par exemple là où il existe des vaccins et des traitements efficaces, qui ne sont toutefois pas largement utilisés par ceux qui en ont besoin). Il faut par exemple trouver le juste équilibre entre traitement et prévention en ce qui concerne le VIH et le SIDA.*

*Le fait est que les résultats obtenus en santé dépendent d'une multitude de facteurs qui ne relèvent pas tous du secteur de la santé.*

*Dans les pays aujourd'hui développés, l'augmentation de l'espérance de vie a été attribuée à toute une série de facteurs: croissance économique et relèvement du niveau de vie; répartition plus juste des revenus; amélioration de la nutrition; amélioration de l'éducation, de la salubrité et des conditions de logement; enfin, adoption de mesures de santé publique et mise au point de médicaments.*

*Bien qu'il soit dans nos attributions de nous intéresser surtout à la disponibilité et à l'accessibilité financière de différents types d'interventions médicales, nous devons garder à l'esprit le fait que l'amélioration de la santé dépend aussi pour beaucoup de l'amélioration des autres déterminants de la santé et que, si l'on ne s'en préoccupe pas, les interventions médicales n'auront qu'un impact limité. »*

Citation de : Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle

Rapport de la commission sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique, OMS, avril 2006

« La santé: un bien ou un droit ?

« La santé: bien public mondial ou big business ? »

« La santé occupe désormais une place prépondérante et semble être devenue une véritable obsession. La médicalisation à outrance à laquelle nous assistons aujourd'hui témoigne peut-être d'une incompréhension partielle de ce qu'est la Santé » C. Halpern des Sciences humaines Hors Série No. 48

« L'obsession de la santé pérenne pour occulter la peur de la mort ? »

Voir aussi:

I. Illitch: « L'obsession de la santé parfaite, Le Monde diplomatique » mars 1999

L. Sfez: « La santé parfaite: critique d'une nouvelle utopie » 1977

# Le système de santé grand-ducal (1)

Schéma

## Tutelles, Caractéristiques, Missions

Chambre des Députés

Gouvernement

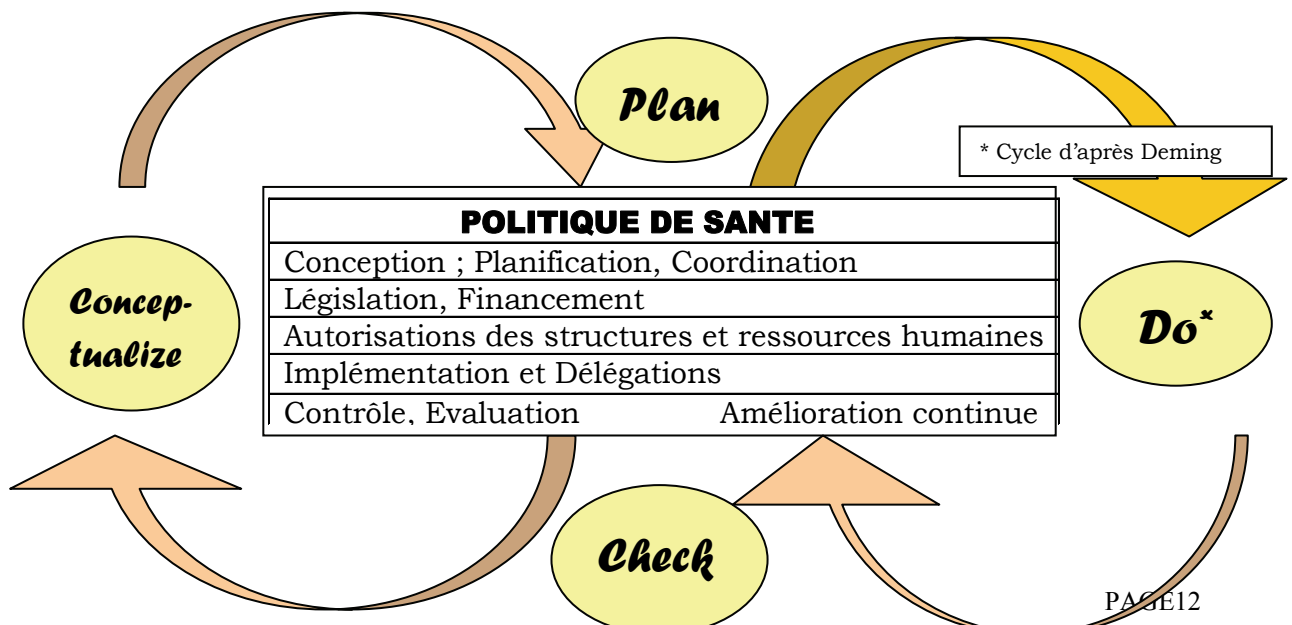
SANTE	Conception du système de santé et de lutte contre la maladie ; politique, législation et coordination
SECURITE SOCIALE	Assurances maladie et dépendance et autres branches de la sécurité sociale
AGRICULTURE	Chaîne alimentaire, environnement, forestier
ENVIRONNEMENT	Air, lutte contre les pollutions
EDUCATION NAT.	Formation professionnels de santé
FAMILLE	Solidarité sociale, Intégration, 3 <sup>ème</sup> âge
INTERIEUR	Services de secours pré-hospitaliers
BUDGET	Participation financière de l'Etat

Il s'agit en somme d'une politique de santé intégrée sous l'autorité du Gouvernement et coordonnée par les Ministères de la Santé et de la Sécurité Sociale

Quelques caractéristiques du **système luxembourgeois** en toile de fond :  
une histoire **séculaire de médecine libérale** et **d'engagement congréganiste** qui vient de s'épuiser dans le domaine hospitalier ;

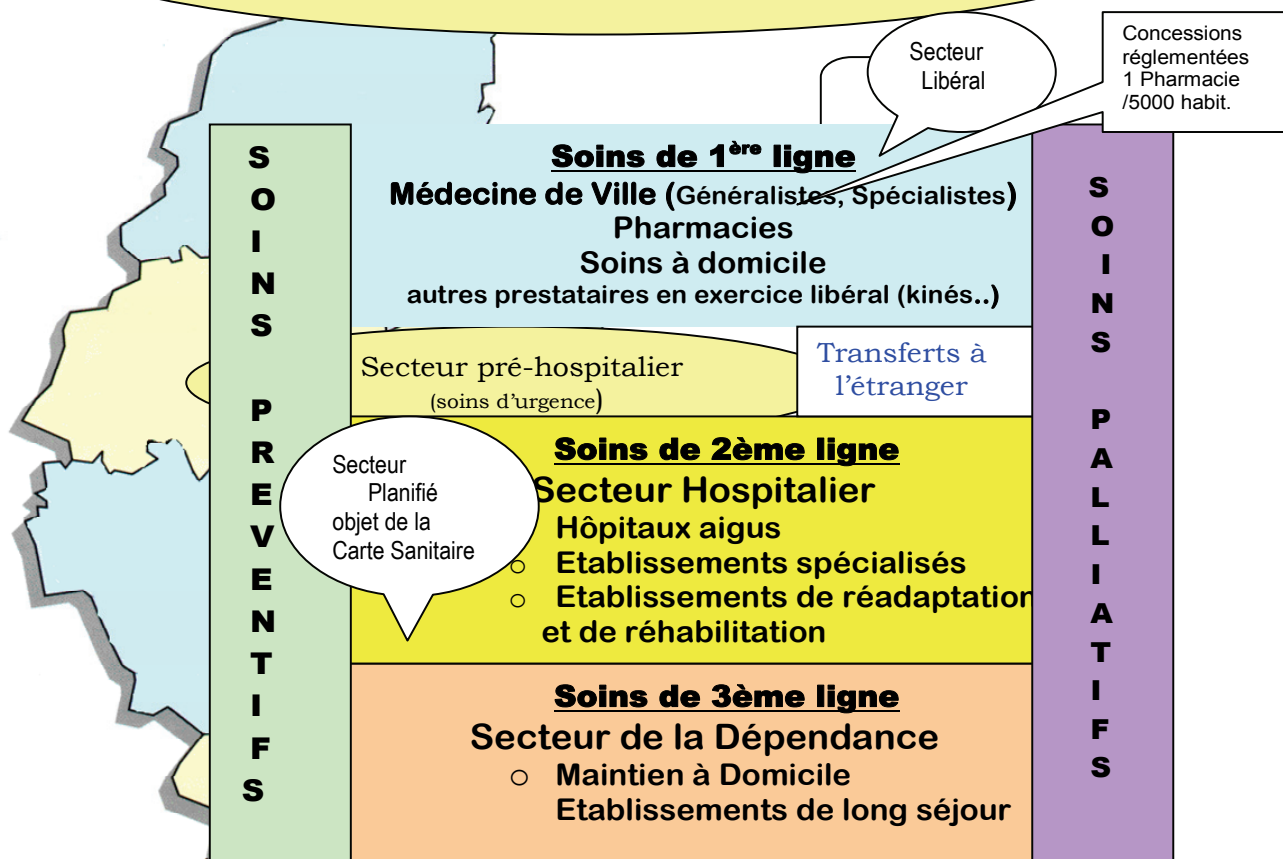
- un **tissu d'assurances sociales en évolution constante**, obligé d'être en équilibre budgétaire, soucieux de solidarité, d'accessibilité, d'équité... ;
- le **conventionnement obligatoire des prestataires**, qui doivent être autorisés à exercer et relèvent de législations sur l'exercice (personnes physiques) ou de domaine (établissements hospitaliers resp. ASFT) ;
- le **libre choix du prestataire** (physique ou moral) de la part du patient ;
- l'**accès direct au médecin spécialiste** ;
- le **médecin, initiateur des prestations** et des prises en charge par autrui ;
- les **droits des patients entérinés par voie légale** ;
- l'**autonomie tarifaire** des partenaires en présence ...

### Missions spécifiques des Ministères et Administrations de la SANTE



## Le système de santé grand-ducal (2)

Structures et caractéristiques  
Schéma



### Quelques caractéristiques

2004	Acteurs/ Nombre	Bases de l'exercice	C-R Activités / Surveillance	Continuité des soins et Service d'urgence
<b>1<sup>ère</sup> ligne</b> <b>Médecine de Ville</b>	<b>6300 prestataires de soins ambulatoires</b> dont : 318 Méd. Généralistes 792 Méd. Spécialistes 84 Pharmacies	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autorisations d'exercer</li> <li>○ Lois exercice prof.</li> <li>○ Conventions</li> <li>○ Déontologie</li> <li>○ Limit. Equipements</li> </ul>	Pas de rapport des activités <i>Direction de la Santé (DMC)</i> <i>Contrôle médical</i>	Service de remplacement volontaire resp. service de garde/ remplacement de nuit
<b>2<sup>ème</sup> ligne</b> <b>Secteur Hospitalier</b>	<b>7133 collaborateurs hospitaliers dans</b> 2 Hôpitaux locaux 7 Hôpitaux généraux 4 Et. nationaux 1 Et. spécialisé 1 Et. de convalescen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Légis. hospitalière</li> <li>○ Légis. service d'urgence</li> <li>○ Plan hospitalier</li> <li>○ Légis. financement</li> <li>○ Budgétisation</li> <li>○ Normes</li> </ul>	Connaissance par <b>carte sanitaire</b> + rapp. IGSS / <i>Direction de la Santé (DMC)</i> <i>Contrôle médical</i>	Service d'urgence des hôpitaux
<b>3<sup>ème</sup> ligne</b> <b>Secteur social et de la Dépendance</b>	<b>4103 collaborateurs</b> 2 Réseaux de maintien à domicile xx Etablissements de long séjour x Services spéciaux de médecine sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Légis. Assurance Dépendance</li> <li>○ Légis. ASFT</li> <li>○ Agréments</li> <li>○ Conventions</li> </ul>	Rapport Ass.Dép. ( cf, rapp. IGSS )  <i>Ministère de la Famille et Direction de la Santé</i>	
<b>Médecine préventive et sociale</b>	Direction de la Santé & sous-traitants conventionnés	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lois spécifiques</li> <li>○ Conventions (c.f UCM programme mammographie)</li> </ul>	Rapport d'activité du Ministère de la Santé	

# Programme sur 15 ans de **politique de santé\*** et de **sécurité sociale**

(Extraits des déclarations gouvernementales depuis 1989)

**2004**

## **Santé**

Afin de garantir à la population un système de santé de qualité, le Gouvernement s'attachera à répondre aux besoins constatés dans le cadre d'une stratégie intégrant les différents prestataires de soins de santé, les aspects de la médecine curative et de la médecine préventive, les soins ambulatoires et les structures hospitalières. L'exploitation et l'analyse des données statistiques de la santé permettra de développer un programme national de recherche et d'action afin d'optimiser les investissements, de mettre en place des filières de soins de santé et d'évaluer systématiquement les services de santé. L'organisation et les structures de la Direction de la Santé seront revues dans cette optique.

## **Médecine préventive**

Le Gouvernement s'emploiera à développer, par le biais d'une loi cadre, les programmes de médecine préventive dans une approche multidisciplinaire, englobant les aspects de santé physique, psychique et sociale.

L'analyse des principales causes de morbidité et de mortalité comportera le développement, en dehors des programmes de médecine préventive existants, de nouveaux programmes de prévention.

## **Maladies et dépendance**

Les efforts entamés en matière de prévention de drogues doivent être poursuivis par le biais de campagnes de sensibilisation, surtout à l'école. De telles campagnes seront également organisées pour les autres maladies de dépendance (alcool, médicaments, tabac).

Des structures d'accueil pour toxicomanes, ainsi que des structures post-thérapeutiques seront créées et le nombre de places de thérapie sera augmenté. Les différentes initiatives dans ce domaine seront soutenues.

Le Gouvernement déposera un projet de loi visant à améliorer la protection des non-fumeurs. Des consultations « anti-tabac » spécialisées seront offertes.

## **Professions de santé**

L'accès à un médecin généraliste à proximité du lieu de résidence devra être assuré; le cas échéant, le Gouvernement favorisera l'implantation de médecins généralistes dans les régions qui en sont dépourvues. Le projet pilote pour le service d'urgence des médecins généralistes sera étendu, afin de couvrir les dimanches et jours fériés.

De même le Gouvernement poursuivra l'extension du réseau de pharmacies en vue d'assurer une présence régionale et décentralisée.

Une formation professionnelle continue sera exigée des professionnels de santé en général et des médecins en particulier.

## **Les établissements hospitaliers**

Sur base du plan hospitalier et de la carte sanitaire, le programme de modernisation des infrastructures hospitalières sera poursuivi dans un esprit de complémentarité et en évitant des situations de double emploi.

Le cadre des investissements et développements hospitaliers sera tracé par les principes suivants:

- les synergies et leur développement,
- une planification pluriannuelle à mettre en place en tenant compte notamment des besoins de la population et des lois de financement déjà votées,
- la nécessité d'une décision gouvernementale pour tout nouveau projet.

## 2004—suite

Le dispositif réglementaire définissant des normes (ressources humaines, équipements, procédures) pour les différents services hospitaliers sera adapté. Ces normes devront faire l'objet d'un contrôle de qualité suivi.

L'Etat tâchera d'encourager, aussi d'un point de vue financier, les synergies, reconversions et fusions.

La collaboration hospitalière dans la Grande Région sera encouragée.

### **La psychiatrie**

La décentralisation de la psychiatrie sera poursuivie.

### **Soins palliatifs**

Le projet de loi 5303 relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie, fera l'objet d'un réexamen à la lumière des avis du Conseil d'Etat et des autres organismes consultés ainsi que de l'évolution du dossier sur le plan international et notamment en France.

### **Sécurité sociale**

Destiné à prémunir l'ensemble de la population résidente contre les aléas de la vie, notre système de sécurité sociale constitue un élément indispensable pour soutenir la cohésion sociale. Aussi, s'impose-t-il d'assurer par une gestion responsable l'équilibre financier à moyen et à long terme des différentes branches des assurances sociales.

### **Assurance maladie—maternité**

Le Gouvernement conçoit toutefois, qu'il lui incombe de maintenir en tout état de cause la cohérence de notre système d'assurance maladie, qui sans préjudice des adaptations qui pourraient s'indiquer, doit permettre à la population d'accéder aux soins nécessaires en raison de l'état de santé des personnes protégées. Dès lors le Gouvernement n'exclut pas a priori ni une adaptation des ressources financières, qui doivent cependant s'inscrire dans le contexte économique général, ni des ajustements du niveau de remboursement, qui doivent cependant rester compatibles avec les ressources financières des ménages.

Le Gouvernement soutient que le conventionnement obligatoire permet à chacun l'accès à des soins de qualité. Dès lors le conventionnement obligatoire doit rester le cadre des relations de l'assurance maladie avec les différents groupes de prestataires. C'est dans ce cadre que des profils de prestations doivent être établis, permettant d'éviter des dérives du système tant du côté des prestataires, que du côté des bénéficiaires des soins de santé. Le rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la maîtrise des coûts doit être valorisé.

La prise en charge des soins hospitaliers constitue la part la plus importante des dépenses de l'assurance maladie. Celle-ci doit dès lors être associée dès la phase de conception aux investissements hospitaliers comportant pour elle des charges supplémentaires. En dehors des budgets hospitaliers, la prise en charge des prestations hospitalières moyennant des forfaits, établis par groupes de malades présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources hospitalières devrait être évaluée.

Le rôle des caisses de maladie dans la médecine préventive qui se reflète dans leur participation aux différents programmes doit être renforcé, notamment en cas de revalidation des personnes âgées. Le Gouvernement soutient les projets de mise en place de dossiers médicaux personnalisés et de filières de soins de santé. «

## Politique de Santé\* (suite)

Déclarations de Gouvernement antérieures résumées\* et bilan succinct des réalisations au sein du secteur hospitalier \*(Service Hôpitaux, Ministère de la Santé)

### 1999

#### Plan préventif:

- dépistage et intervention précoce (écoles, travail)
- sensibilisation et éducation sanitaire (H.I.V., cancers, M.C.V.)

#### Médecine sociale:

- décentralisation de la psychiatrie (rapport Haeffner (1993) et 1ère plateforme de psychiatrie)

#### Médecine curative:

##### HOPITAUX

- modernisation des infrastructures via programme cadre (loi du 31 juillet 1990 ayant comme objet de garantir des prestations hospitalières conformes aux besoins du pays et plan pluriannuel d'investissement dans les infrastructures hospitalières (93))
- assainissement financier (étude SEMA (de 89 à 92) loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurances maladie (nouveau mode de financement des hôpitaux) et (plan hospitalier national (R.G. du 30 mai 1994) )
- différenciation des tarifs
- traitement égalitaire des structures publiques et privées
- intégration de l'hélicoptère de sauvetage dans service d'urgence

#### Professions de santé:

- rendre les professions de santé plus attractives (loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé)
- veiller à l'équilibre médical

#### Ethique:

« Dans le domaine de la santé, la dimension la plus importante reste le souci de traiter nos malades de façon humaine et digne »

### 1994

« Le Gouvernement entend d'abord mener à bien les initiatives prises au cours de la législation précédente et il concrétisera les projets actuellement encore sous étude »

#### Secteur hospitalier:

- projets de modernisation 17 milliards secteur aigu, 5 milliards maisons de soins (loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et loi du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers)
- mise en pratique de la réforme de la psychiatrie (voir rapport du groupe de travail ad hoc au Ministère avec proposition du plan d'action)
- services de soins à domicile (étendus et complétés)
- traitement prioritaire du L.N.S

#### Personnel soignant:

- intégration des formations paramédicales à l'Education Nationale
- règlements d'exécution de la loi de 1992
- appel à l'auto-responsabilité du corps soignant
- étude sur les médecines dites « douces »

#### Santé publique:

- stratégie « Santé pour Tous »
- médecine du travail et d'environnement
- lutte contre H.I.V. et TOXICOMANIES
- médecine palliative (réaction de la 1ère unité de soins palliatifs)



**Médecine curative:****Hôpitaux:**

- volonté de réorganisation du secteur hospitalier en mettant l'accent sur la satisfaction plus efficiente des besoins à cerner plus objectivement et sur une plus grande collaboration des hôpitaux entre eux (plan hospitalier (RG du 18.04.2001); concrétisation, voir synergies et rapport au Ministère sur les services hospitaliers (2006) )
- moratoire pour la rénovation des infrastructures jusqu'à reformulation du plan hospitalier avec réduction des lits aigus  
(amendements successifs de la loi de financement du 21 juin 1999 sur les établissements hospitaliers)
- évaluation qualitative des services et élaboration de profils des prestataires et usagers

**Médecine palliative:**

- élargissement de l'offre tant en milieu hospitalier qu'extra hospitalier  
(voir plan hospitalier, généralisation des structures de soins palliatifs dans les hôpitaux généraux)
- interdiction de l'euthanasie « active » mais aussi de l'acharnement thérapeutique  
(voir projet de loi)

**Médecine alternative:**

- reconnaissance de certaines formes de médecines alternatives

**Pharmacies:**

- augmentation du nombre de pharmacies (1 pharmacie par 5000 habitants en fonction de la géodémographie); autorisation de mise sur le marché de la pilule abortive sous des conditions restrictives

**Laboratoire national de Santé:**

- reconstruction et réorganisation de ses missions (établissement de référence) notamment par l'intégration des laboratoires de l'environnement et vétérinaires

**Médecine préventive:**

- évaluation des programmes en cours, meilleure transparence et implication des concernés (not. des parents dans le cadre de la médecine scolaire)
- mise en place de nouveaux programmes afin de permettre une réduction des coûts à charge de l'assurance maladie

**Drogues:**

- intégration dans le département de la Santé pour une politique plus intégrée et qui repose sur les 4 piliers: prévention, thérapie, réduction des risques, répression
- développement des programmes de substitution, augmentation des places de thérapie et encouragement de thérapies à l'étranger, pas de dépénalisations en la matière;

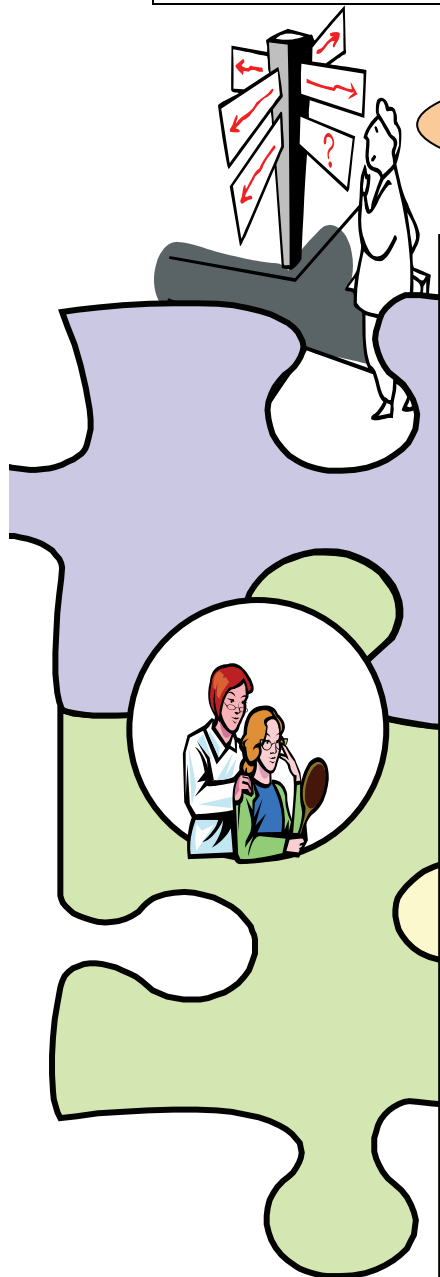
**Personnels de santé;**

- introduction respectivement renforcement de la formation continue

## CARTE SANITAIRE 2005 : Chapitre 2

### Du cercle des demandeurs de soins

Evolution de la démographie	p. 18
Population résidente, protégée et par régions	p. 19 - 23



### Portée, limites et avertissements

Le présent chapitre traite de l'évolution et de la projection de la population qui influencera le volume de la demande en soins de santé.

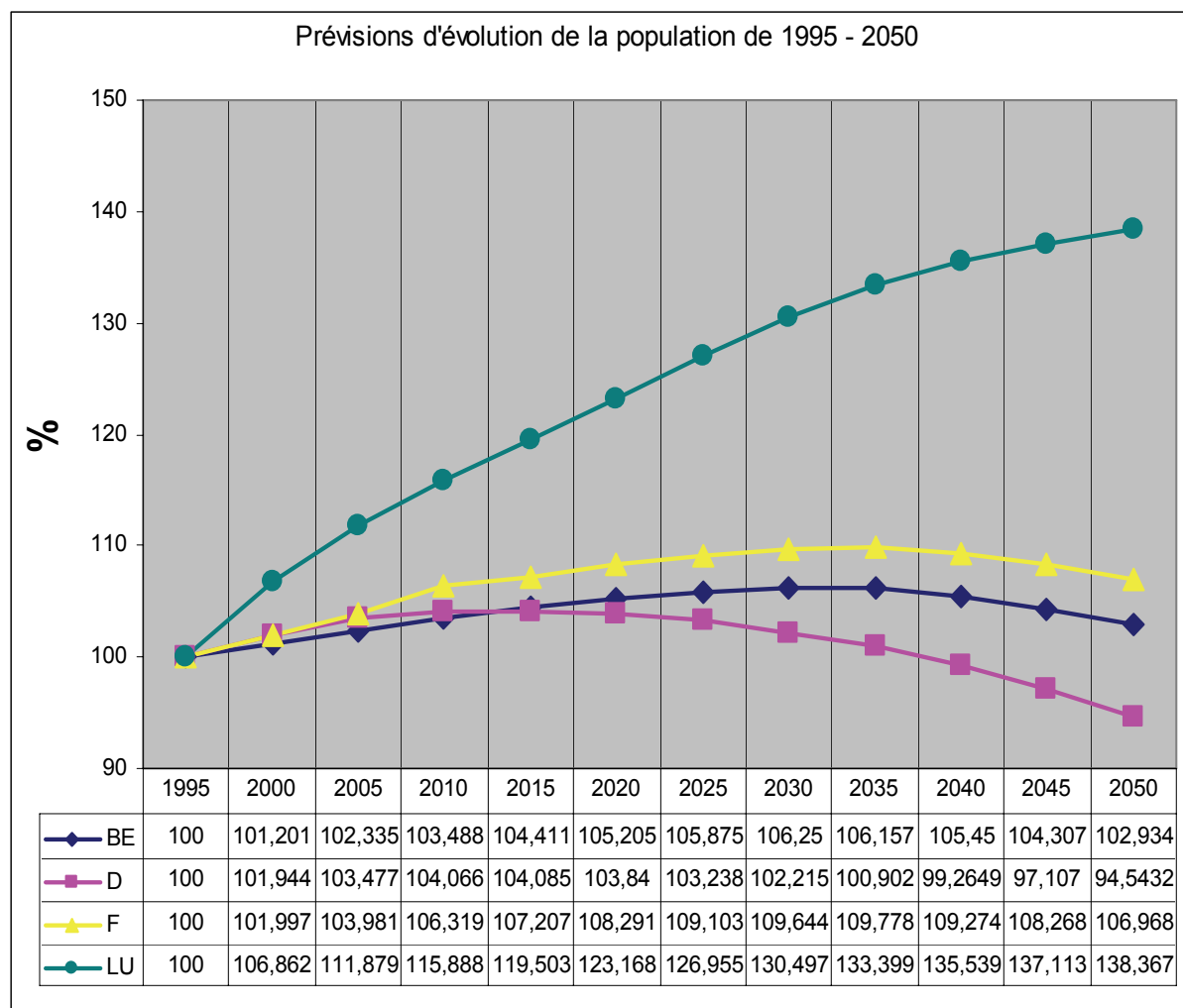
Nous sommes parfaitement conscients – d'ailleurs l'évolution de ces dernières années le démontre - : dans un système d'assurance à faible participation par rapport aux tarifs de l'assurance-maladie, la demande de consommation en soins peut s'accroître plus vite que l'accroissement de la population et ceci pour différentes raisons telles que :

- les croyances dans le pouvoir de la médecine, l'information, l'influence des médias sur la fréquence, l'intensité et les modes de consommation de soins par les assurés (ex. glorification du progrès voire la mode),
- le marketing fait par tous ceux qui vivent des retombées des prestations de santé dont notamment aussi les firmes commerciales (pharmaceutiques),
- l'ampleur, l'accessibilité, l'« alléance » de l'offre des prestataires,
- le comportement et l'attitude (dans un système de rétribution à l'acte) des prescripteurs, clefs d'accès aux prestations prises en charge par l'assurance maladie,
- les impondérables tels que une pandémie de grippe, des nouveautés médicales, illustrées à l'exemple de la résonance magnétique, (voir page 104),
- le système de financement et ses incitants (connus ou méconnus) tant à l'égard des demandeurs que des prestataires,
- l'absence ou la présence de contrôles et de corrections,
- les valeurs sociétales et la compliance aux valeurs professionnelles et scientifiques (evidence-based medicine, utilité bénéfique), à la déontologie, aux contrats, à la législation..
- etc..

Faute d'instruments pour évaluer la pondération (par ailleurs variable dans le temps) de ces influents interactifs, nous nous limiterons ici à l'évolution démographique, quitte à revenir à certains aspects précités au chapitre dédié aux réflexions et aux propositions.

## Démographie\* : constats et prévisions

Constats:	En 1995: (x 1000)	En 2000: (x 1000)
Belgique	10130,6 hab = 100%	10239,1 hab = 101,2%
Allemagne	81538,6 hab = 100%	82163,5 hab = 101,9%
France	57752,5 hab = 100%	58796,5 hab = 102%
Luxembourg	406,6 hab = 100%	433,6 hab = 106,9%



Source: Eurostat, base de données New Cronos (démographie)

### Commentaire:

Au 1er janvier 2004, le Luxembourg comptait 451.600 résidents.

Selon l'OECD, la population au GDL s'est accrue de 43% entre 1960 et 2003. Il s'agit d'un taux d'accroissement inférieur à celui de l'Allemagne (49%), mais supérieur à celui de la France (31%) et à la Belgique (13%). Toutefois les projections, notamment du STATEC, prévoient un accroissement de la démographie bien plus important que chez nos voisins.

## Evolution de la population protégée résidente\*

Année	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	Variation annuelle en %	Nombre	Variation annuelle en %	Nombre	Variation annuelle en %
1993	186 471		193 423		379 894	
1994	188 900	1,3	196 013	1,3	384 913	1,3
1995	190 350	0,8	197 550	0,8	387 900	0,8
1996	193 000	1,4	200 100	1,3	393 100	1,3
1997	195 950	1,5	202 550	1,2	398 500	1,4
1998	199 050	1,6	204 950	1,2	404 000	1,4
1999	202 780	1,9	207 920	1,4	410 700	1,7
2000	206 900	2,0	211 300	1,6	418 200	1,8
2001	210 000	1,5	214 000	1,3	424 000	1,4
2002	212 400	1,1	216 000	0,9	428 400	1,0
2003	215 100	1,3	218 300	1,1	433 400	1,2
2004	218 500	1,6	221 100	1,3	439 600	1,4
2005	221 500	1,4	223 300	1,0	444 800	1,2
Variation annuelle		1,5		1,2		1,4

Le tableau ci-avant se limite volontairement à l'analyse de la population protégée résidente. S'il est vrai que les ayants droit non résidents représentent actuellement plus d'un tiers de la population protégée totale, il faut constater qu'ils ont une influence très faible sur la demande de soins au Luxembourg.

La présente série statistique débute en 1993. L'agencement des fichiers de la sécurité sociale ne permettait pas de faire la distinction entre population protégée résidente et non-résidente avant cette date. Des statistiques dans ce sens étaient établies uniquement pour les assurés actifs (cotisants) et ne comprenaient ni les pensionnés, ni les membres de famille.

Les données ci-après concernent les personnes protégées résidentes couvertes par le régime général d'assurance maladie (+/- 97% de la population totale résidente). Sont exclues les personnes couvertes par un autre régime d'assurance maladie en fonction de leur statut (fonctionnaires relevant d'organismes internationaux), ou les personnes non couvertes par une assurance obligatoire ou facultative.

Source: IGSS; MS août 2006

## Structure d'âge de la population protégée résidente au 31.12

Groupe d'âge	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	Nombres absolus									
0-19	88 033	93 424	97 648	101 788	104 022	104 899	105 753	106 305	108 030	108 979
20-39	123 854	124 488	125 222	127 310	128 449	128 729	128 731	125 535	128 634	127 713
40-59	94 266	97 173	101 474	106 135	108 866	112 032	114 773	116 030	121 627	125 568
60-79	61 272	61 620	63 498	65 531	66 023	66 436	67 183	67 660	68 337	68 715
>=80	12 469	12 817	12 432	12 212	12 628	12 990	13 379	13 661	14 238	14 727
<b>Total</b>	<b>379 894</b>	<b>389 522</b>	<b>400 274</b>	<b>412 976</b>	<b>419 988</b>	<b>425 086</b>	<b>429 819</b>	<b>434 191</b>	<b>440 866</b>	<b>445 702</b>
	en % du Total									
0-19	23,2	24,0	24,4	24,6	24,8	24,7	24,6	24,5	24,5	24,5
20-39	32,6	32,0	31,3	30,8	30,6	30,3	30,0	29,6	29,2	28,7
40-59	24,8	24,9	25,4	25,7	25,9	26,4	26,7	27,2	27,6	28,2
60-79	16,1	15,6	15,9	15,9	15,7	15,6	15,6	15,6	15,5	15,4
>=80	3,3	3,3	3,1	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1	3,2	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A noter que la différence entre la population protégée résidente (451.600 - voir page 19) et la population résidente protégée (434.200) est essentiellement due aux fonctionnaires européens, couverts par un autre régime d'assurance. Toutefois la population protégée par l'assurance maladie est supérieure à la population résidente puisqu'elle couvre aussi les quelques 115.000 travailleurs frontaliers et leurs co-assurés éventuels. Toutefois faibles consommateurs de soins au GDL. (voir aussi InSight SantéSécu no. 1/2006).

En analysant la structure de la population protégée résidente, on constate une remarquable constance de la répartition par tranche d'âge pour les tranches d'âge au-dessus de 60 ans. Suite à une diminution de l'âge moyen jusqu'en 2000, on assiste à une lente remontée de celui-ci pour atteindre 38,35 années en 2003. Cette augmentation de l'âge moyen résulte d'une progression du groupe d'âge de 40 à 59 ans au dépens du groupe d'âge de 20 à 39 ans.

Le phénomène de vieillissement de la population protégée résidente au cours de la période d'observation reste donc négligeable.

## Taux de dépendance des personnes âgées résidentes: 1995 à 2050

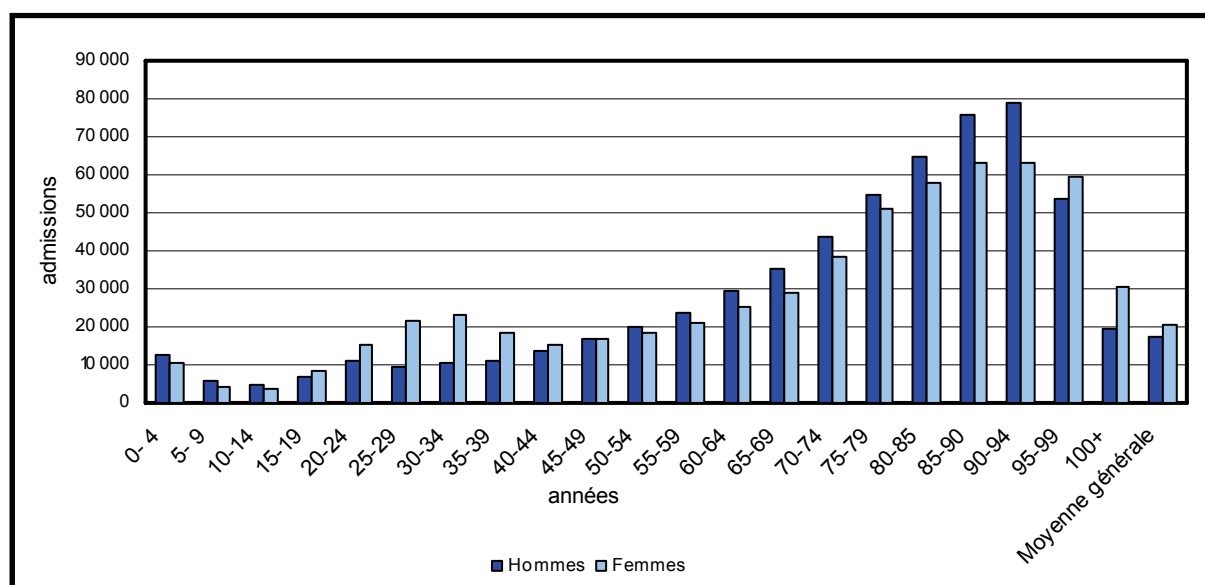
### Définition:

Cet indicateur représente le ratio entre le nombre total de personnes âgées ( $\geq 65$  ans et économiquement inactif) et le nombre de personnes en âge de travailler (gén.  $\geq 15$ -  $\leq 64$ ).

	1995	2000	2010	2020	2050
EU (15 pays)	23,0	24,1	27,0	31,7	47,2
Belgique	23,8	25,4	26,9	32,6	43,5
Allemagne	22,5	23,3	29,2	31,9	46,8
France	22,9	24,3	25,5	32,6	46,4
<b>Luxembourg</b>	<b>20,6</b>	<b>21,5</b>	<b>23,5</b>	<b>27,9</b>	<b>37,8</b>
Pays-Bas	19,3	20,1	22,5	29,8	40,7
Portugal	21,4	22,5	24,3	27,3	44,0

Source: EUROSTAT

## GDL: Admissions aux hôpitaux selon l'âge\* en 2003



Source: IGSS Rapport sur la situation de l'assurance maladie du 04 octobre 2004

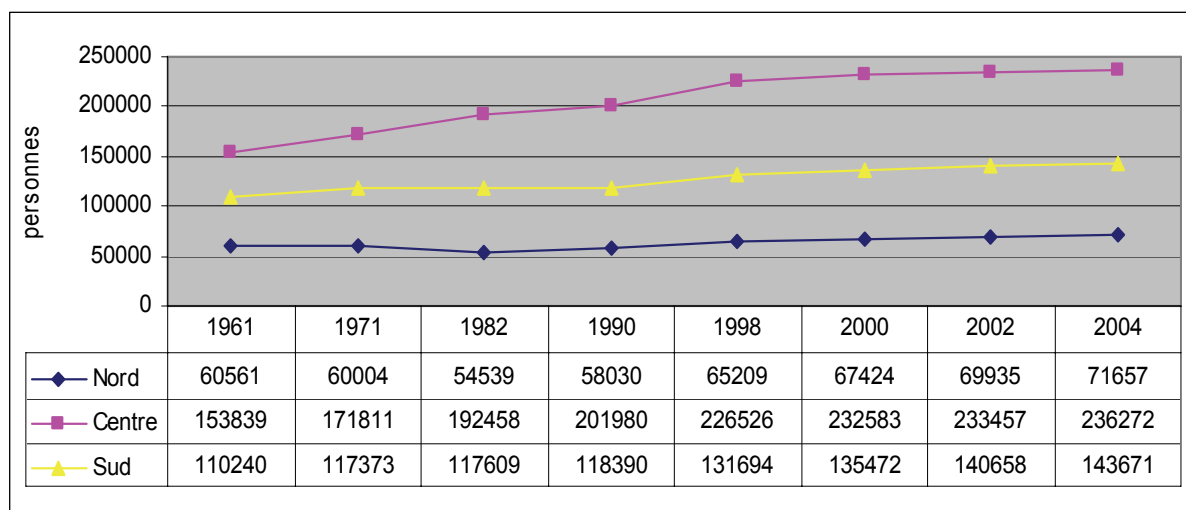
### Commentaires:

- Entre 1960 et 2003, la population âgée ( $\geq 65$  ans) a seulement augmenté de 1% au Grand-Duché et représentait 14% de la population totale résidente en 2003 ce qui correspond à la moyenne de l'ensemble des pays de l'OCDE.
- En 1995, la proportion des personnes âgées, était inférieure de 2,4% à la moyenne européenne et, selon les projections pour 2050, cet écart irait en augmentant (10,6%). A partir de 2020, le Grand-Duché aurait la plus faible proportion de personnes âgées en comparaison avec les pays avoisinants.
- Les personnes de  $> 65$  ans sont les plus gros utilisateurs de soins de santé et notamment de soins hospitaliers; elles pèsent par conséquent le plus lourdement sur les dépenses de lutte contre la maladie.

## Evolution de la population\* en fonction des régions hospitalières\*

Région hospitalière du Nord												Evolution 1994- 2004 %
Subdivision territo- riale	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Canton de Clervaux	11 015	11 201	11 267	11 326	11 490	11 670	11 706	11 871	12 546	12 693	12 980	18
Canton de Diekirch	24 479	24 771	25 162	25 476	25 787	25 955	26 398	26 692	27 029	27 313	27 388	12
Canton de Redange	11 897	12 160	12 367	12 608	12 864	13 209	13 569	13 766	13 849	13 976	14 234	20
Canton de Vianden	2 911	2 860	2 879	2 811	2 774	2 805	2 786	2 774	2 920	3 003	3 079	6
Canton de Wiltz	9 970	10 074	10 213	10 442	10 679	10 981	11 317	11 525	11 788	11 907	12 142	22
Berg	1 470	1 539	1 571	1 598	1 615	1 630	1 648	1 647	1 803	1 823	1 834	25
<b>TOTAL</b>	<b>61 742</b>	<b>62 605</b>	<b>63 459</b>	<b>64 261</b>	<b>65 209</b>	<b>66 250</b>	<b>67 424</b>	<b>68 275</b>	<b>69 935</b>	<b>70 715</b>	<b>71 657</b>	16
Région hospitalière du Centre												Evolution 1994- 2004 %
Subdivision territo- riale	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Canton de Luxembourg- Campagne	44 054	44 709	45 479	46 143	46 698	47 476	48 151	48 797	48 569	48 998	49 868	13
Luxembourg-ville	75 713	76 446	77 401	78 290	79 500	79 844	80 670	81 804	77 965	78 329	77 325	2
Canton d'Echternach	12 325	12 299	12 485	12 560	12 730	12 978	13 422	13 634	14 300	14 211	14 430	17
Canton de Grevenmacher	19 074	19 461	19 857	20 357	20 626	20 917	21 279	21 670	21 972	22 438	22 690	19
Canton de Remich	13 959	14 302	14 633	14 923	15 174	15 498	16 025	16 310	16 346	16 657	17 038	22
Leudelage	1 501	1 502	1 532	1 581	1 563	1 642	1 690	1 809	1 914	1 918	1 891	26
Clemency	1 758	1 814	1 864	1 909	1 951	2 022	2 058	2 114	2 074	2 096	2 093	19
Dippach	2 772	2 846	2 934	3 004	3 068	3 081	3 136	3 209	3 233	3 234	3 292	19
Garnich	1 379	1 384	1 460	1 446	1 468	1 496	1 504	1 485	1 511	1 491	1 497	9
Hobscheid	2 163	2 241	2 334	2 403	2 395	2 451	2 512	2 502	2 579	2 609	2 668	23
Kehlen	4 580	4 626	4 726	4 777	4 837	4 912	4 883	4 864	4 724	4 717	4 706	3
Koerich	1 576	1 638	1 689	1 760	1 776	1 816	1 837	1 845	1 829	1 806	1 839	17
Kopstal	2 962	2 974	2 980	3 002	2 936	2 987	2 990	2 983	3 001	2 955	2 958	0
Mamer	6 483	6 576	6 639	6 647	6 678	6 696	6 637	6 605	6 767	6 783	6 729	4
Septfontaines	709	705	732	734	748	793	741	749	790	798	801	13
Steinfort	3 730	3 743	3 866	3 868	3 976	3 994	4 036	4 120	4 116	4 233	4 287	15
Bissen	1 984	2 071	2 171	2 294	2 373	2 415	2 478	2 520	2 441	2 440	2 457	24
Boevange-Attert	1 582	1 605	1 649	1 657	1 682	1 715	1 745	1 752	1 767	1 735	1 761	11
Fischbach	536	551	559	571	594	622	609	623	622	651	660	23
Heffingen	739	748	772	769	784	800	840	838	850	859	858	16
Larochette	1 400	1 418	1 409	1 416	1 437	1 464	1 504	1 537	1 791	1 797	1 774	27
Lintgen	2 015	2 055	2 083	2 113	2 119	2 149	2 166	2 225	2 245	2 303	2 342	16
Lorentzweiler	2 896	2 869	2 882	2 882	2 838	2 859	2 912	2 923	2 960	2 937	2 985	3
Mersch	6 400	6 563	6 654	6 772	6 790	6 795	6 841	6 941	7 060	7 178	7 271	14
Nommern	838	838	850	858	887	922	947	971	997	1 003	996	19
Tuntange	838	862	875	895	898	914	970	1 010	1 034	1 063	1 056	26
<b>TOTAL</b>	<b>213 966</b>	<b>216 846</b>	<b>220 515</b>	<b>223 631</b>	<b>226 526</b>	<b>229 258</b>	<b>232 583</b>	<b>235 840</b>	<b>233 457</b>	<b>235 239</b>	<b>236 272</b>	12
Région hospitalière du Sud												Evolution 2004- 1994
Subdivision territo- riale	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Bettembourg	8 252	8 515	8 644	8 865	9 036	9 120	9 179	9 250	9 125	9 163	9 115	10
Differdange	16 210	16 196	16 372	16 466	16 773	17 050	17 300	17 664	18 300	18 578	18 891	17
Dudelange	15 627	15 833	15 966	16 190	16 377	16 588	17 060	17 229	17 411	17 502	17 514	12
Esch-Alzette	24 020	24 255	24 571	24 564	24 606	24 873	25 195	25 414	27 244	27 630	27 891	16
Frisange	2 140	2 266	2 336	2 473	2 588	2 661	2 817	2 950	2 919	2 989	3 052	43
Kayl	6 464	6 643	6 746	6 815	6 848	6 981	7 011	7 057	7 150	7 320	7 305	13
Mondercange	5 639	5 761	5 821	5 817	5 936	6 026	6 128	6 143	6 099	6 103	6 090	8
Pétange	12 893	13 066	13 180	13 248	13 339	13 479	13 654	13 757	13 986	14 103	14 382	12
Reckange-Mess	1 656	1 662	1 691	1 686	1 707	1 730	1 730	1 742	1 718	1 763	1 838	11
Roeser	3 682	3 769	3 827	3 972	4 134	4 308	4 408	4 480	4 514	4 575	4 658	27
Rumelange	3 746	3 836	3 823	3 863	3 929	3 982	4 080	4 082	4 351	4 378	4 450	19
Sanem	12 043	12 170	12 332	12 639	12 676	12 770	12 859	12 946	13 276	13 505	13 674	14
Schifflange	7 190	7 272	7 412	7 476	7 582	7 649	7 698	7 734	7 852	7 896	7 974	11
Bascharage	5 425	5 655	5 860	6 065	6 163	6 245	6 353	6 529	6 713	6 841	6 837	26
<b>TOTAL</b>	<b>124 987</b>	<b>126 899</b>	<b>128 581</b>	<b>130 139</b>	<b>131 694</b>	<b>133 462</b>	<b>135 472</b>	<b>136 977</b>	<b>140 658</b>	<b>142 346</b>	<b>143 671</b>	15
<b>Total des 3 régions</b>	<b>400 695</b>	<b>406 350</b>	<b>412 555</b>	<b>418 031</b>	<b>423 429</b>	<b>428 970</b>	<b>435 479</b>	<b>441 092</b>	<b>444 050</b>	<b>448 300</b>	<b>451 600</b>	13

## Evolution de la population résidente en fonction des régions hospitalières (graphique)



Sources: tableau p.22 et graphique p.23 Direction de la Santé sur base des données du Statec

### Commentaire :

Sur base notamment des recommandations du rapport AUJALEU—ROSCH (1967), le Grand-Duché de Luxembourg, à une époque où la dispersion géographique des hôpitaux n'était pas encore réglementée par le plan hospitalier et ne relevait pas encore de la coordination du Ministre de la Santé, a introduit la notion des régions hospitalières pour assurer une meilleure équité d'accès pour la population. Cette notion a été maintenue par les plans hospitaliers successifs et joue actuellement encore un rôle essentiel pour les soins d'urgence et le service de garde des hôpitaux.

La notion s'applique bien sûr à l'offre, et hormis le cas du SAMU, ne s'impose pas au requérant de soins qui a le libre choix de l'hôpital (souvent conditionné toutefois par l'agrément du médecin, s'il choisit celui-ci en 1er).

En dehors de la densité de la population, le réseau routier (rapidité d'accès) est également un paramètre à considérer pour la distribution adéquate de l'offre hospitalière.

### Conclusions intermédiaires :

Ce tableau et toutes les comparaisons antérieures à cette carte sanitaire, démontrent une similitude presque parfaite entre la distribution démographique par région hospitalière et l'utilisation de l'offre régionale par la population qui y réside.

Les observations permettront de corroborer l'hypothèse que la demande en soins de santé, à peu d'exceptions près, se fait à proximité du lieu de vie (de travail). Dès lors, il y a lieu de concevoir l'offre de façon à ce qu'il y ait équité de chance pour tous, non seulement en ce qui concerne l'accès aux infrastructures et équipements, mais surtout pour ce qui est de la qualité de la prise en charge et des résultats auxquels le patient est en droit de s'attendre. Si la carte sanitaire peut apporter une aide à la décision de planification de l'offre, elle apporte un peu d'éclairage sur les autres aspects grâce à ses comparaisons inter-hospitalières, mais n'est pas pertinente, faute de données afférentes, ni pour pouvoir renseigner sur la qualité des prestations, ni sur la satisfaction des usagers du système.

Du point de vue santé publique la carte sanitaire est malheureusement le seul instrument qui amène tant soit peu de transparence et de benchmarking au niveau des résultats des prises en charge hospitalières. Or, une telle transparence est une prémisse de gagnant pour tous, car déjà la rétro-information, sous forme adéquate, à tous les concernés suffit en général pour prévenir ou redresser des dérives qui souvent se font insidieusement. La transparence publique sera aussi un gage pour stimuler l'auto-contrôle et la volonté d'amélioration et de développement alors que l'obscurantisme ne peut favoriser que l'immobilisme, la perte de confiance, le repli sur soi, la suspicion et la spirale négative qui en découle.

Le défi pour les années à venir ne sera par conséquent pas la croissance de la population, mais le soutien actif d'une évolution positive centrée sur la transparence des résultats et des performances. C'est seulement sous cette prémisse que le libre choix pour le patient fera sens, car il pourra s'agir alors d'un libre choix éclairé sur base d'une information objective sur les résultats auxquels il peut s'attendre. Il reste encore du chemin à faire en ces sens et il nous tient à cœur d'y contribuer par nos observations, remarques et propositions.

## CARTE SANITAIRE 2005 : Chapitre 3 Du coût et du financement de la santé

Dépenses de santé ( par PIB et par tête d'habitant	p. 24 -27
Sources de financement	p. 28
GDL : base du financement et évaluation des coûts	p. 29 - 31

### Portée, Limites, Avertissements



Le coût et le financement de la santé ne font pas directement l'objet de la carte sanitaire encore que le plan hospitalier doit également répondre aux critères d'un fonctionnement efficient des établissements hospitaliers. Certains y voient, à cause de l'opposabilité de ses stipulations à l'UCM, un instrument pour influencer le financement et les coûts.

Mais comment ne pas évoquer les aspects financiers dans cette approche systémique, notamment du fait aussi que l'actualité et les médias nous les rappellent quasiment tous les jours.

Ce chapitre va rappeler la définition de quelques notions et illustrer la situation grâce aux comparaisons internationales générales. Ces comparaisons ne porteront pas sur les sous-secteurs de la santé et de la lutte contre la maladie. En effet, des analyses comparatives notamment au niveau des hôpitaux sont intimement liées à la fois à l'organisation et au système de financement nationaux qui diffèrent à tel point d'un pays à l'autre que, pour des raisons méthodologiques, elles sont très difficiles, voire pratiquement impossibles, à faire actuellement, respectivement doivent être interprétées avec énormément de circonspection ; par conséquent nous avons renoncé à cet exercice.

Pour ces raisons et en complémentarité du rapport annuel général de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale, plus technique et plus analytique, nous présentons ici une description systémique et schématique succincte de notre système de financement et illustreront les mécanismes à la base de la genèse des coûts et de leur progression ainsi que leurs interactions et leurs effets.

Néanmoins, la comparaison globale des coûts, leur répartition en fonction des sources de financement et les plus-values de ces investissements pour la santé des luxembourgeois permettent d'avoir une idée sur l'efficacité et l'équité distributive de notre système.

#### **Note:**

*Avec l'apparition de son rapport ECO-SANTE 2006, l'OECD a modifié certaines définitions en matière de comptes de la santé, ce qui a entraîné une rupture de série statistique.*

*Le présent chapitre qui s'appuie largement sur les données du rapport antérieur (ECO-SANTE 2005), était rédigé avant ces redressements. Nous n'avons pas voulu le modifier entièrement, mais nous avons rajouté les nouvelles données les plus marquantes pour le GDL.*



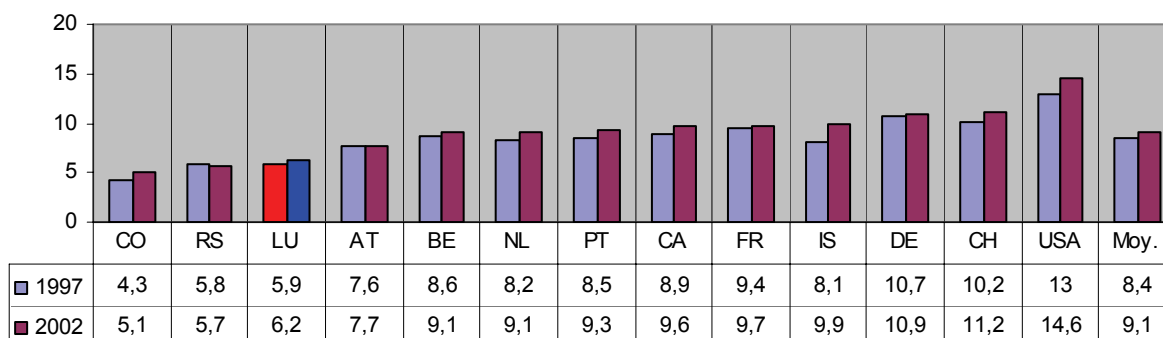
## Dépenses de santé \*

Définition:

Les dépenses totales de santé correspondent à la somme des dépenses liées aux activités de soins de santé des institutions ou des individus qui mettent à disposition, contre rémunération, leurs connaissances et leur maîtrise des techniques médicales. Elles servent à:

- promouvoir la santé et prévenir les maladies;
- guérir les maladies et réduire la mortalité prématurée;
- prendre soin des malades chroniques requérant des soins infirmiers;
- prendre soin des personnes atteintes de déficiences, d'incapacités ou de handicaps requérant des soins infirmiers;
- aider les patients à mourir dignement;
- concevoir et mettre en œuvre des actions de santé publique;
- concevoir et gérer des programmes sanitaires, des mécanismes d'assurance maladie et d'autre mécanismes;

Dépenses totales de santé en % (PIB)

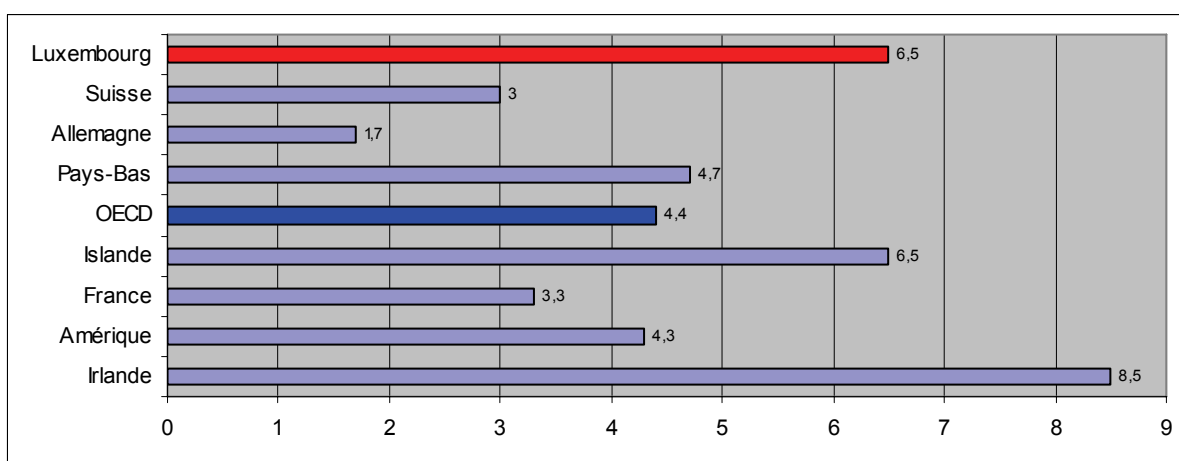


Source: ECO-SANTE OCDE 2004 — 3ième édition

### Note:

Selon ECO-SANTE, OCDE 2006, les dépenses totales de santé au Luxembourg représentaient 8% du PIB en 2004, soit 1 point de pourcentage de moins que la moyenne des pays de l'OCDE, emmenés par les Etats-Unis (15,3%), la Suisse et l'Allemagne. Ce changement important par rapport au tableau qui précède est en effet attribuable à une redéfinition des dépenses de Santé par l'OCDE en 2004, de sorte qu'il s'agit ici d'une rupture de série statistique, qui n'invalide que de façon minimale le comparatif qui précède.

## Taux de croissance des dépenses de santé de 1997 à 2003

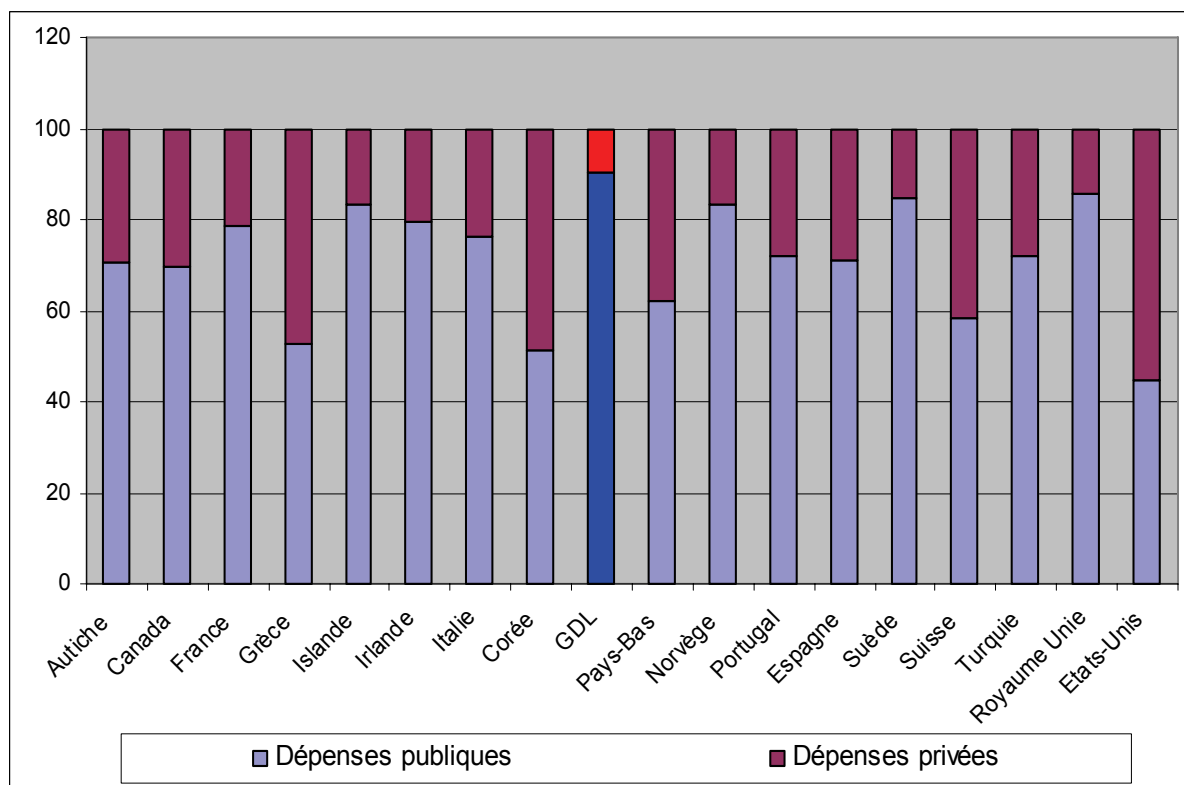


Source: OECD Health Data 2005, Septembre 2005

### Note:

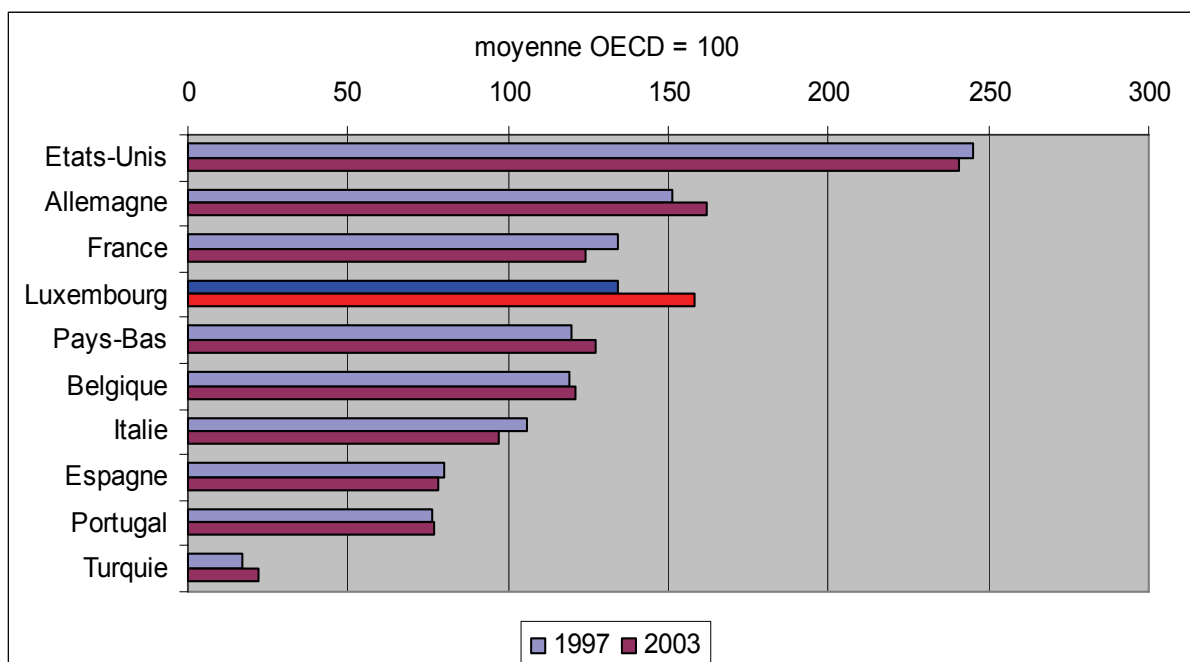
Comme suite au nouveau mode de calcul dont il est question ci-dessus, les dépenses de santé en termes réels (c.à.d.) hors inflation au Luxembourg ont connu, entre 1999 et 2004, la plus forte progression de tous les pays de l'OCDE (augmentation moyenne de 11%, chiffre deux fois plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE).

## Dépenses de santé, en % du total des dépenses en 2004, dépenses publiques (Etat et Assurance maladie) et privées



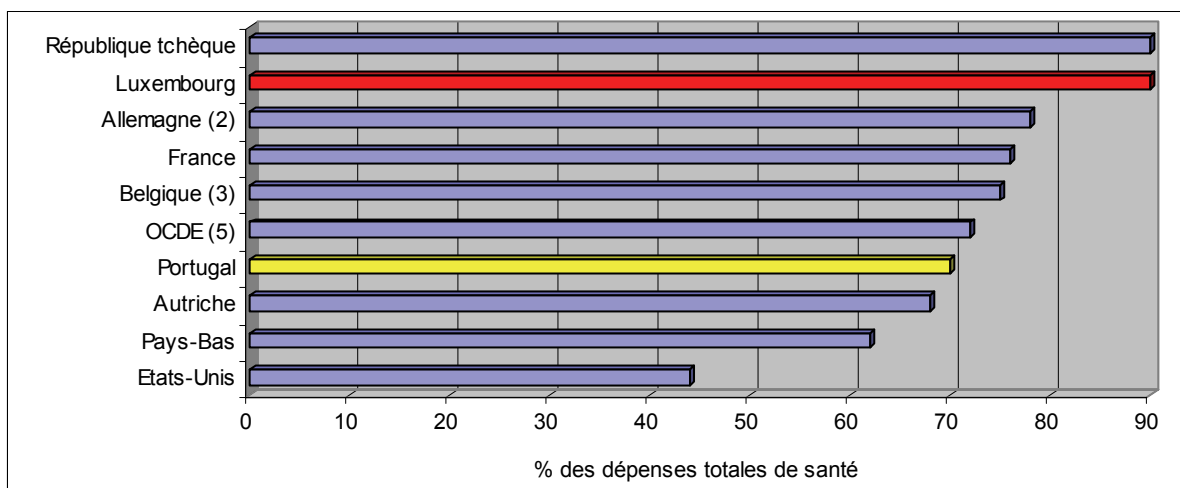
Source: Eco-Santé OCDE 2006, juin 2006

## Evolution des dépenses de santé\*, par habitant, entre 1997 et 2003



Source: Panorama de la Santé: Les indicateurs de l'OCDE 2005, OECD 2005, ISBN 92-64-01264-8 (page 67)

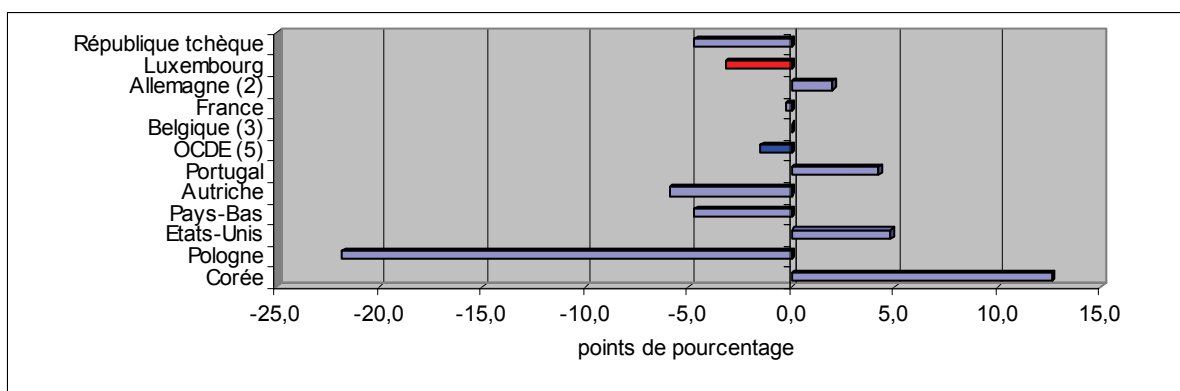
## Part publique des dépenses totales de santé, 2003



### Note :

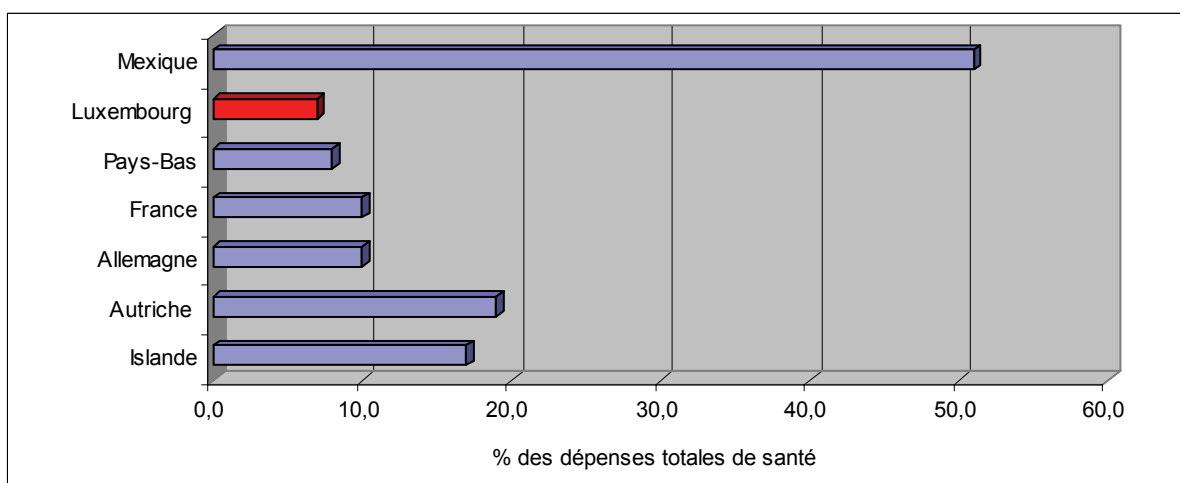
En 2004, selon le nouveau mode de calcul de l'OCDE, au Luxembourg 90,4% des dépenses de santé sont financés par des fonds publics. C'est désormais la part la plus élevée parmi les pays de l'OCDE (moyenne 72,9%).

## Variation de la part publique des dépenses totales de santé, 1990 à 2003

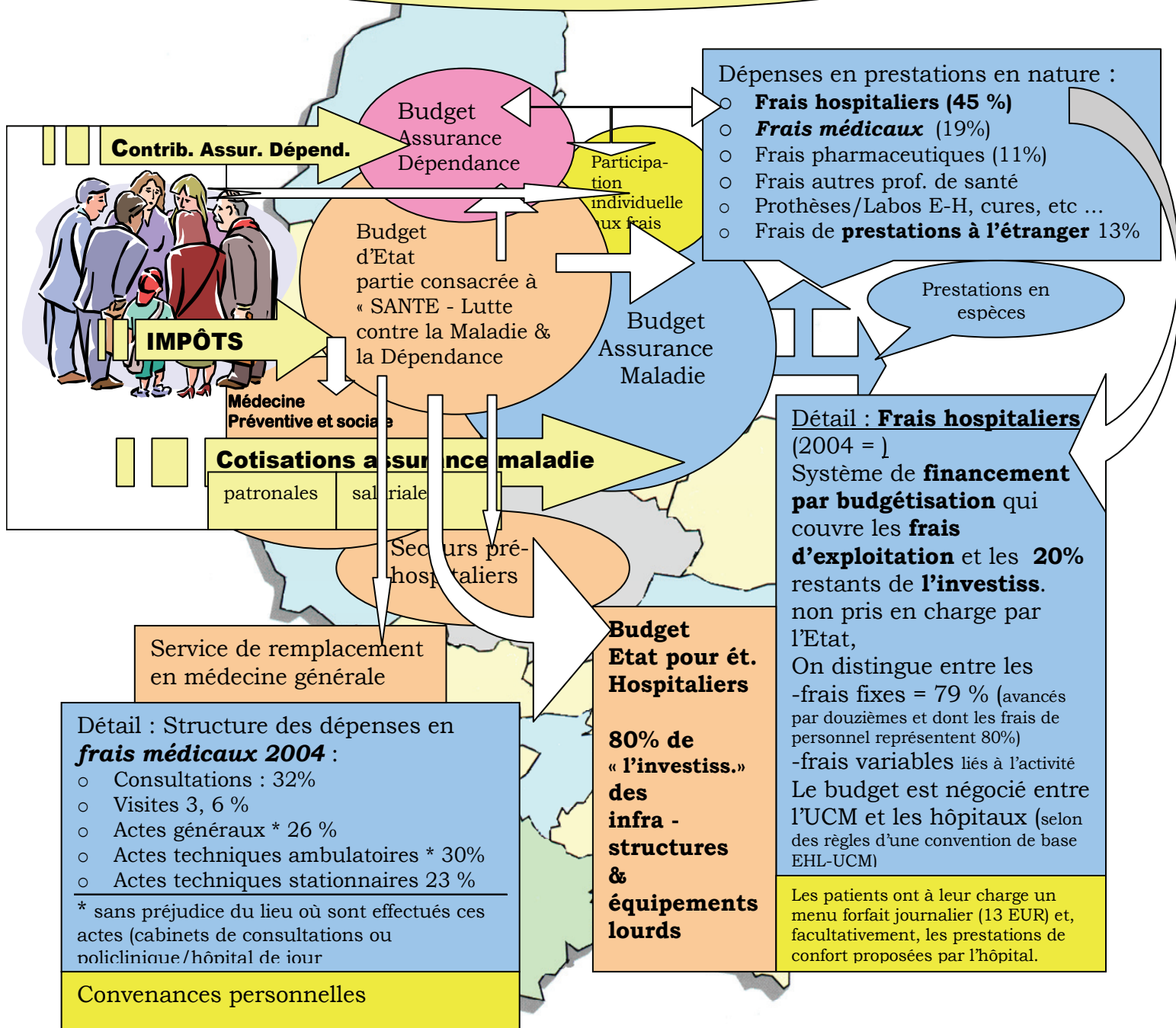


2—1992; 3—Dépenses de santé courante; 5— La moyenne OCDE exclut la Belgique et la République slovaque

## Versements nets des ménages en % des dépenses totales de santé, 2003



# Schéma de financement du système de santé luxembourgeois



En 2003, le G-D.L. dépensait 6.9% de son PIB pour la santé, ce qui le situait largement en dessous de la moyenne OECD ; par contre en termes de dépenses par tête d'habitant, il se situe avec 3705 (USD/PPA) en 4<sup>ème</sup> position mondiale derrière les USA et juste après la Suisse (3781) et la Norvège (3807). Il s'agit de dépenses publiques (*voir schéma ci-dessus*) pour 90%, ce qui est un garant d'équité d'accès aux soins pour les résidents couverts à plus de 98 % par le système universel d'assurance maladie.

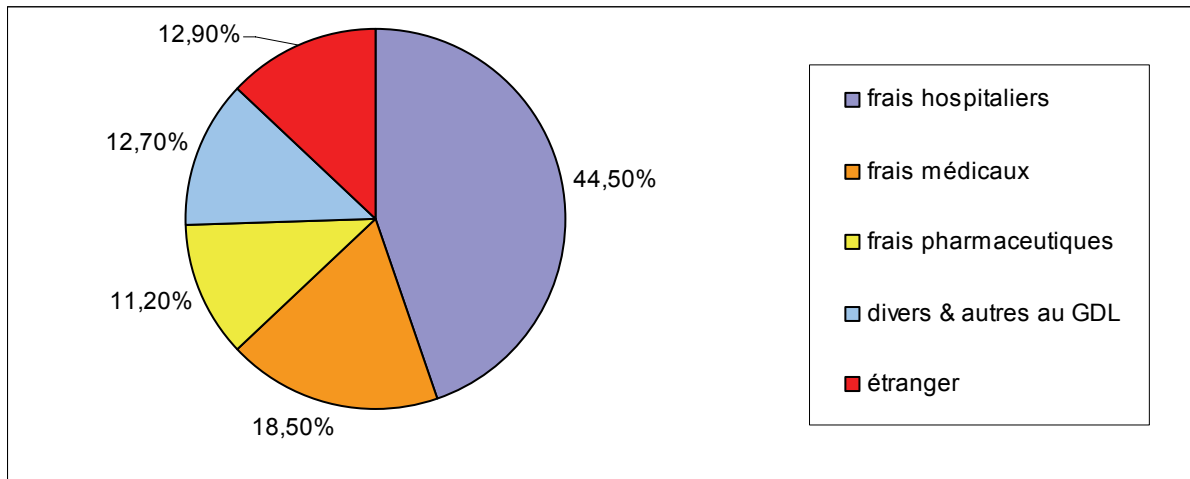
*Les moyens sont par conséquent disponibles pour que tous bénéficient partout et notamment dans nos établissements hospitaliers de prises en charges selon les « golden standards » des acquis de la science et d'une « evidence based medicine » .*

Les prémisses pour appliquer la loi sur les établissements hospitaliers qui veut que chaque patient ait droit aux soins requis par son état de santé et conformes aux acquis de la science et dont la continuité doit être garantie en toute circonstance sont par conséquent données. Si ces dispositions n'étaient pas parfaitement mises en pratique ce n'est donc pas faute de moyens, mais à cause de l'absence de « guide-lines et de pathways » de référence, où à cause de pratiques déviantes.

Mais ce qui inquiète, c'est que le Luxembourg de 1997 à 2003 est largement en tête ( 25 points % par rapport à la moyenne OECD) en ce qui concerne l'accroissement des dépenses de santé par habitant sans que l'assurance ne soit apportée que ces croissances de coût ne soient justifiées par l'utile et le nécessaire médical et apportent une plus-value mesurable au patient.

La crainte de gaspillages susceptibles de menacer la pérennité des acquis actuels et le développement durable du secteur, à cause d'une offre incontrôlable et conventionnée d'office de prestataires et de structures généreuses et parfois superfétatoires du point de vue santé publique, est par conséquent compréhensible.

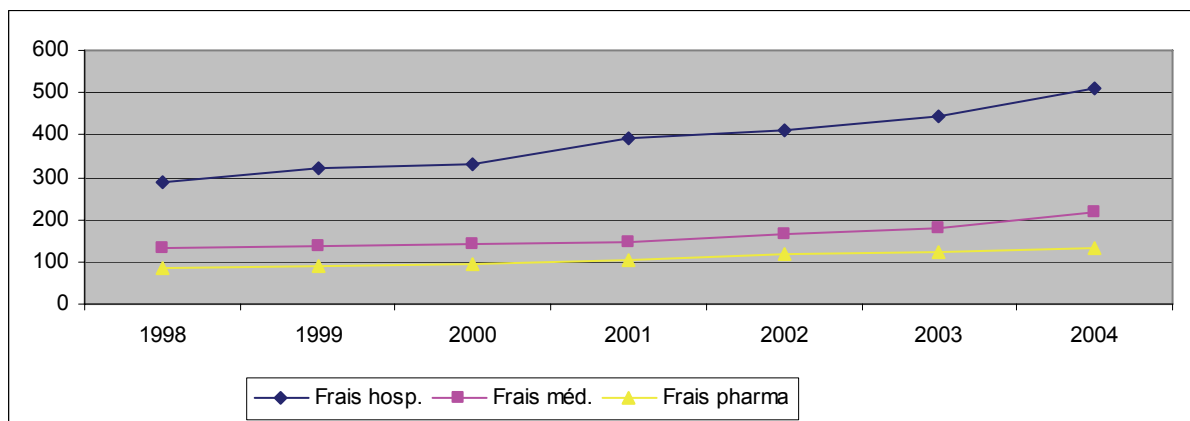
## Coût des soins de santé supportés par l'Assurance Maladie 2004: répartition des dépenses UCM en % des prestations en nature



Source: IGSS: rapport général

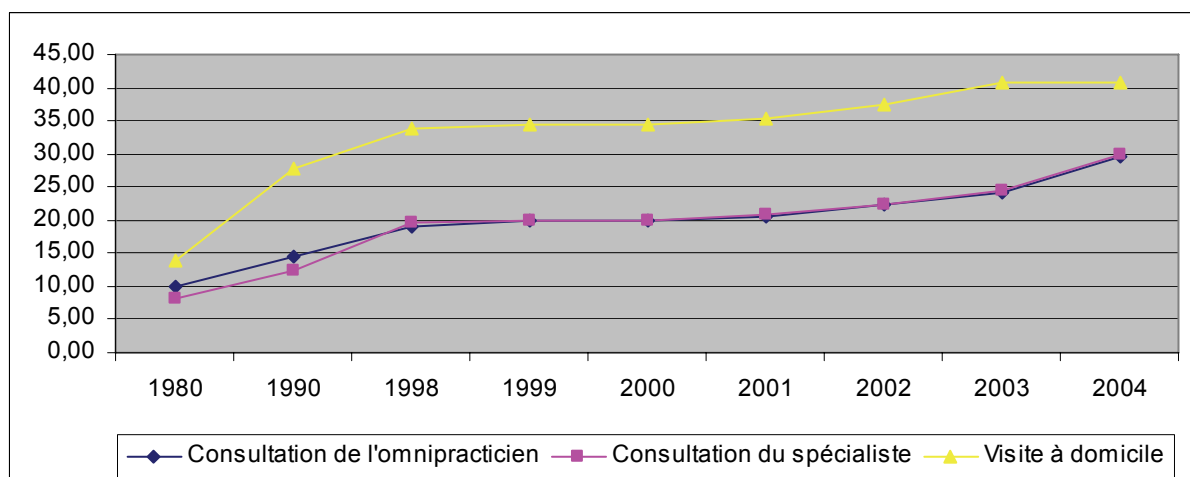
Note: divers & autres au GDL = rééducation & cures + moyens curatifs adjuv. + laboratoire extra-hospitalier + voyages & transports + prest. autres professions de santé

## Evolution des frais (prestations en nature) de 1998 à 2004 (en millions d'euros)



Source: IGSS, rapport général sur la Sécurité Sociale 2002 + 2005

## Evolution des tarifs (en euros) des médecins (consultations et visites)



Source: Union des Caisses de Maladie

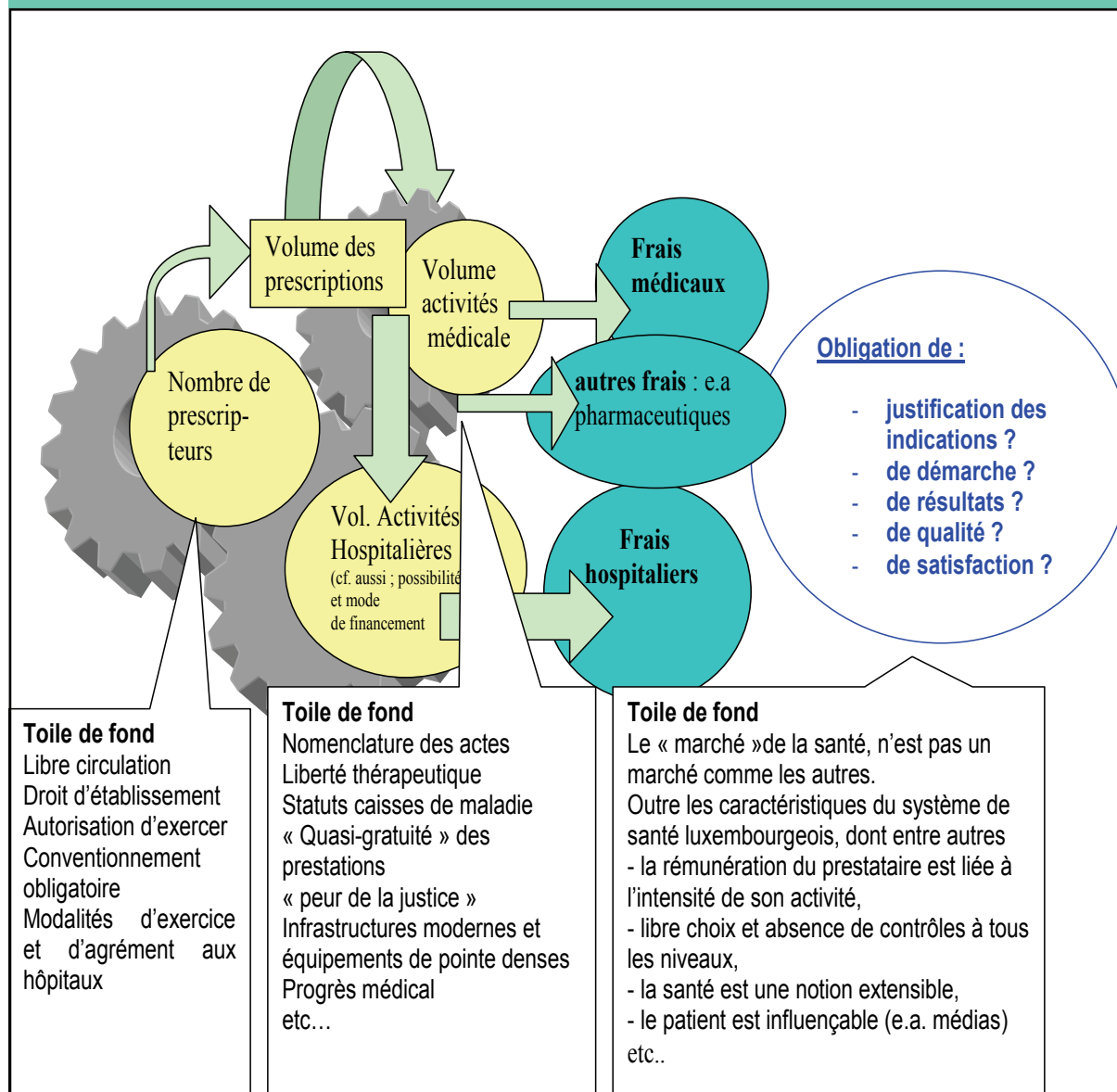
## Dépenses de santé par fonction / nature en 2003

2003 Country	Personal health services	of which:			Medical goods for out patient	Collective health	of which:	
		Curative rehabilitative	Long-term-care	Ancillary services			Prevention and public health	Health admin. & insurance
France	70%	62	4	4	25%	4%	3	2
Germany	69%	49	14	6	20%	11%	5	6
Iceland	80%	64	15	3	17%	3%	1	2
<b>Luxembourg</b>	<b>83%</b>	<b>64</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>13%</b>	<b>3%</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Netherlands	71%	57	12	2	18%	10%	5	4
Switzerland	82%	59	21	3	13%	7%	2	5
Average (23)*	72%				22%	6%		

\* excludes Belgium, Greece, Ireland, New Zealand, Portugal, Turkey and United Kingdom

Source: OECD Health Data 2005, Septembre 2005

## GDL: Schéma mécanisme générateur\* de l'accroissement des dépenses de lutte contre la maladie



! Le schéma ne vaut ainsi que sans variation du nombre de la population à prendre en charge !

## Conclusions intermédiaires

Il est un fait incontournable que l'accroissement depuis le début des années 90, des dépenses de santé et notamment hospitalières constitue un problème préoccupant.

Cette flambée des coûts - un accroissement de 60% du coût d'exploitation des hôpitaux depuis 1999 - est due à un ensemble de raisons et, notamment:

- l'accroissement de 7% de la population (98-04) et le « rapatriement » d'un certain nombre de prestations (radiothérapie, chirurgie cardiaque), qui n'existaient pas au pays auparavant,
- le progrès médical avec ses possibilités diagnostiques et thérapeutiques plus modernes mais plus onéreuses (e.a nouveaux médicaments, implants, IRM)
- l'adaptation des tarifs et des revenus;
- la modernisation des hôpitaux et, dans ce contexte, surtout
- l'accroissement du nombre de médecins et par conséquent celui de de leurs actes et de leurs prescriptions ainsi que des activités dérivées au départ de ces prescriptions.

Les tutelles de financement préviennent, (à raison), qu'une telle évolution n'est pas finançable à terme; or la modernisation des hôpitaux est loin d'être terminée, dans les 3 régions hospitalières, et surtout dans celle du Sud.

Fort de l'expérience de ces dernières années, une dérive plus forte encore des coûts est donc à craindre. Et, si l'on veut ne pas devoir toucher aux acquis actuels et maintenir un système finançable à l'avenir, il devient impérieux de redresser la barre.

Avec des dépenses annuelles de 3705 (USD/PPA) par tête d'habitant, le Grand-Duché de Luxembourg peut se payer, bien davantage que nos pays voisins, où le coût des médicaments et des équipements est le même, une médecine hospitalière plus conforme qu'eux aux « golden standards », sous condition toutefois que cette médecine se limite aux « golden standards » et ne devienne pas « opulente » au-delà.

Toutefois:

- la « santé » est un besoin extensible et influençable par la crainte (*le bon Dr Knock ne disait-il pas déjà que tout bien portant est un malade qui s'ignore*) et, par la publicité (REM: *La publicité des firmes pharmaceutiques et des producteurs d'équipements et de matériaux, ne tombe pas sous le code de déontologie*), surtout si les prestations sont gratuites pour le bénéficiaire,
- en l'absence de référentiels validés, la notion de l'utile et du nécessaire, porte d'entrée à l'opposabilité du financement, est insaisissable, et dès lors laissée à l'appréciation individuelle du prescripteur,
- le souci de disposer de structures hospitalières modernes à la (l'avant) pointe du progrès, entraîne une politique d'investissement généreuse, difficilement refusable au nom du progrès médical et qui, sous l'effet « d'une coalition de pressions » est accordée sans engagements à honorer par rapport à l'exigence d'amélioration de résultats,
- la multiplication des équipements les plus modernes et des anciens laissés en place crée un potentiel de capacité de production d'actes — surtout non invasifs — quasi sans limites et qui sont pris en charge sans que leur bien-fondé ne doive être justifié par une « evidence based médecine »,
- dans le système libéral, le prestige et la rémunération des médecins sont fonction du volume de leurs clients et par conséquent du nombre d'actes qu'ils prestent ou ordonnent. Il en est, mutatis mutandis, de même au niveau des hôpitaux. Dès lors pour améliorer leur réputation ceux-ci, en concurrence entre eux, n'hésitent pas à recruter un grand nombre de prestataires de spécialités différentes même si cela peut être contre indiqué par rapport à des nécessités objectives ou aux besoins découlant de la planification hospitalière.
- étant donné la liberté diagnostique et thérapeutique, il y a corrélation manifeste entre le nombre de prestataires, la variété ainsi que l'opulence des équipements et le volume d'actes
- étant donné l'autonomie tarifaire, les négociations afférentes s'imposent aux caisses de maladie, sans possibilité de riposte,
- enfin, les habitudes des patients évoluent. On constate un recours de plus en plus facile à l'hôpital et notamment aux services de polycliniques et services d'urgence.

De l'addition de tous ces facteurs il une dynamique dont les effets se mesurent facilement comme plus-values en terme d'évolution de coûts, sans en revanche, pouvoir être chiffrés, du moins actuellement, en termes de bénéfices pour le patient.

## Chapitre 4

# Résultats trouvés sur la santé des Luxembourgeois

De l'espérance de vie	p. 32 – 35
Causes prédominantes de morbidité et de mortalité	p. 36 – 68
Performance du système de santé luxembourgeois	p. 69 – 70

### Portée, limites et avertissements

Nous sommes conscients que la présente approche à la carte sanitaire est une première au niveau national et donc perfectible.

Dans ce contexte, nous voudrions aussi rappeler notre remarque page 5 sur les petits nombres.

Aussi peut-il paraître insolite au lecteur non averti que nous nous limitons ici à des données telles que l'espérance de vie et la morbidité en rapport avec la mortalité, mais nous y sommes bien contraints, tant du point de vue méthodologique que du point de vue de la disponibilité des données.

En effet, pour les données comparables au niveau international, nous ne pouvons recourir qu'à ce qui existe actuellement à savoir l'enregistrement :

- des causes de décès sur base de la classification ICD 10 (Direction de la Santé) ;
- des diagnostics de sortie hospitaliers (ICD 10 / Contrôle médical) ;
- de la facturation médicale sur base de la nomenclature, mais dont les données ne sont pratiquement pas comparables au niveau international ;
- des causes de prise en charge (ICD 10) par l'assurance dépendance (CEO), ne relève pas du présent contexte.

Il n'existe quasi pas de données ou, du moins on ne peut rien en tirer, à l'heure actuelle, sur notamment :

- la fréquence, l'incidence et la nature des maladies diagnostiquées et traitées en dehors de l'hôpital ;
- la nature et le succès des prises en charge par le SAMU ;
- les résultats, le devenir respectivement l'utilité et le bénéfice des soins procurés aux 98 % de patients pris en charge par l'hôpital et qui n'y meurent pas,
- la satisfaction des patients par rapport à leurs prises en charges,
- les transferts à l'étranger.

Nombre d'informations sont collectées de façon éparse sans qu'on soit actuellement en mesure d'en tirer un bénéfice au profit de possibles améliorations et progrès...

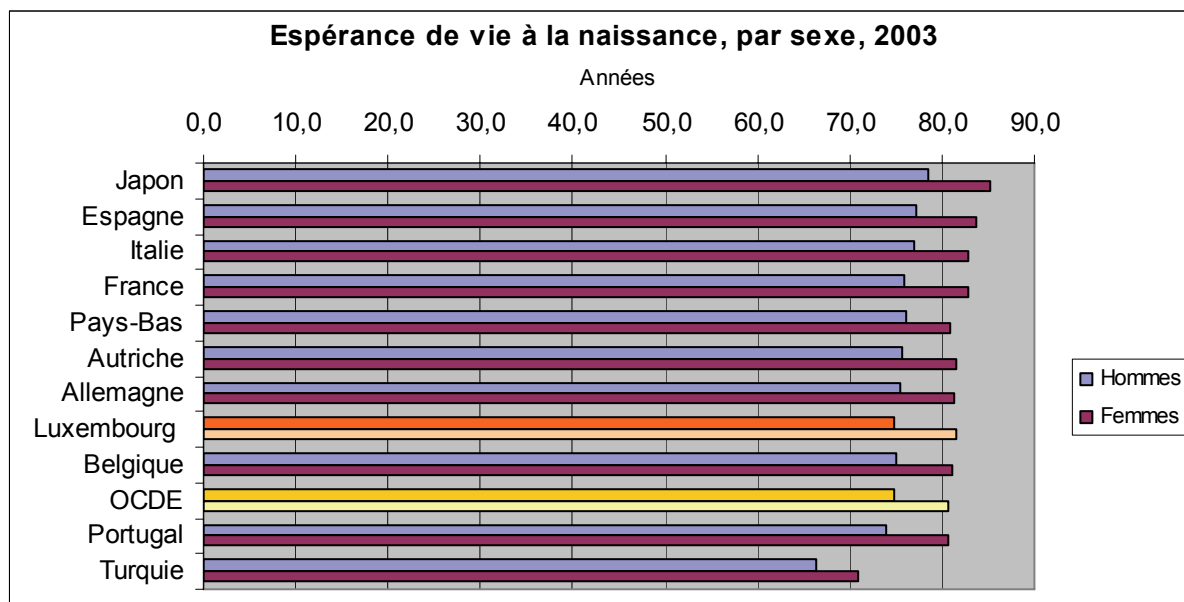
C'est dès lors sur base des informations précitées et publiquement disponibles et avec les moyens à notre disposition, que nous avons voulu en savoir plus sur la performance de notre système de santé et hospitalier. Sur base de cette expérience, nous voudrions suggérer de faire faire ces comparaisons plus régulièrement; notre système ne pourrait qu'en bénéficier tant en ce qui concerne sa réputation que pour ce qui est de la détection et des pistes d'amélioration de ses points faibles.



## Espérance de vie à la naissance \*

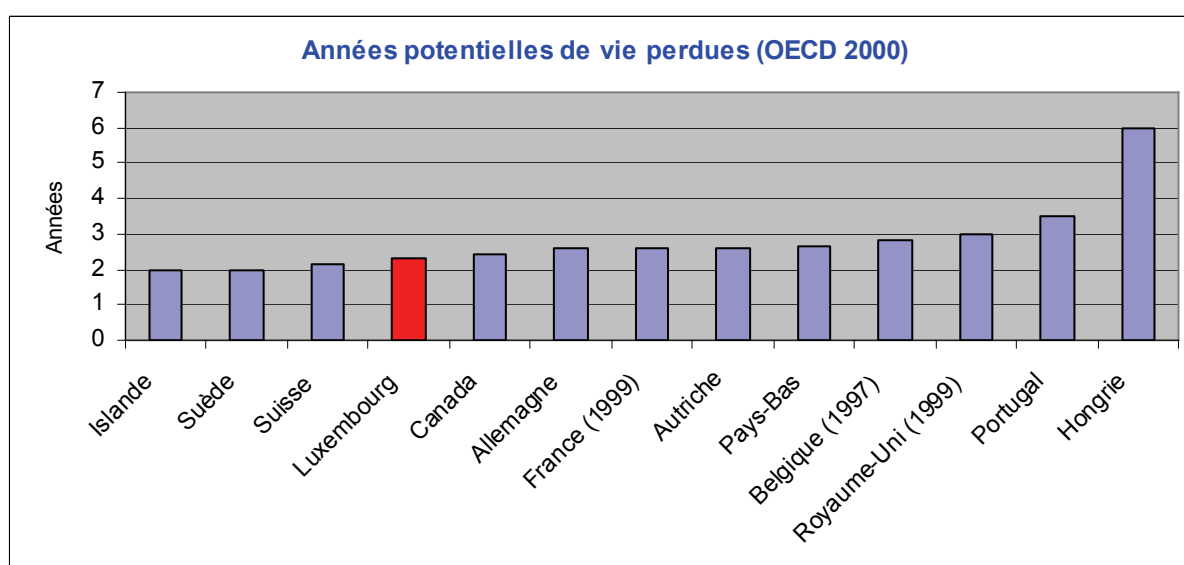
Définition:

L'espérance de vie à la naissance (et à 40, 60, 65 et 80 ans) est le nombre moyen d'années qu'une personne de cet âge peut espérer vivre, en supposant que les taux de mortalité par âge restent constants.



Source: Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2005 : ISBN 92-64-01264-8

Définition: Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) est un indicateur synthétique de la mortalité prématurée qui rend compte des décès survenant à un âge précoce, et qui sont donc à priori évitables. Le calcul APVP consiste à additionner le nombre de décès pour chaque âge et à multiplier ce nombre par les années qui restent à vivre jusqu'à une limite d'âge choisie (=70 ans dans ECO—SANTÉ OCDE).



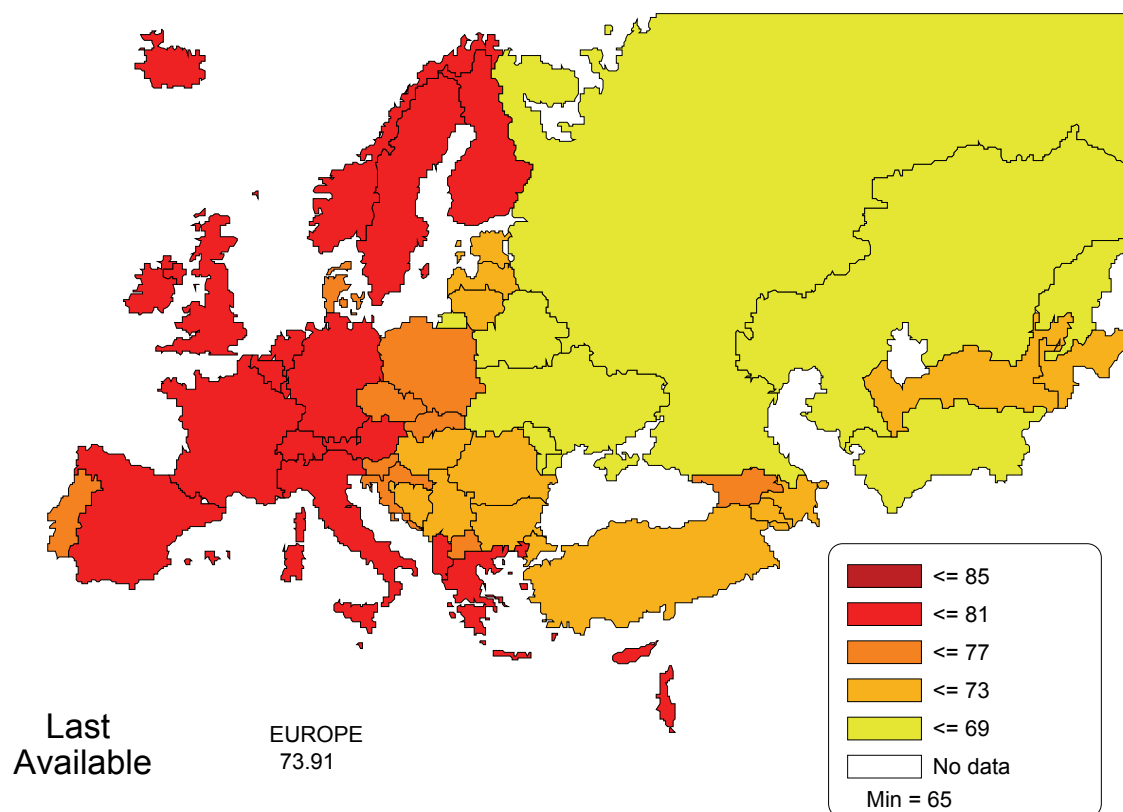
Source: Publications OECD 2000

## Espérance de vie à la naissance (en années) Population totale (1960—2003)

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Autriche	68.7	70	72.6	75.5	78.1	78.6
Belgique	70.6	71	73.4	76.1	77.7	78.1 (2002)
Canada	71.3 (1961)	72.9 (1971)	75.3	77.6	79.3	79.7 (2002)
France	70.3	72.2	74.3	76.9	79	79.4
Allemagne	69.6	70.4	72.9	75.2	78	78.4
Grèce	69.9	72	74.5	77.1	78.1	78.1
Islande	72.9	74.3	76.7	78	79.7	80.6
Italie	69.8 (1961)	72 (1971)	74	76.9	79.6	79.9
Japon	67.8	72	76.1	78.9	81.2	81.8
<b>Luxembourg</b>	<b>69.4</b>	<b>70.3</b>	<b>72.5</b>	<b>75.4</b>	<b>78</b>	<b>78.2</b>

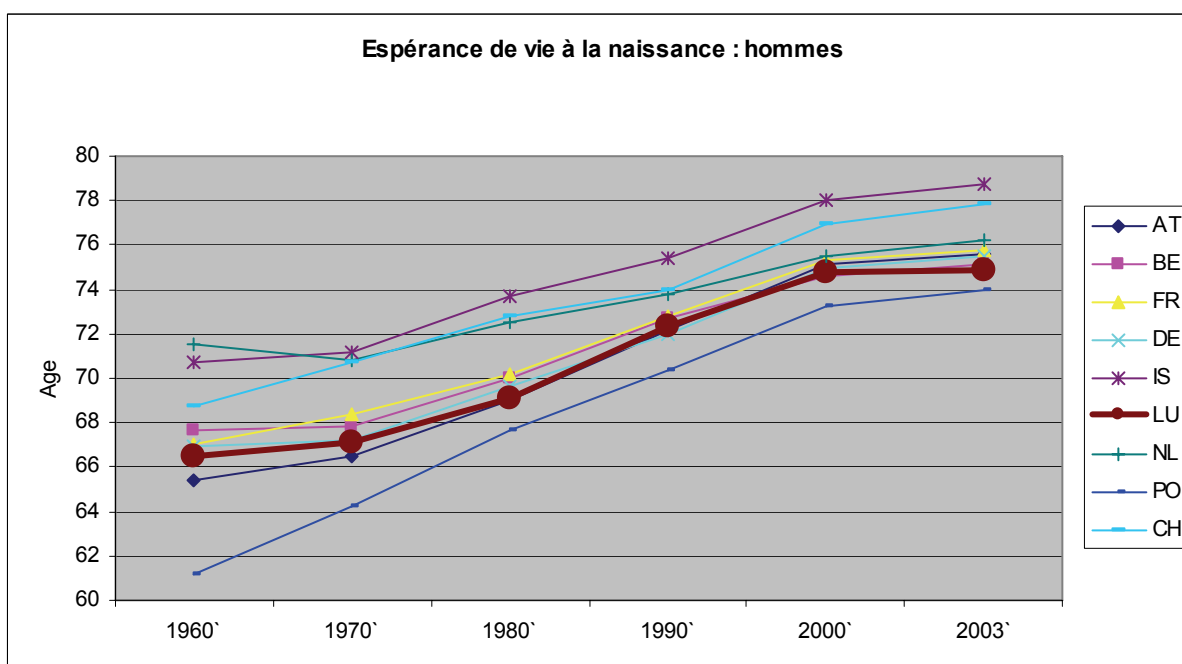
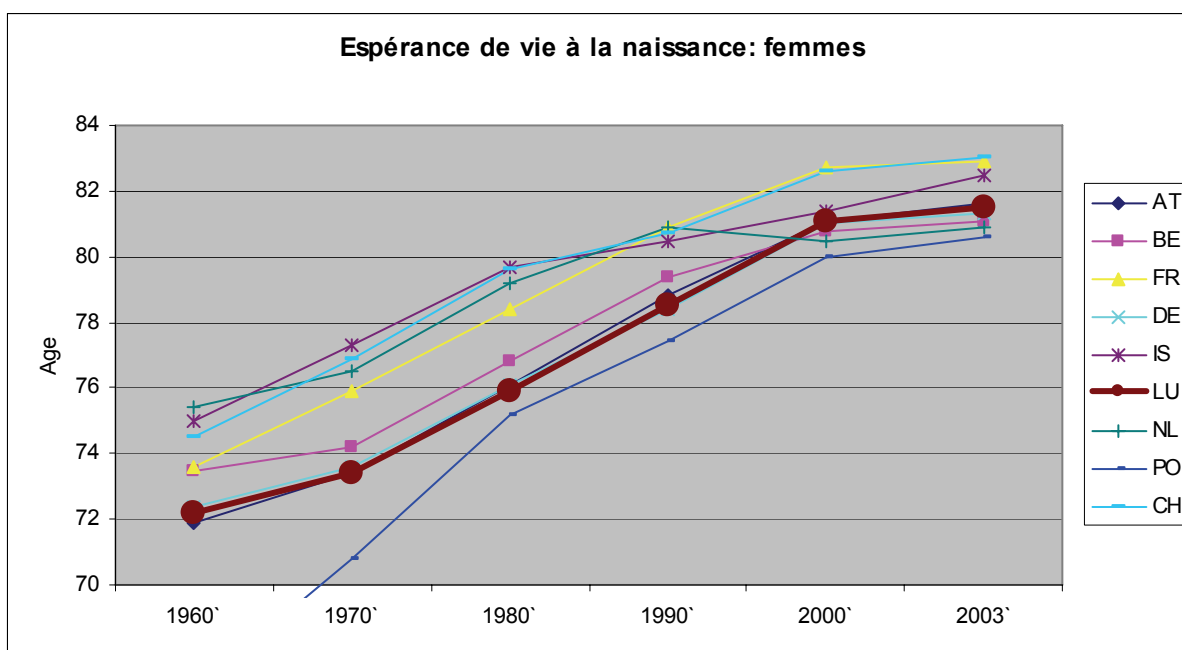
Source: Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2005: ISBN 92-64-01264-8

## Panorama de l'espérance de vie en Europe



Source: OMS EUROPEAN HEALTH for all DATA-BASE 01/2004

## Espérance de vie à la naissance / évolution internationale par sexe



Source: OECD Health Data 2005, June 2005

### Commentaire:

Si l'évolution de l'espérance de vie des luxembourgeois semble rassurante, elle reste, tant pour les femmes que surtout pour les hommes, inférieure aux meilleurs, dont le coût d'investissement dans la santé est cependant également inférieur.

Mais ce n'est pas tellement la performance en matière d'espérance de vie mais bien celle d'espérance de vie en bonne santé, respectivement d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) qui est à rechercher.

## DISABILITY—ADJUSTED LIFE EXPECTANCY \*

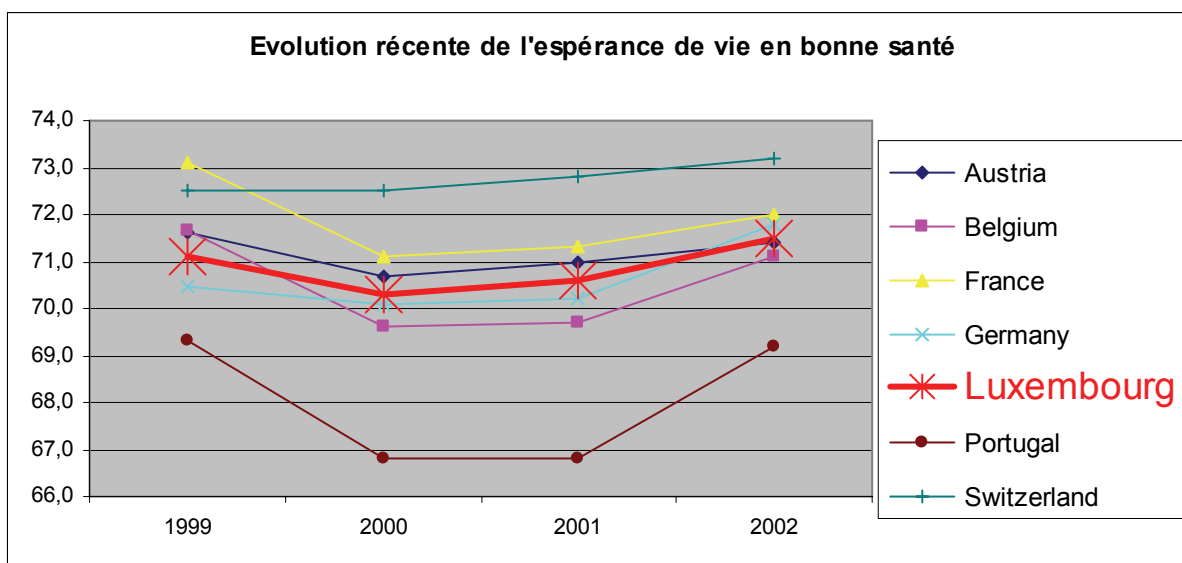
Définition: L'espérance de vie en bonne santé est la durée qu'un individu peut statistiquement vivre dans un état de santé satisfaisant et sans dépendance majeure à une date donnée.

Commentaire: L'espérance de vie en bonne santé au G.D.-L. est de 71,5 ans, alors que l'espérance de vie totale à la naissance est de 78,2 ans. A noter dans ce contexte aussi que le G.-D. de Luxembourg a mis en place dès 1998 un système d'assurance dépendance étendu, équitable et dont la performance devrait absolument soutenir la comparaison avec les pays voisins.

Belgique 71,1 / 78,1; France 72 / 79,4; Allemagne 71,8 / 78,4; Islande 72,8 / 80,7; Pays-Bas 71,2 / 78,6; Portugal 69,2 / 77,3; Suisse 73,2 / 80,4; Suède 73,3 / 80,2; EU moyenne 71,69 / 77,8



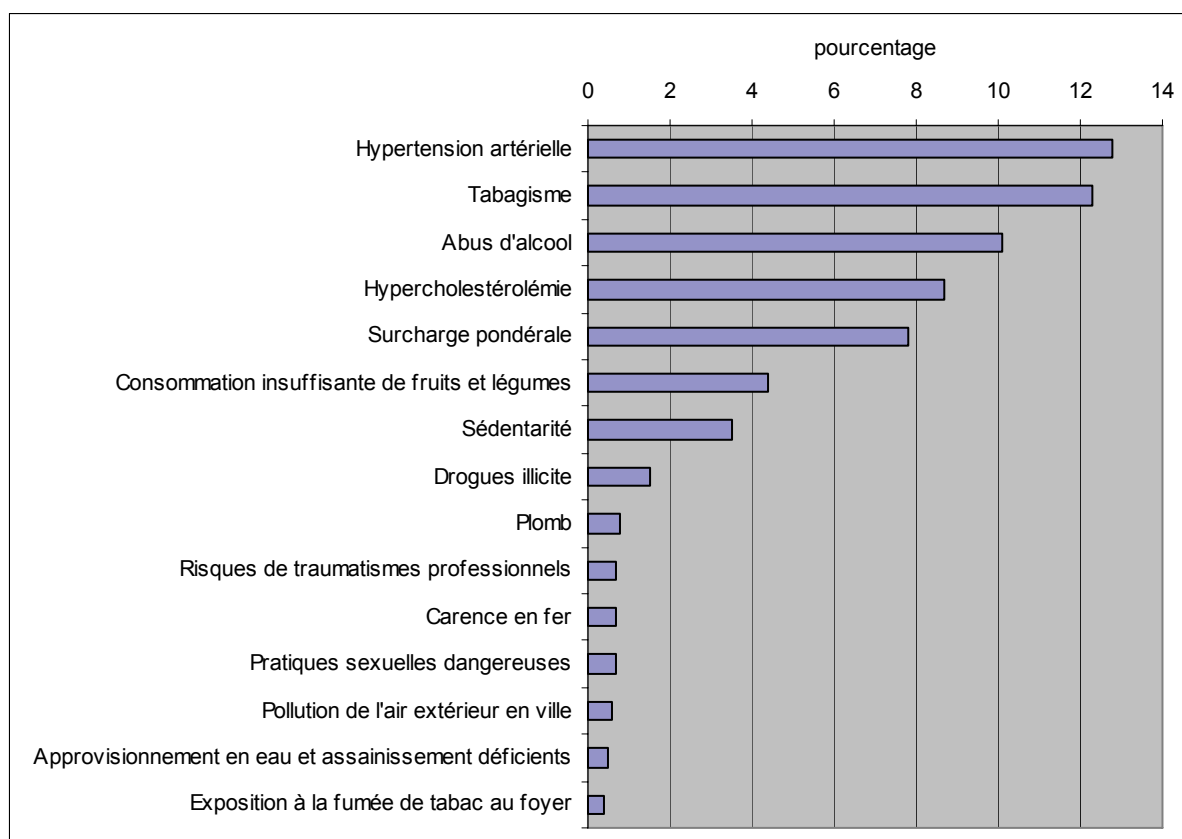
Source: Eco-Santé OECD 2005



Source: HFA—DATA BASE

## Pourcentage de l'ensemble des AVCI\* pouvant être attribué aux 15 principaux facteurs de risque connus dans la région européenne de l'OMS, 2000

AVCI : Définition: années de vie corrigées du facteur invalidité



Source: données provenant du Rapport sur la santé dans le monde 2002 (page: 21)

## Contribution moyenne des 7 principaux facteurs de risque à la charge de morbidité pour les 7 principaux problèmes de santé des pays développés du monde entier

Problèmes de santé	Fractions attribuables en population pour chaque facteur (%)							
	Hypertension artérielle	Tabac	Alcool	Hypercholestérolémie	Surcharge pondérale et obésité	Consommation insuffisante de fruits et de légumes	Sédentarité	Autres facteurs inconnus
1 Cardiopathie ischémique	58	22	0,2	63	33	28	22	
2 Troubles dépressifs unipolaires			3					4
3 Maladies cérébrovasculaires	72	22	0	27	23	12	9	
4 Troubles liés à la consommation d'alcool			100					3
5 Maladie pulmonaire chronique		69						2
6 Traumatismes dus aux accidents de la route			38					8
7 Cancer du poumon		85				11		

Source: d'après Ezzati et al. dans le Rapport OMS sur la santé en Europe 2005 (page: 20)

## Décès et AVCI\* attribuables aux 10 principales causes dans la région européenne de l'OMS, 2002

Ensemble des causes	Luxbg		Allemagne		Belgique		France		Pays - Bas		Suisse	
	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI
Cardiopathie ischémique	13,3	5,0	21,2	8,4	14,6	6,5	9,1	3,4	13,7	6,3	17,6	6,2
Maladies cérébro-vasculaires	11,4	5,4	9,7	4,9	9,0	4,6	7,5	3,5	8,9	4,6	7,4	3,3
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	5,4	2,8	5,2	3,4	7,0	4,1	5,2	3,3	6,5	3,9	4,7	3,1
Cancer colorectal	3,7		4,0		3,4		3,5		3,7		3,0	
Maladie pulmonaire obstructive chronique	3,2	3,2	2,7	3,2	4,8	4,9	3,2	2,8	5,2	5,2	3,2	2,8
Infections des voies respiratoires inférieures	3,0		2,5		4,9		3,9		5,8		4,1	
Cancer du sein	2,7		2,4		2,5		2,5		2,8	2,3		
Maladie d'Alzheimer et autres démences	2,6	3,2		3,6	4,1	4,2	3,4	3,9	4,2	3,8	4,7	4,7
Cirrhose du foie	2,2			2,5								
Automutilations	2,1	2,4			2,1	3,1		2,4				2,8
Troubles dépressifs unipolaires		9,5		7,9		9,7		10,3		7,8		10,3
Troubles dus à l'abus d'alcool		6,0		5,0		3,5		5,4		3,7		4,6
Déficit auditif à l'âge adulte		3,5		3,8		3,4		3,4		3,7		4,2
Accidents de la circulation		3,3				2,7		3,3				

Source: données provenant du Rapport OMS sur la santé dans le monde 2005

## Part du total des décès et des AVCI\* attribuables aux 10 principaux facteurs de risque dans la région européenne de l'OMS, 2002

Ensemble des causes	Luxembg		Allemagne		Belgique		France		Pays - Bas		Suisse	
	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI	% du total des décès	% du total des AVCI
Hypertension artérielle	15,2	6,0	25,9	11,2	13,4	6,1	12,8	4,9	17,4	7,8	25,2	6,3
Tabagisme	17,7	11,3	18,3	13,7	23,3	15,8	16,2	12,4	23,7	16,7	10,8	10,7
Hypercholestérolémie	10,7	5,1	15,1	7,2	11,2	6,1	6,4	3,1	8,1	4,7	14,5	4,9
IMC élevé	7,9	5,6	9,9	7,1	7,3	5,9	6,5	4,7	7,8	6,1	8,4	6,0
Sédentarité	4,5	2,3	5,9	3,2	4,5	2,6	3,3	1,8	4,5	2,7	5,7	2,4
Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,2	1,6	4,1	2,2	3,3	1,9	2,3	1,3	3,2	1,9	3,8	1,7
Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	0,8	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	1,0	0,6	0,9	0,6	1,0
Pollution de l'air extérieur en ville	0,5		0,6		0,5				0,5		0,5	
Drogues illicites	0,5		0,4	1,7		1,6	0,4	1,5		1,8	0,3	2,7
Alcool	3,1	10,8		7,5		6,6	4,6	10,7		5,0		7,2
Carence en fer		0,6		0,5				0,5				
Cancérogènes professionnels					0,5				0,4			

Source: données provenant du Rapport sur la santé OMS dans le monde 2005

AVCI : Définition: années de vie corrigées du facteur invalidité

## Mortalité évitable \*

### Définition:

- L'analyse de la mortalité évitable — les décès qui pourraient être évités par l'exploitation optimale du savoir médical, des services et des ressources du système de santé et de la santé et de la société — permet de déterminer la contribution spécifique des systèmes de santé au bilan sanitaire des individus. La mortalité évitable peut montrer l'influence de la prévention primaire et secondaire.
- La prévention primaire = les interventions visant à réduire l'exposition des individus aux facteurs de risque de maladies et de traumatismes qui sont liés au mode de vie et au travail. Elle est censée limiter l'incidence et le caractère mortel des affections et traumatismes évitables.
- La prévention secondaire = le dépistage, la détection précoce des cas, le diagnostic et un traitement adéquat.

### Commentaire:

L'analyse de la mortalité évitable permet de déterminer la contribution spécifique des systèmes de santé aux individus; elle montre les potentialités d'influence de la prévention primaire et secondaire.

	Mortalité évitable par la prévention primaire						Mortalité évitable par la prévention secondaire			
	Traumatismes résultant d'accidents de la route impliquant des véhicules à moteur	Maladie cérébrovasculaire	Affection hépatique chronique et cirrhose	Cancer			Mélanome de la peau	Cancer		
				du foie	des voies respiratoires supérieures et tractus digestif	du poumon		du sein	du col de l'utérus	d'autres parties de l'utérus
Allemagne	8,8	8,3	13,6	1,7	6,3	17,8	1,1	17,3	2,5	1,3
Belgique	15,2	9,1	8,2	1,6	6,2	25,6	n.d.	22,6	2,2	1,8
France	12,6	7,1	11,1	3,5	9,6	22,0	1,1	17,4	1,5	2,1
<b>Luxembourg</b>	<b>14,8</b>	<b>11,4</b>	<b>12,6</b>	<b>1,7</b>	<b>7,7</b>	<b>18,7</b>	<b>1,5</b>	<b>15,4</b>	<b>2,2</b>	<b>1,9</b>
Pays-Bas	6,6	8,4	3,4	1,0	4,7	20,6	1,8	21,7	1,7	1,3
Portugal	16,1	18,4	12,3	2,0	6,3	13,9	0,7	14,9	2,9	2,3
Suisse	6,7	4,7	5,8	2,1	5,0	15,1	1,5	15,8	1,2	1,1

Source. OMS Europe: rapport sur la santé en Europe 2005 (page 15)

### Commentaire:

Comme suite à ces résultats, il y a par conséquent lieu d'agir essentiellement au niveau de la prévention sur:

- les accidents de la route;
- la surconsommation d'alcool;
- les modes de vie favorables aux maladies cérébro- et cardio-vasculaires
- le tabagisme;
- le renforcement du programme mammographie et l'optimisation du suivi des cancers détectés;
- la prévention du suicide, la détection précoce de la dépression et l'amélioration de la qualité de vie

**AVCI\*: Morbidité:** Part de 7 des principaux problèmes de santé dans la région européenne de l'OMS

Problèmes de santé		Nombre total d'AVCI (%)
1	Cardiopathie ischémique	10,5
2	Troubles dépressifs unipolaires	6,2
3	Maladies cérébro-vasculaires	7,2
4	Troubles liés à la consommation d'alcool	3,1
5	Maladie pulmonaire chronique	2,3
6	Traumatismes résultant d'un accident de la route	2,4
7	Cancer du poumon	2,2
Total:		33,8

Source: OMS Europe: Rapport sur la santé dans le monde 2004

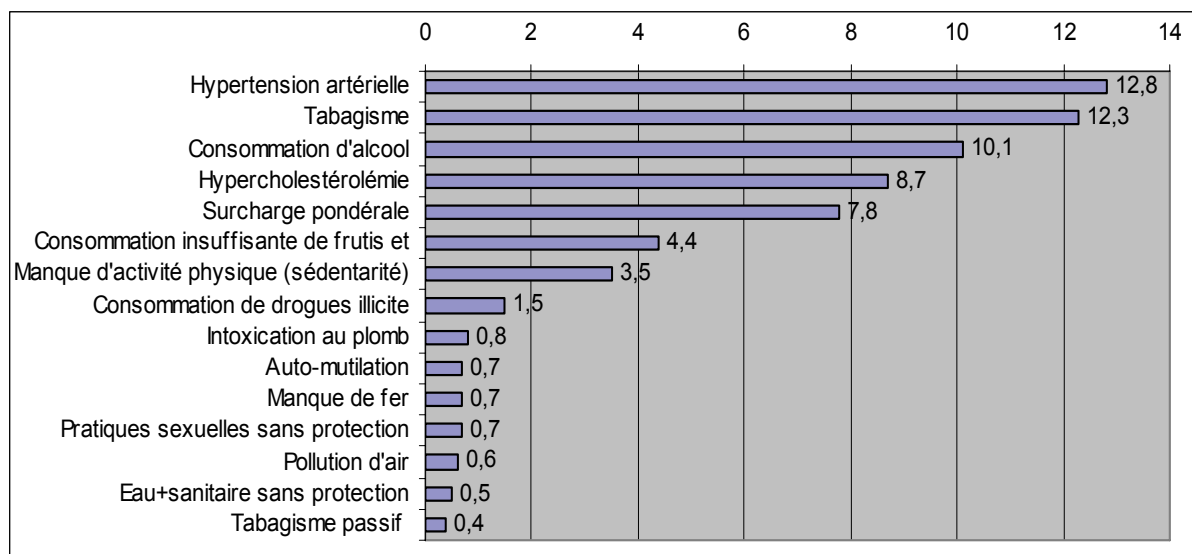
**AVCI\* Mortalité:** Part de 7 des principaux facteurs de risque dans la région européenne de l'OMS

Facteurs de risque		Nombre total d'AVCI (%)
1	Hypertension artérielle	12,8
2	Tabagisme	12,3
3	Consommation d'alcool	10,1
4	Hypercholestérolémie	8,7
5	Surcharge pondérale	7,8
6	Consommation insuffisante de fruits et de légumes	4,4
7	Manque d'activité physique (sédentarité)	3,5
Total:		59,6

Source: OMS Europe: Rapport sur la santé dans le monde 2002

\* AVCI = années de vie corrigées du facteur invalidité

**Les 15 premiers facteurs de risque dans l'UE (WHO), 2000**



Source: OMS - The world health report 2002



## GDL 2002: Mortalité et AVCI\*, attribuables aux 10 principales causes

(\* Années de Vie Corrigées du facteur d'Invalidité)

Mortalité				AVCI			
	Causes	Total	% du total		Causes	Total	% du total
	Ensemble des cas	3 410	100,0		Ensemble des cas	55 069	100,0
1	Cardiopathie ischémique	455	13,3	1	Troubles dépressifs unipolaires	5 255	9,5
2	Maladies cérébrovasculaires	390	11,4	2	Troubles dus à l'abus d'alcool	3 324	6,0
3	Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	183	5,4	3	Maladies cérébrovasculaires	2 971	5,4
4	Cancer colorectal	128	3,7	4	Cardiopathie ischémique	2 778	5,0
5	Maladie pulmonaire obstructive chronique	109	3,2	5	Déficit auditif à l'âge adulte	1 915	3,5
6	Infections des voies respiratoires inférieures	104	3,0	6	Accidents de la circulation	1 800	3,3
7	Cancer du sein	91	2,7	7	Maladies d'Alzheimer et autres démences	1 779	3,2
8	Maladie d'Alzheimer et autres démences	89	2,6	8	Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 765	3,2
9	Cirrhose du foie	75	2,2	9	Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 563	2,8
10	Automutilations	72	2,1	10	Automutilations	1 296	2,4

Source: WHO Europe - The European Health Report 2005

## GDL 2002: Décès et AVCI \* attribuables aux 10 principaux facteurs de risques

Mortalité			AVCI		
	Facteurs de risque	% du total		Facteurs de risque	% du total
1	Tabagisme	17,7	1	Tabagisme	11,3
2	Hypertension artérielle	15,2	2	Alcool	10,8
3	Hypercholestérolémie	10,7	3	Hypertension artérielle	6,0
4	BMI élevé	7,9	4	BMI élevé	5,6
5	Sédentarité	4,5	5	Hypercholestérolémie	5,1
6	Consommation insuffisante de fruits et de légumes	3,2	6	Sédentarité	2,3
7	Alcool	3,1	7	Drogues illicites	2,2
8	Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	8	Consommation insuffisante de fruits et de légumes	1,6
9	Drogues illicites	0,5	9	Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
10	Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	10	Carence en fer	0,6

Source: WHO Europe - The European Health Report 2005

### Commentaire:

Les maladies invalidantes les plus fréquentes, mais relativement peu mortelles, sont d'après cette publication les dépressions et les tentatives de suicide. Or, comme ces facteurs sont intimement corrélés, un plan d'action en la matière s'imposerait au GDL. Il nous a paru dès lors utile d'en proposer une esquisse (voir page 65).

En ce qui concerne les causes de décès les plus fréquentes, mais aussi à l'origine de nombreuses maladies invalidantes, celles-ci sont très largement attribuables à des facteurs de risque de la soi-disante « société civilisation »: Tabac, Alcool, Surpoids, Sédentarité .... Or ces risques sont sensibles à la prévention primaire, alors que les maladies qu'ils causent (cardiopathies chroniques et maladies cérébrovasculaires, cancers) restent encore fort résistantes même aux thérapies les plus modernes.

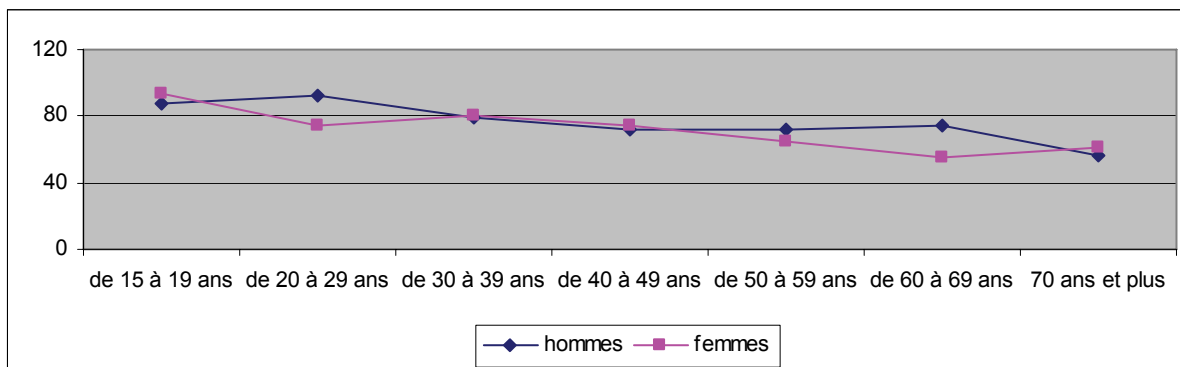
Une stratégie de prévention, la plus précoce possible, dès l'école, et continuée notamment auprès des groupes à risque, s'impose par conséquent comme intervention de choix. Une telle stratégie requiert une approche concertée, avec comme fers de lance notamment les services de médecine scolaire et de santé au travail en collaboration e.a. avec les tutelles (Education Nationale, parents, services sociaux) et les partenaires sociaux (employeurs et syndicats), avec une vision intégrée de santé et sans stigmatisations, car la santé est une question de bien-être et non seulement d'absence (de peur) de maladies (voir aussi définition page 9).

Par ailleurs, compte tenu des données et reconnaissances qui précèdent, il y a également lieu de se demander dans quelle mesure nos Centres de Recherche en Santé sont orientés pour concentrer leurs efforts sur l'apport de solutions aux problèmes de santé prioritaires, et par conséquent de 1ère utilité, pour notre pays.

L'hebdomadaire luxembourgeois « le Jeudi » (Editpress) a publié dans son édition du 6 juillet 2006 un sondage TNS-ILRES établi entre le 6 et le 14.06.2006 sur un échantillon représentatif de 501 personnes (251 femmes et 250 hommes). Les questions portaient notamment sur :

- le jugement de l'état de santé individuel en général.

*Selon ce sondage par téléphone, 33% des interrogés jugent leur état de santé très bon et 41% bon. 3% de la population de l'échantillon était atteinte d'une maladie grave non passagère et 1% se disait en mauvaise santé. 78% des actifs déclarent se porter bien contre 63% des inactifs.*



Source: TNS-Ilres Publication dans « Le Jeudi » (Editpress) du 6 juillet 2006

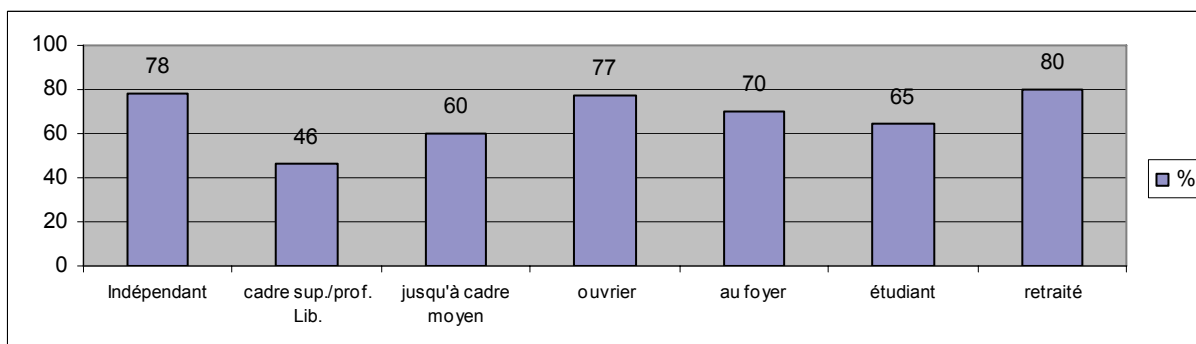
- les maladies ou les atteintes à la santé les plus redoutées personnellement

*57% des sondés tous âges et tous sexes confondus redoutent en 1er lieu le cancer. Suivent, mais de très loin, les maladies cardiaques et cardio-vasculaires (9% seulement). Puis le SIDA avec 4% (6% pour les femmes, 3% pour les hommes) et, au même rang (4%), les maladies de démence (Alzheimer) devant les accidents de la route (2%). A ce sujet et à titre de commentaire, le « Jeudi » cite le Ministre de la Santé \* et Secrétaire général\*\* de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD) : « Je (Mars Di Bartolomeo\*) ne comprends pas que les risques cardio-vasculaires, première cause de mortalité, et cérébraux, n'interpellent pas plus le monde. Nous avons donc des choses à faire en matière de motivation et d'information. Les gens ne voient pas assez le danger du tabagisme, de la sédentarité, de la malnutrition. Nous devons davantage donner la clef pour éviter ces maladies cérébrales? Nous devons agir. Je suis un adepte de la politique selon laquelle on soigne sa santé tant qu'on l'a. »*

Le Ministre ne comprend pas davantage que le luxembourgeois oublie la réalité de la dépression, « véritable problème de santé publique ». Cette maladie mentale reste dans une zone grise dont il faut la sortir. Il faut en parler pour une bonne prise en charge.

Le Dr Claude Schummer\*\* renchérit: « La réalité est complètement différente. Les réponses répondent à un comportement culturel. Par pudeur, on cache les maladies psychologiques. La dépression est un problème très fréquent. Il suffit de voir le taux de suicides, le nombre de prescriptions de psychotropes. A cet égard, le Luxembourg est dans le top international. » « Aux antipodes de l'avis exprimé individuellement », fait remarquer l'hebdomadaire !

- la satisfaction sur la qualité de la prise en charge médicale



Source: TNS ILRES / infographie: « Le Jeudi » du 06 juillet 2006

*Femmes et hommes sont globalement du même avis sur la qualité des prestations. Les personnes au-delà de 65 ans disent bénéficier d'une très bonne (31%), d'une bonne (54%) ou plutôt bonne (12%) prise en charge, ce qui est moins vrai pour les 35-49 ans dont seulement 40% jugent la prise en charge très bonne et 17% bonne. L'inactif est davantage satisfait (73%) que l'actif (62%).*

## Etat de santé et de morbidité \*\*

### Mortalité \*\*\* 2004 au Grand-Duché de Luxembourg

G.D.-L.: nombre de décès en 2004	Hommes	Femmes	Total
Décès causés par maladie	1653	1650	3303
Décès causés par accident	140	88	228
TOTAL:	1793	1738	3531 */**

\*Dans ce total figurent 81 personnes résidentes à l'étranger et décédées au G.D.-L.  
 \*\*Ce nombre ne comprend pas les 162 résidents (81 luxembourgeois et 81 étrangers) décédés à l'étranger

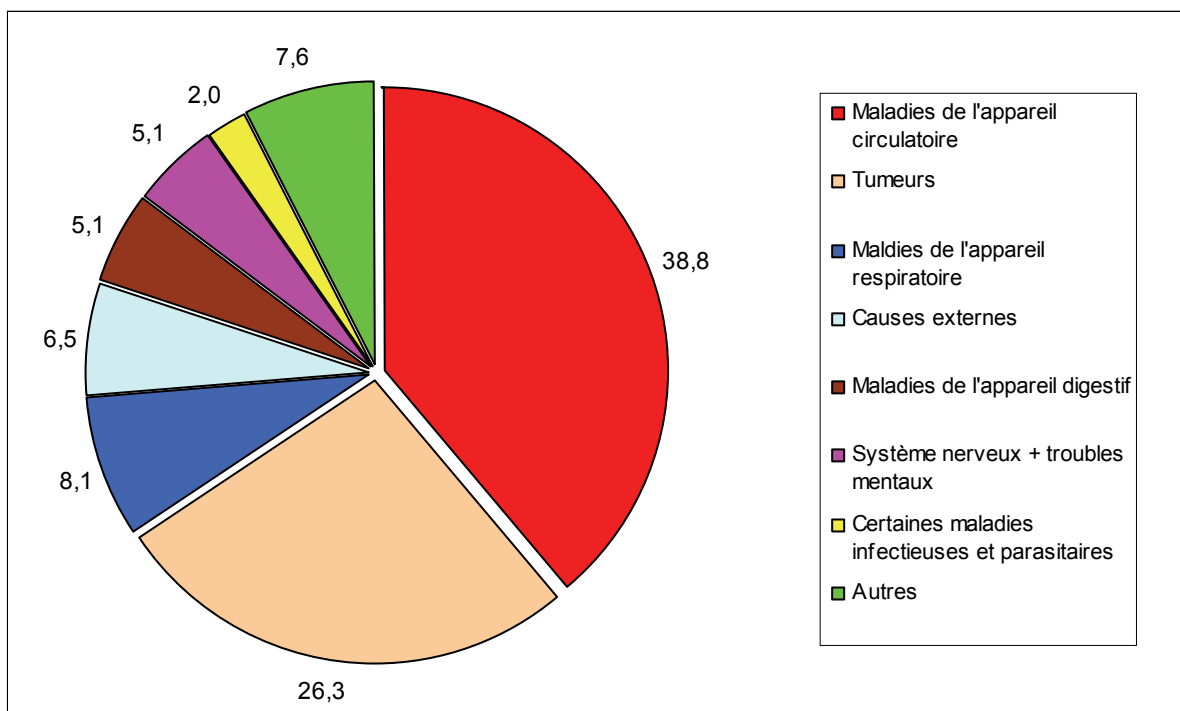
\*\*\* Taux de mortalité: il indique le nombre de décès dans une population, sur une période déterminée, exprimé en « pour 100.000 ». L'analyse des décès dans une population se fait à travers différents indicateurs, en particulier les taux de mortalité bruts, nets ou standardisés.

On distingue :

- la mortalité générale (pour toutes causes) dans une population;
- La mortalité spécifique (liée à une cause particulière);
- La mortalité différentielle (liée à une cause supplémentaire).

\*\* Taux de morbidité: il représente l'état de maladie: écart subjectif ou objectif par rapport à l'état de bien-être idéal. (Source: glossaire de termes techniques en santé publique CE)

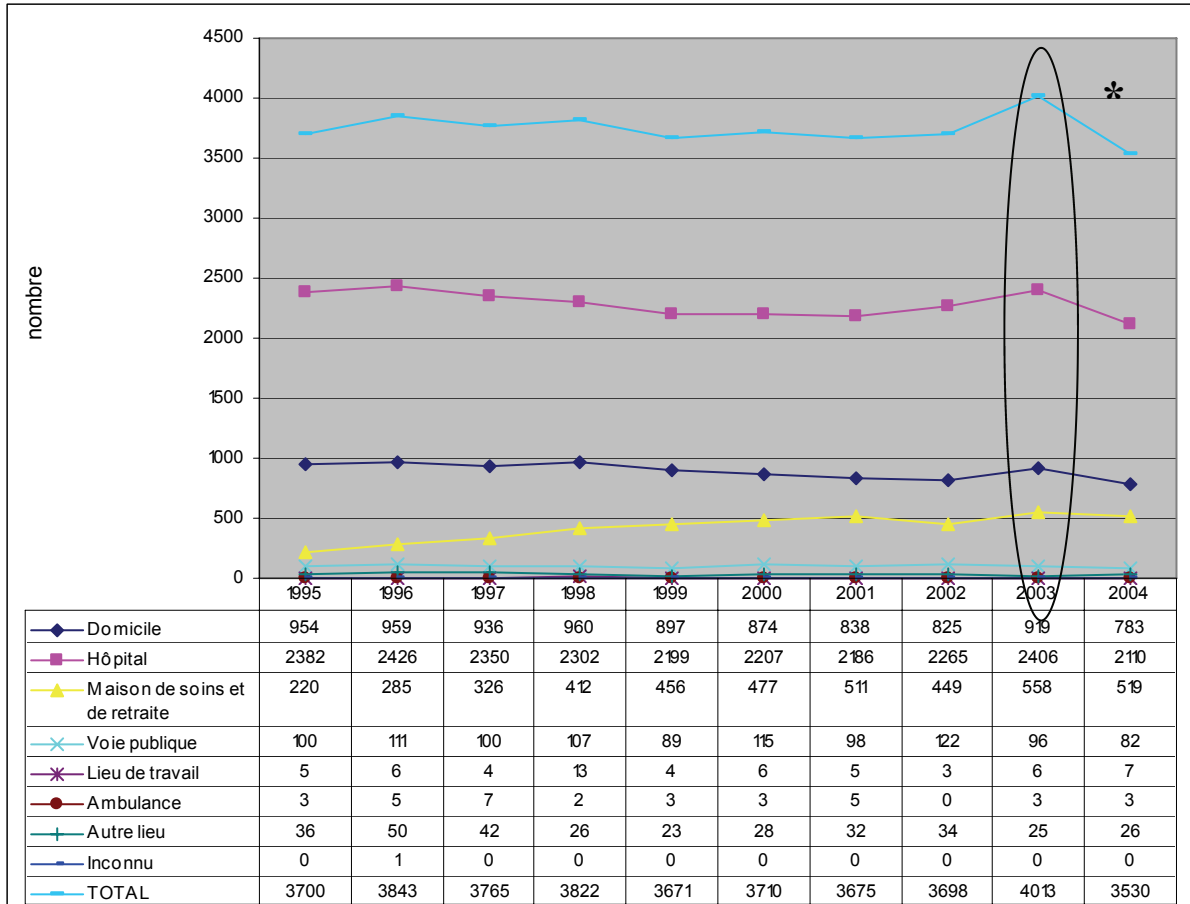
### GDL 2004: répartition des causes de décès en % (catégories ICD 10) par rapport au nombre total des décès



Source: Direction de la Santé, Statistiques décès 2004

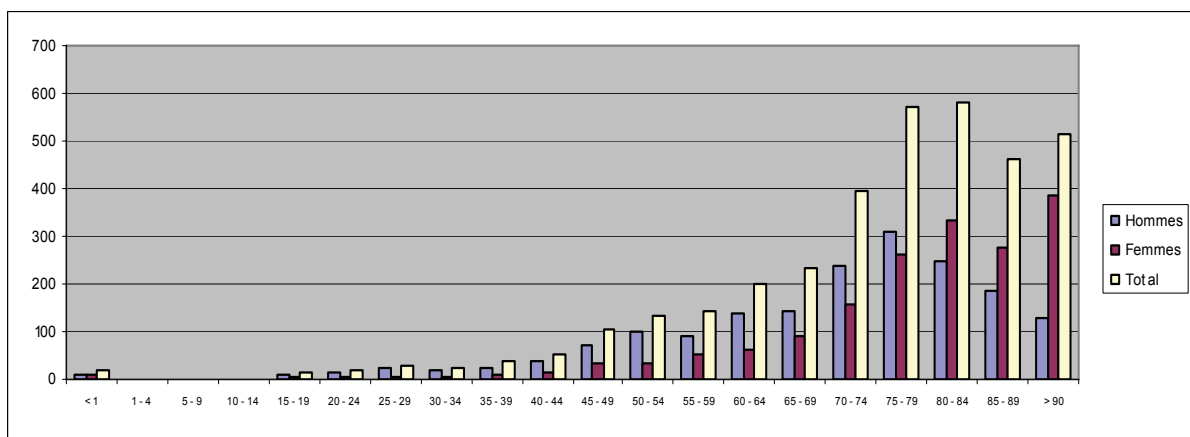
Evolution des lieux de décès \* de 1995 à 2004

Lieu et nombre de décès de personnes décédées sur le territoire luxembourgeois de 1994 à 2004



\* effet canicule 2003

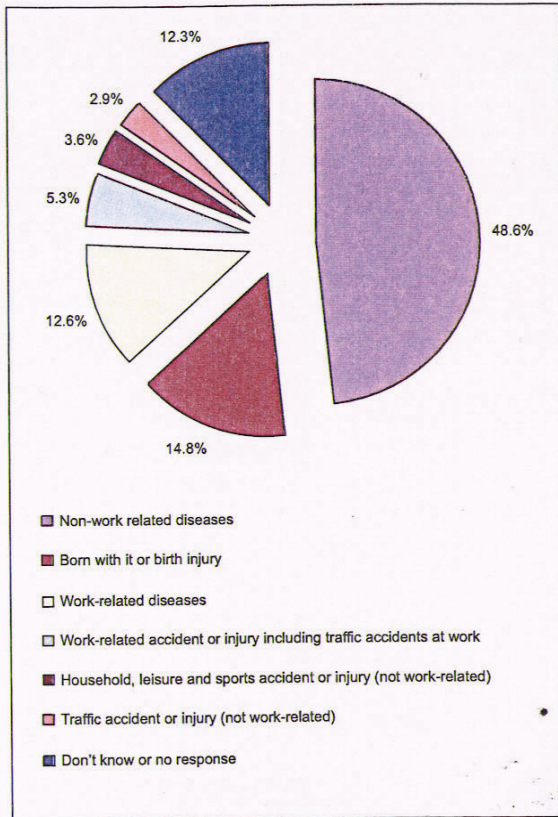
GDL 2004: Décès selon le groupe d'âge et le sexe



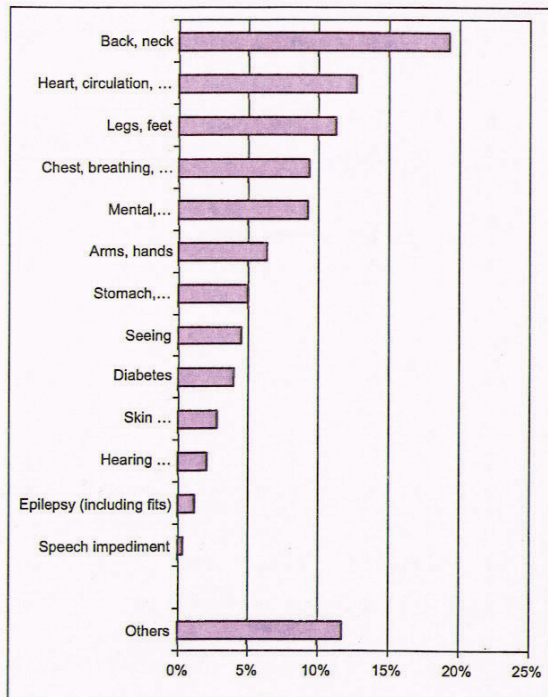
Source: Direction de la Santé, Statistiques décès 2004

## Morbidity et Mortalité : Généralités

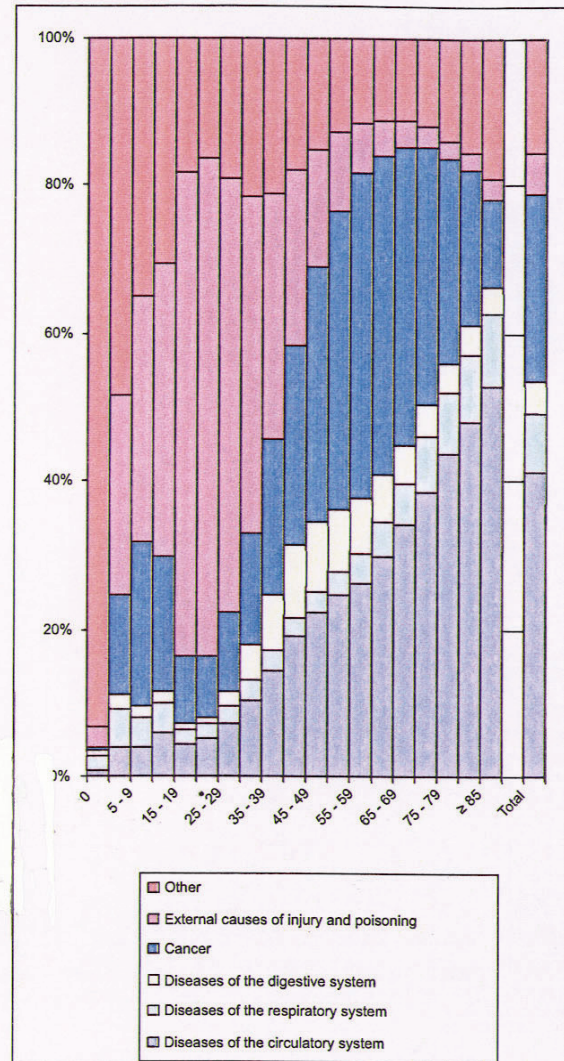
**Distribution of cause of longstanding health problems/disability – Population aged 16-64 years, EU-25, 2002**



**Distribution of type of longstanding health problems/disability (all severities) – Population aged 16-64 years, EU-25, 2002**



**Major causes of death by age-group – EU-25, 2002**



Notes: BE: 1997; DK, FR, SK, SE: 2001.  
Source: Eurostat - public health - causes of death.

64

Source: Eurostat - public health - health status.

32

## Etat de santé et de morbidité \*

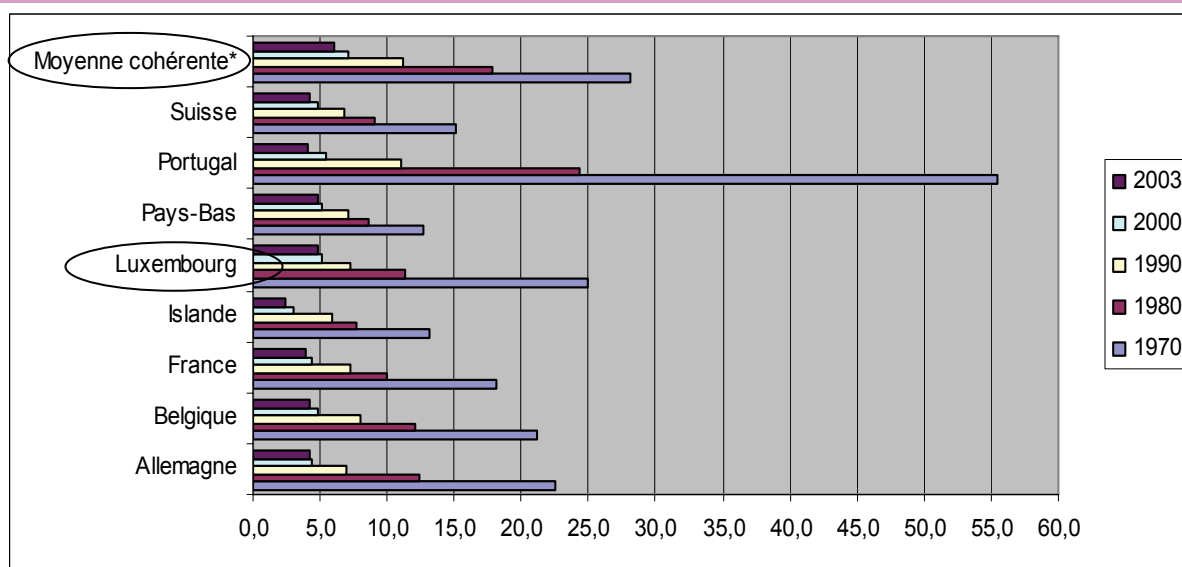
### Mortinatalité, Mortalité néonatale et infantile \*

Grand-Duché de Luxembourg 2004	Nombres absolus	Taux pour mille naissances vivantes
Mortinatalité (mort-nés)	17	3,11
Mortalité néonatale précoce (première semaine de la vie, 0 à 7 jours)	9	1,65
Mortalité néonatale tardive (de 8 à 28 jours)	2	0,37
Mortalité post néonatale (de 29 à 365 jours)	8	1,47
Mortalité infantile (total des décès de moins d'un an)	19	3,48

Source: Direction de la Santé, Serv. Statistiques 2004, HFA database sur internet <http://data.euro.who.int/hfad/b/>

Définition: Le taux de mortinatalité est le nombre d'enfants morts-nés pour 1000 naissances totales (naissances vivantes et morts-nés) pour une période déterminée.

## Comparaison internationale: Taux de mortalité infantile / 1000 naissances vivantes Evolution de 1970 à 2003



Source: Eco-Santé OCDE 2005

Note: la moyenne cohérente (29 pays) est calculée sur base de la dernière donnée disponible pour tous les pays de l'OCDE et exclut la Corée.

## EVOLUTION récente du taux de mortalité infantile

	1999	2000	2001	2002	2003	Données les plus récentes
Belgique						5,57
France	4,32	4,38	4,45	4,10		4,10
Allemagne	4,54	4,38	4,31	4,22	4,23	4,14
<b>Luxembourg</b>	<b>4,12</b>	<b>2,97</b>	<b>4,95</b>	<b>3,93</b>	<b>4,90</b>	<b>3,48</b>
Pays - Bas	5,23	5,13	5,37	5,02	4,80	4,39
Moyenne (15)	4,9	4,75	4,70	4,54	4,48	4,41

Source: WHO/EUROPE, HFA Database 06/2006

PAGE46

\* Voir aussi remarques sur les petits nombres page 5.

## Principales causes de mortalité \*

Grand-Duché de Luxembourg					
Nombre de décès selon la cause (catégories diagnostiques)	Total 2002	Total 2003	Total 2004	% M 2004	% F 2004
Maladies de l'appareil circulatoire	1 437	1 573	1 373	45	55
Tumeurs	917	983	931	58	42
Maladies de l'appareil respiratoire	363	384	287	57	43
Causes externes de morbidité et de mortalité	302	261	230	62	38
Maladies de l'appareil digestif	164	169	182	55	45
Symptômes mal-définis	139	180	109	48	52
Maladies du système nerveux	115	131	105	42	58
Troubles mentaux et du comportement	44	100	77	44	43
Maladies endocriniennes, nutritionnelles + méta	76	78	75	36	64
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	56	78	74	53	47
Maladies de l'appareil génito-urinaire	23	27	36	33	67
Maladies systèmes ostéo articulaire	20	12	15	20	80
Maladies sang + org hématopoïé + troub syst. immun	14	12	12	42	58
Affections situées dans période périnatale	13	13	9	44	56
Malformation congénitales et anom chromosomiques	7	6	8	63	37
Maladies de la peau et du tissu cellulaire s-c	6	6	6	33	67
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	0	1	0	100

Source: Direction de la Santé, Service des Statistiques

## Comparaison internationale: Pourcentage (total) de certaines causes de décès

	Appareil circulatoire		Cancer		Appareil respiratoire		Causes externes	
	1980	2002	1980	2002	1980	2002	1980	2002
Autriche	50,9	44,2	20,8	26,5	5	5,1	8,5	7,2
France	35,1	26,9	23,9	30,5	5,7	5,3	10,3	9,3
Allemagne	48,7	43,4	21,6	26,9	5,4	5,6	6,8	5,3
Islande	47,9	38,0	23,1	30,2	9,8	7,7	9,2	8,3
<b>Luxembourg</b>	<b>47,8</b>	<b>36,9</b>	<b>22</b>	<b>25,9</b>	<b>4</b>	<b>9,4</b>	<b>8,1</b>	<b>9,4</b>
Pays-Bas	44,4	32,6	27,1	28,7	6	8,9	5,4	4,2
Portugal	43,6	36	14,1	22,1	7,4	8,1	6,8	6,8
Royaume-Uni	49,1	37,2	22,1	28,2	13,7	11,8	4,3	4,1
Moyenne OCDE	47,8	37,7	21,1	27,6	7,6	7,9	7,2	7

Les maladies cardio-vasculaires qui tuent davantage les femmes que les hommes, restent actuellement, au G.-D. de Luxembourg comme dans les pays environnants, la première cause de décès, devant les cancers, les maladies respiratoires et les causes externes.

Depuis 1980, on note toutefois un recul des MC-V comme cause de mortalité alors que les cancers (qui touchent davantage les hommes) et les maladies respiratoires jouent un rôle plus important.

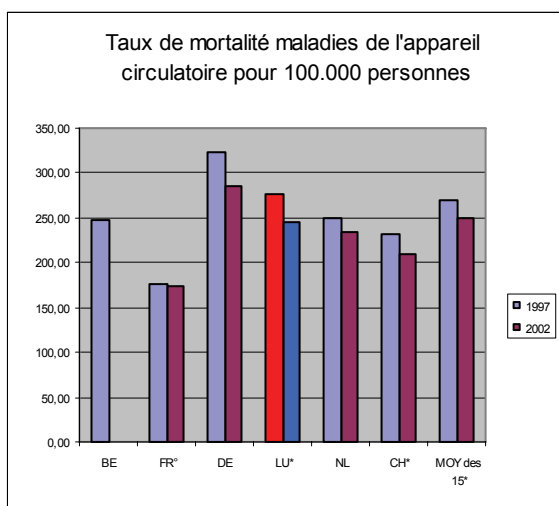
Source: OECD Health Data 2005. The raw mortality data is extracted from the WHO Mortality Database (March 2005)  
Note: All mortality rates are standardised to the OECD standard population (1980) The consistent average excludes Belgium, Czech Republic, Korea, Mexico, Slovak Republic and Turkey.

## Mortalité **cardio-vasculaire**: les causes de décès les plus fréquentes au GDL

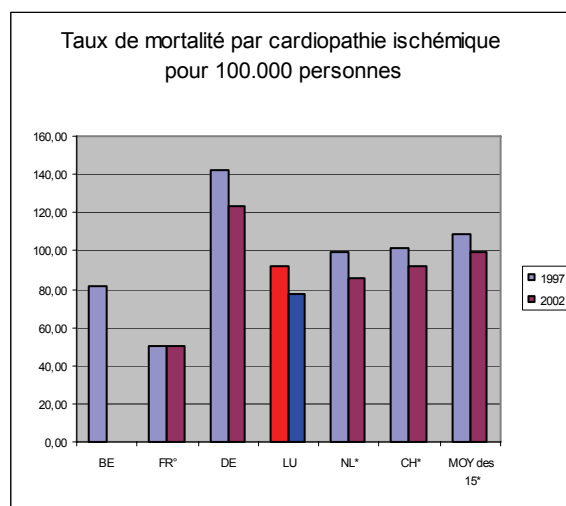
GDL	Classement par diagnostic ICD 10	1998	2002	2004	dont % M	dont % F
1	I50 Insuffisance cardiaque	245	255	246	34	66
2	I25 Cardiopathie ischémique chronique	283	251	218	51	49
3	I21 Infarctus aigu du myocarde	194	169	214	66	34
4	I64 Accidents cérébro-vasculaires non précisé	240	219	210	34	66
5	I61 Hémorragie intracérébrale	110	114	60	48	52
6	I26 Embolie pulmonaire	25	41	53	45	55
7	R09 Autres symptômes relatifs appareil circulatoire + respiratoire	15	14	39	56	44
8	I46 Arrêt cardiaque	42	18	34	62	38
9	I51 Complications cardiopathies + maladies cardiaques	49	25	34	44	56
10	I42 Myocardiopathie	20	36	29	41	59
11	I35 Att non rhumatismales de la valvule aortique	23	22	27	48	52
12	I49 Autres arythmies cardiaques	38	31	24	42	58
13	I70 Athérosclérose	42	32	24	17	83
14	I69 Séquenes de maladies cérébro-vasculaires	3	15	21	38	62
15	I71 Anévrisme aortique + dissection	23	20	18	50	50
16	I63 Infarctus cérébral	51	27	16	38	63
17	I11 Cardiopathie hypertensive	15	19	11	36	64
18	I38 Endocardite, valvule np	11	15	10	60	40
19	J81 Œdème pulmonaire	19	9	10	40	60
20	I24 Autres cardiopathies ischémiques aiguës	5	6	9	56	44
21	I60 Hémorragie sous-arachnoïdienne	6	14	8	13	88
22	I10 Hypertension essentielle (primitive)	13	13	7	14	86
23	I48 Fibrillation + flutter auriculaires	4	3	7	71	29
24	I62 Autres hémorragies intracrâniennes traumatiques	5	7	7	43	57
25	I74 Embolie + thrombose artérielles	9	11	7	43	57

42 causes différentes de mortalité par maladies cardiovasculaires = 1369 décès

En 2004, les décès par MCV touchaient inégalement les 2 sexes (55% pour les femmes et 45% pour les hommes), les 25 causes de décès les plus fréquentes représentent 1343, soit 98% des décès par MCV, les 10 causes les plus fréquentes représentent 85% des décès.



\* données 2000 / ° données 1999



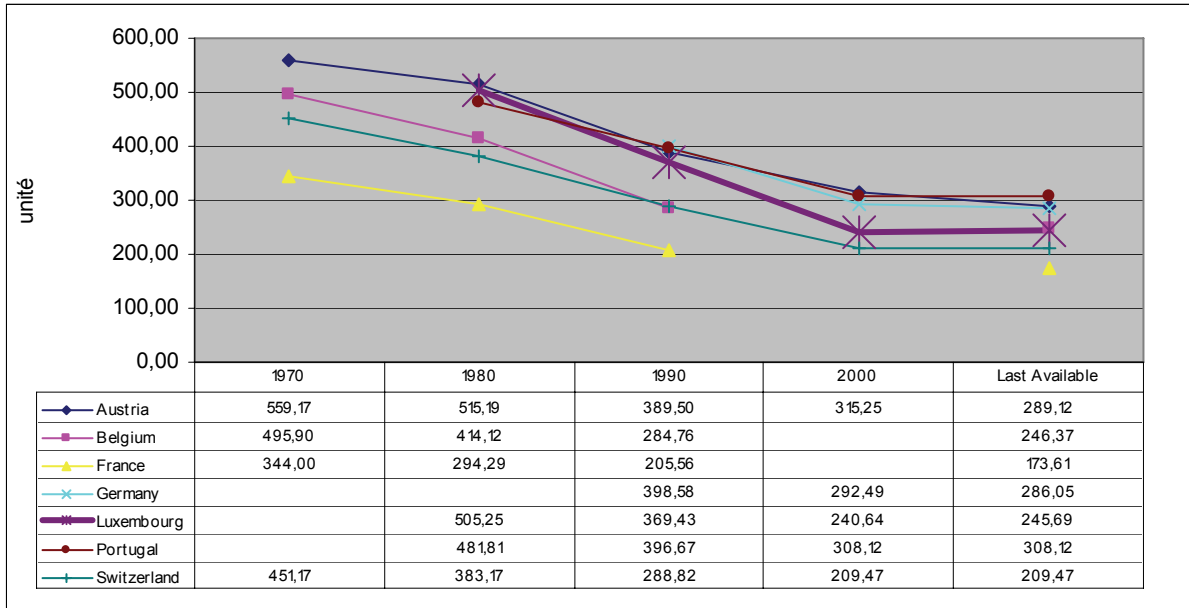
\* données 2000 / ° données 1999

Source: WHO/EUROPE, HFA Database, January 2004  
ICD 10; I00-I99, SDR is the age-standardized death rate calculated using the direct method and standard European population

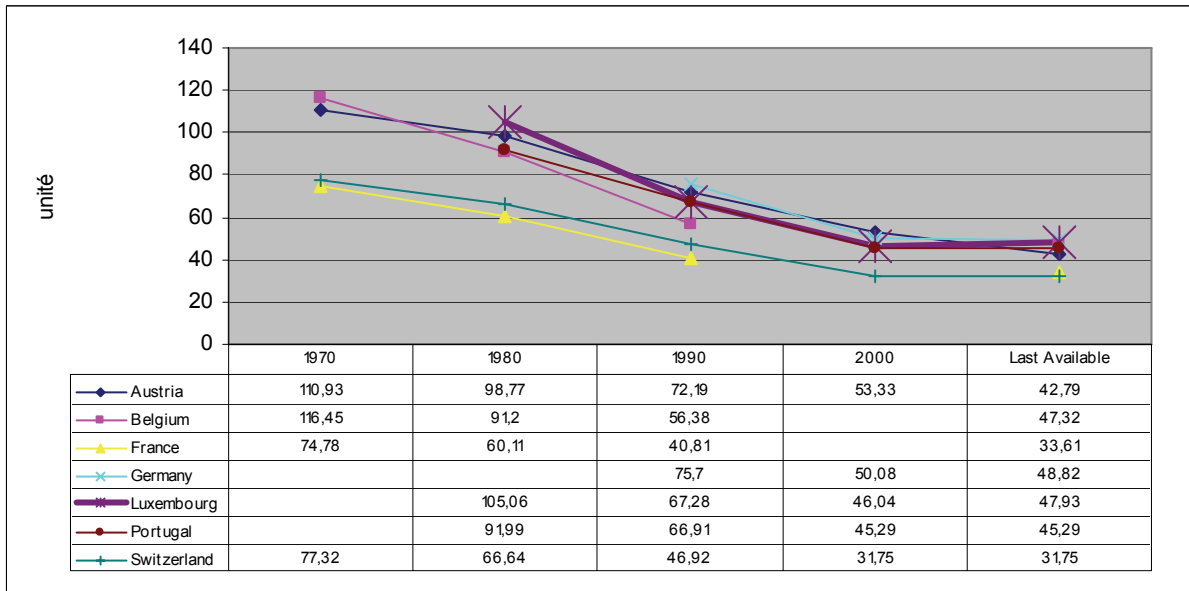
Source: WHO/EUROPE, HFA Database, January 2004  
ICD 10; I20-I25, SDR is the age-standardized death rate calculated using the direct method and standard European population



**Appareil circulatoire \* : évolution du taux de mortalité**  
(100.000 pers./ tous âges / 1970-2000)

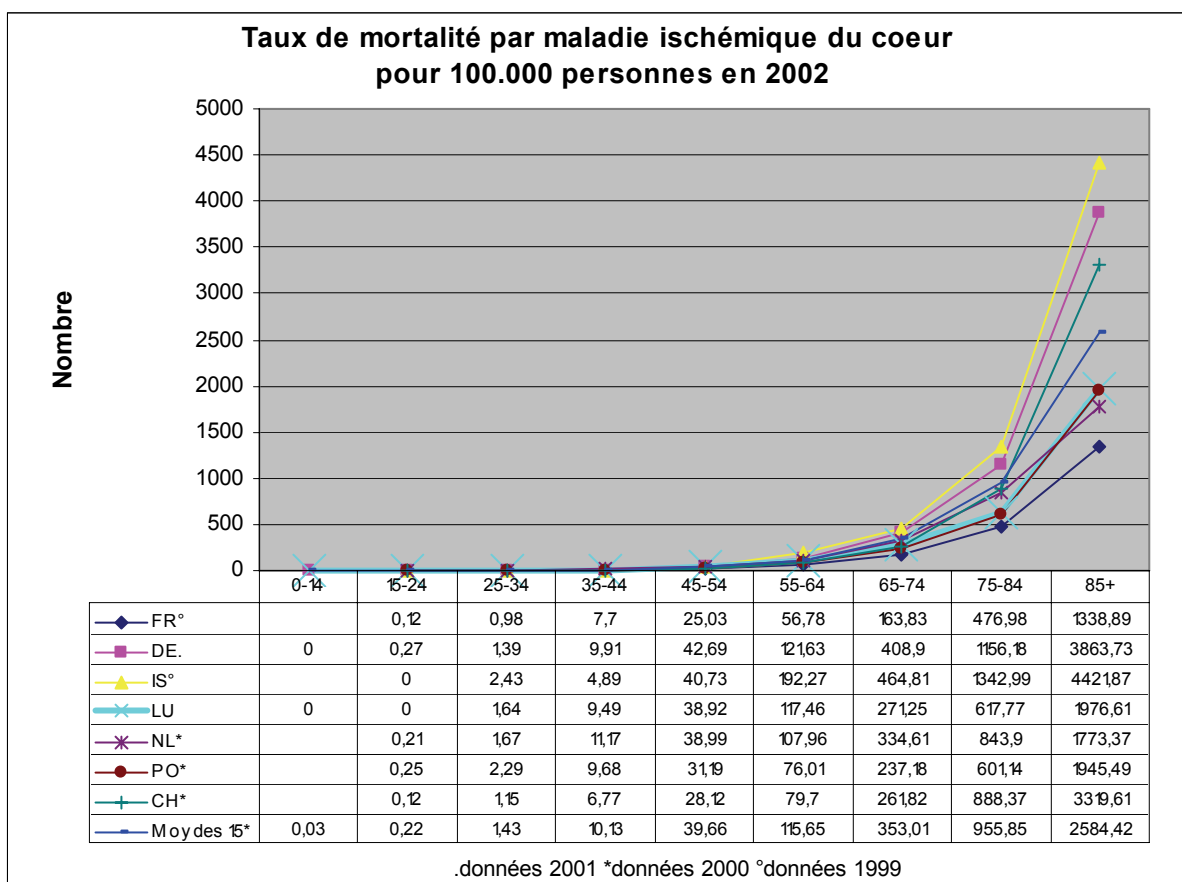
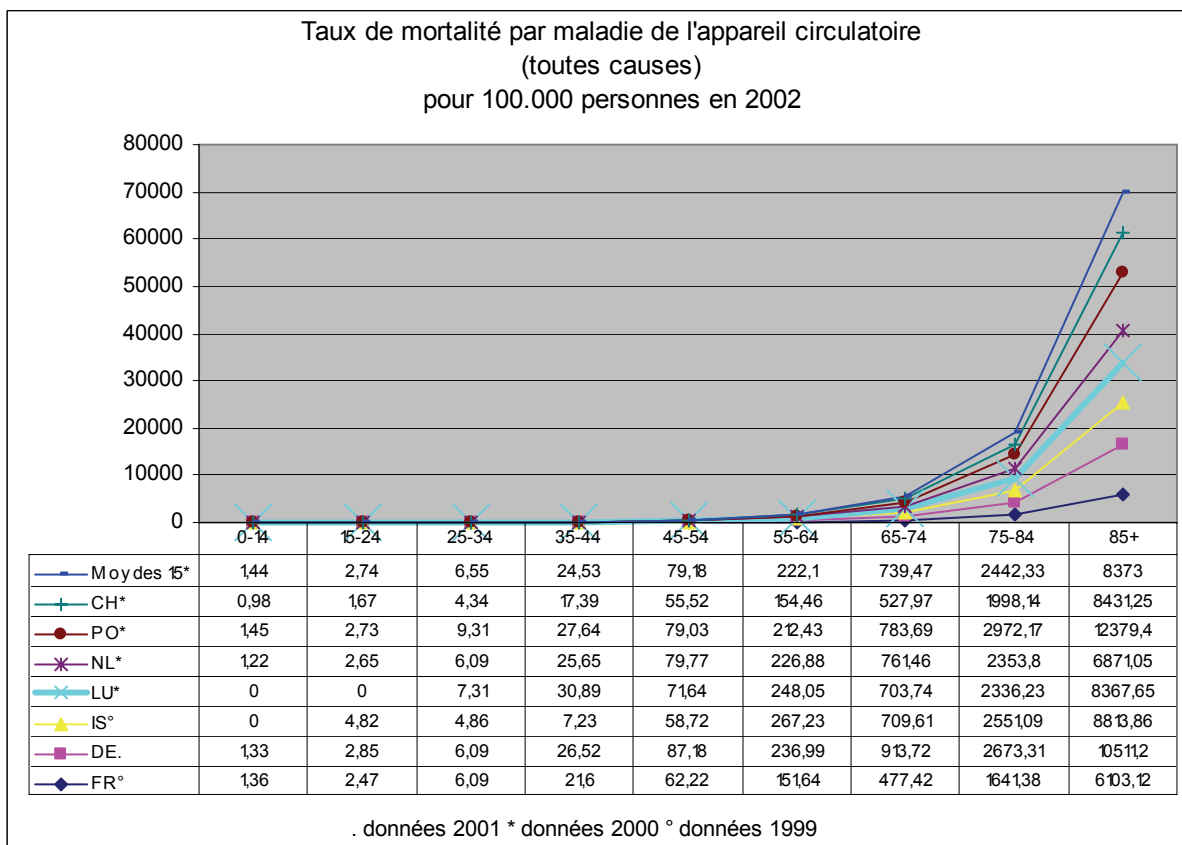


**Appareil circulatoire: évolution du taux de mortalité prématurée**  
(100.000 pers. / 0-64 ans / 1970 – 2000)

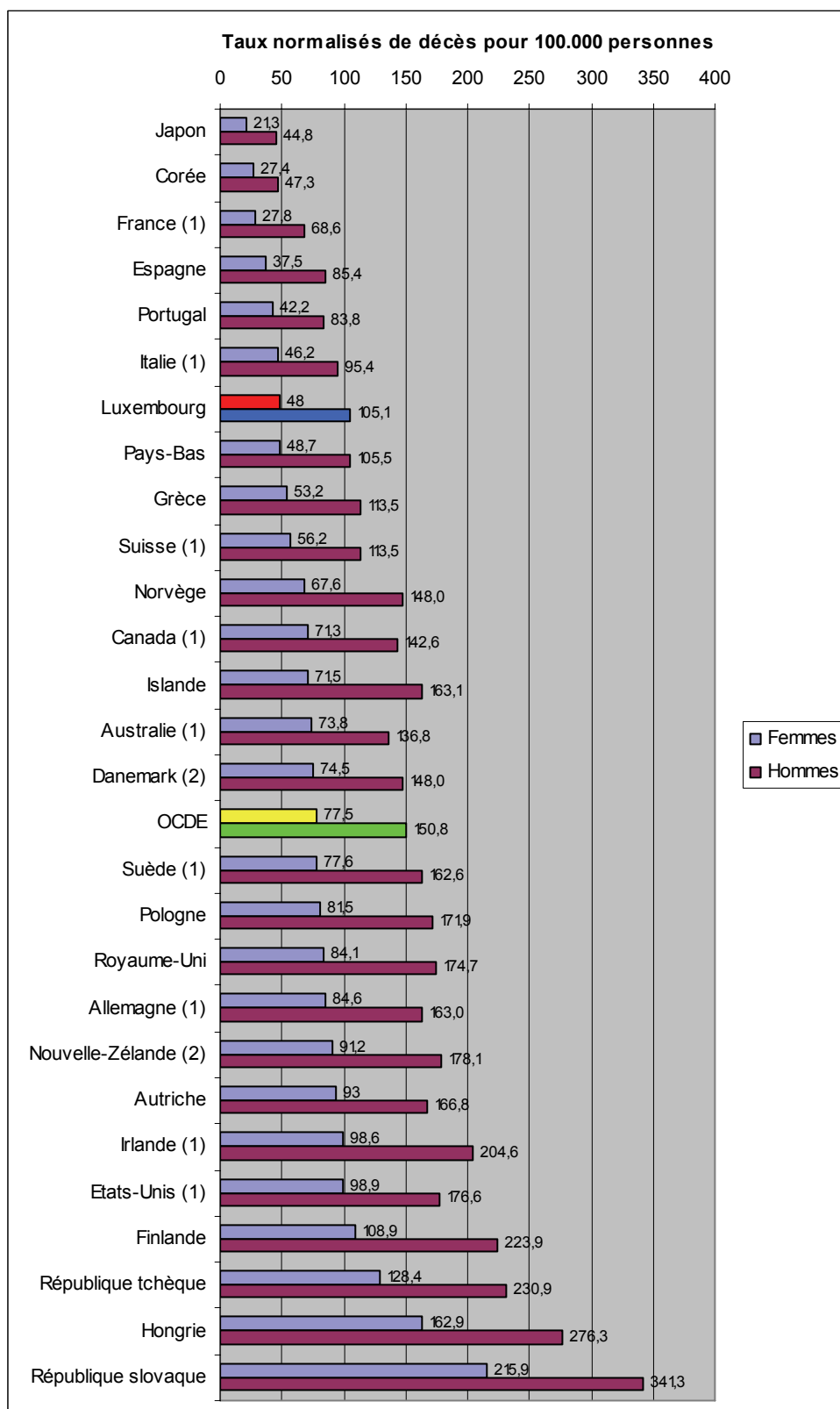


Source: WHO/Europe, HFA Database, January 2004

## Maladies cardio-vasculaire \* : taux de mortalité par groupe d'âge

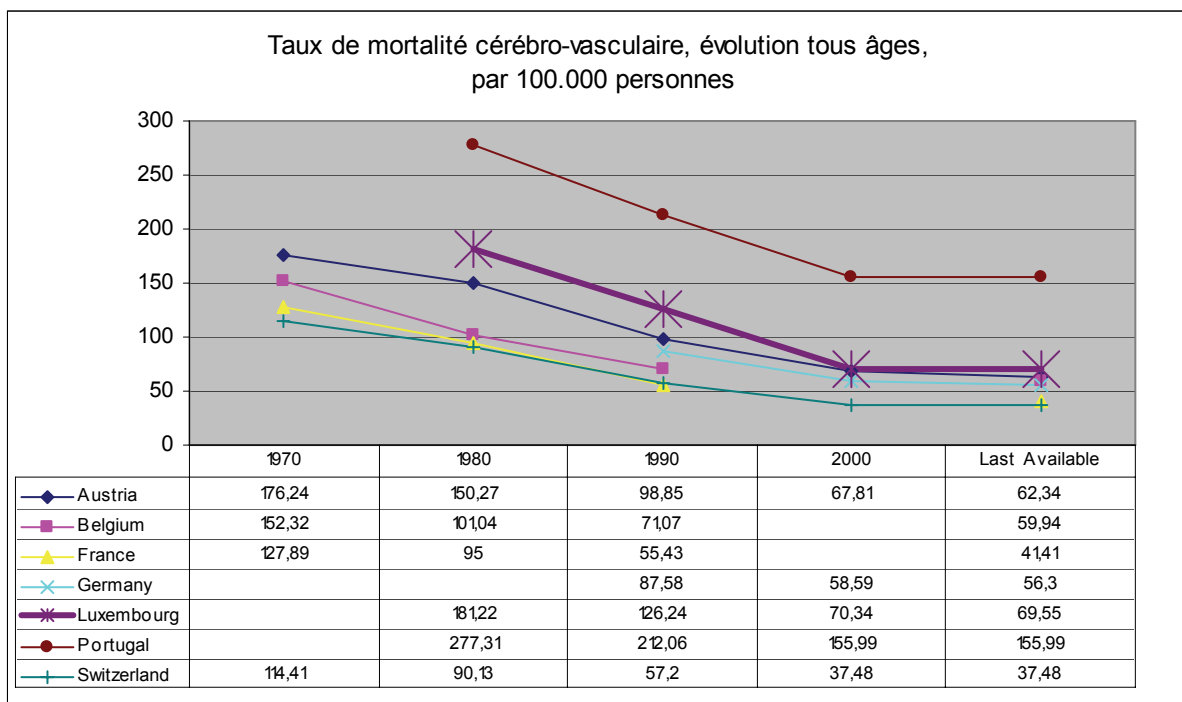


## Crise cardiaque: taux de mortalité en 2002 / comparaison internationale

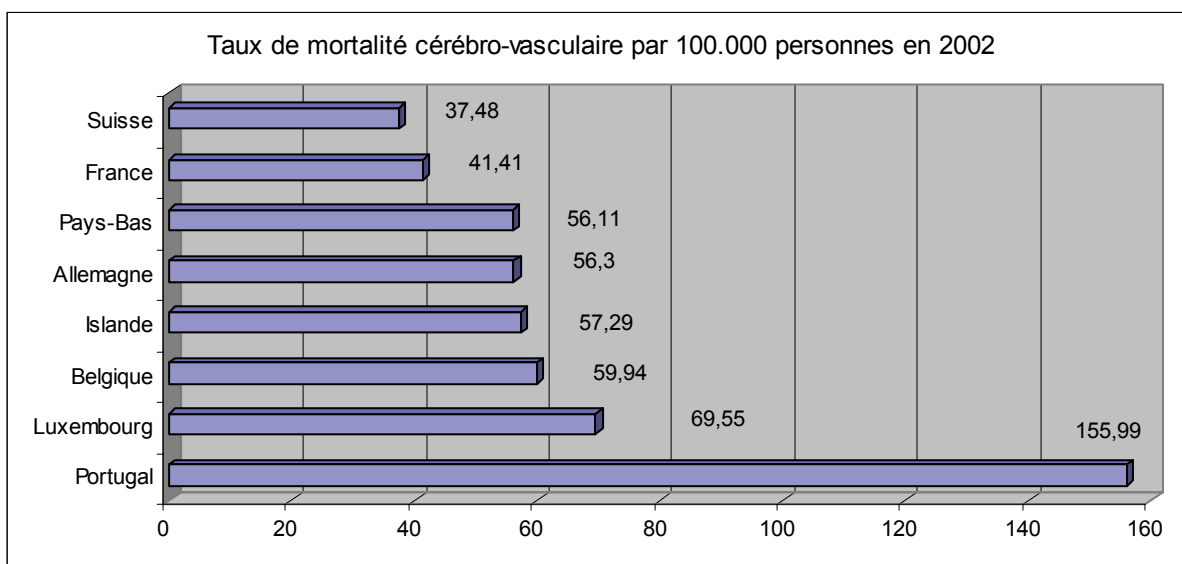


Source: OECD 2005  
 Note: 1—2001; 2—2000

## Mortalité cérébro-vasculaire \* , tous âges par 100.000 personnes, 2002



Source: OECD 2005



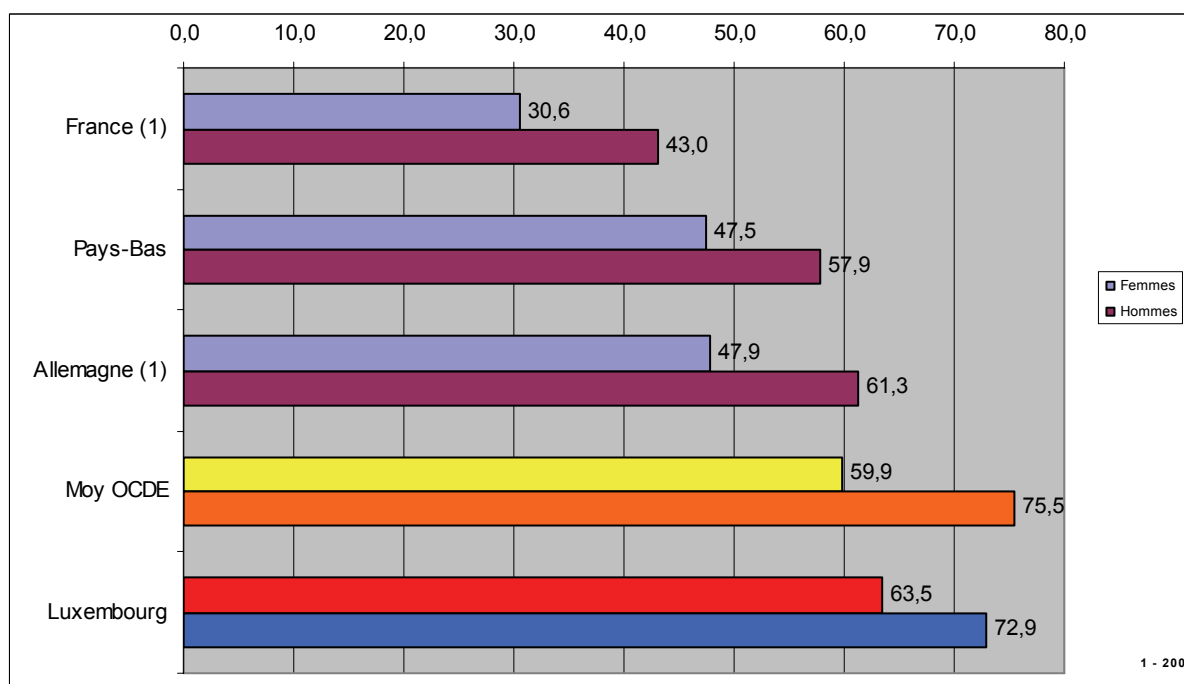
Source: OECD 2005

### Commentaire: Morbidité et Mortalité cardio et cérébro-vasculaire:

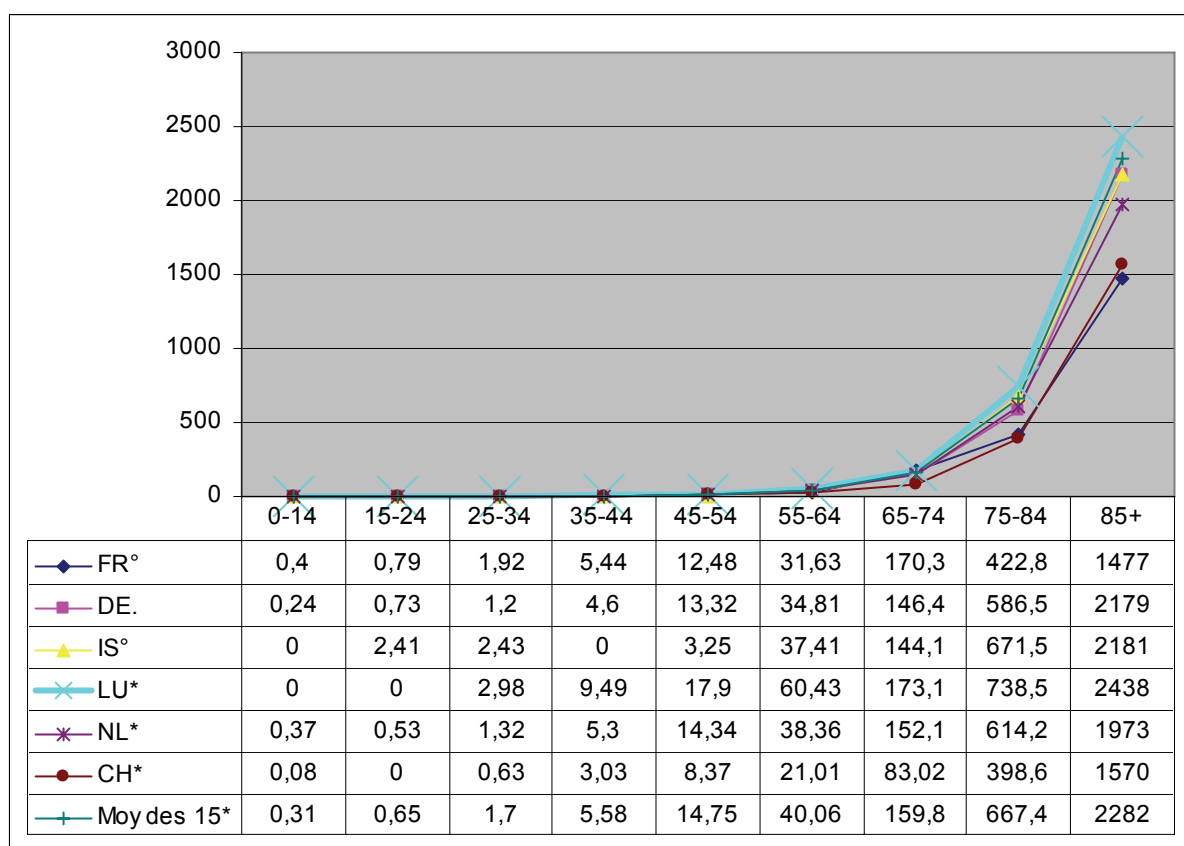
Si déjà en 2002 le G.-D. de Luxembourg fait en matière de mortalité cardio-vasculaire aussi bien que ses voisins, il sera intéressant de voir l'évolution dans le temps, car l'INCCI qui fonctionne à la satisfaction générale, n'a été mis en service sous cette forme que depuis 2001 et des appareils de défibrillation semi-automatiques ont été ajoutés aux ambulances du SIAVDL (en 2004) et seront progressivement généralisés au service ambulancier de la Protection Civile.

En matière de mortalité cérébro-vasculaire, une amélioration sensible est à noter au cours des dernières décennies, mais en 2002, le taux de mortalité afférent reste légèrement supérieur à celui des pays avoisinants. A partir de 2003, le GDL introduit des structures de prise en charge spécifiques (stroke-units) dans les principaux hôpitaux de garde et amélioré les efforts en matière de post-stroke et de rééducation gériatrique. Une étude d'évaluation des impacts de cette mesure par le CRP-Santé et l'UDL a démarré début 2006.

## Accidents cérébro-vasculaires : taux de mortalité, 2002 (en fonction du sexe)



## Maladies cérébro-vasculaires: taux de mortalité pour 100.000 pers. en 2002



. données 2001 \* données 2000 ° données 1999

## Cancers \* : causes de décès les plus fréquentes

	Classement par diagnostics ICD 10	1998	2001	2004	2004 %M	2004 % F
1	C34 Tum-mali bronches + poumon	210	180	190	77	23
2	C18 Tum-mali côlon	102	91	76	66	34
3	C50 Tum-mali sein	68	88	72	1	99
4	C25 Tum-mali pancréas	51	66	63	56	44
5	C16 Tum-mali estomac	43	34	40	60	40
6	C61 Tum-mali prostate	49	47	38	100	0
7	C71 Tum-mali cerveau	37	28	37	62	38
8	C80 Tum-mali siège non précisé	36	45	37	65	35
9	C22 Tum-mali foie+ voies billiaires	29	27	31	61	39
10	C56 Tum-mali ovaire	30	31	30	0	100
11	C64 Tum-mali rein,	13	24	28	68	32
12	C15 Tum-mali oesophage	29	18	27	85	15
13	C20 Tum-mali rectum	29	19	23	61	39
14	C43 Mélanome malin de la peau	14	12	19	53	47
15	C92 Leucémie myéloïde	10	14	19	53	47
16	C14 Tum-mali lèvre, cavité buc, pharynx	12	14	17	88	12
17	C67 Tum-mali vessie	19	27	17	71	29
18	C85 Lymphome n hodgkinien,	29	14	16	50	50
19	C90 Myélome multiple	17	19	13	31	69
20	C91 Leucémie lymphoïde	10	8	13	46	54
21	C76 Tum-mali sièges a+md	8	4	12	58	42
22	C95 Leucémie à cellules np	22	11	11	36	64
23	C55 Tum-mali utérus, partie np	11	7	9	0	100
24	C97 Tum-mali sièges multiples	3	27	9	44	56
25	C45 Mésotéliome	4	3	7	86	14
Total		1003	934	943	58	42

Source: G.-D.L. Direction de la Santé; Service des Statistiques : Publications Causes de décès

Toutes les causes de décès sont enregistrées sur base de la classification diagnostique ICD 10. En 2004, les 25 1ères causes indiquées dans ce tableau représentent 91% (863 cas) des décès par tumeurs, les 10 premières causes représentent 65% des décès d'origine cancéreuse.

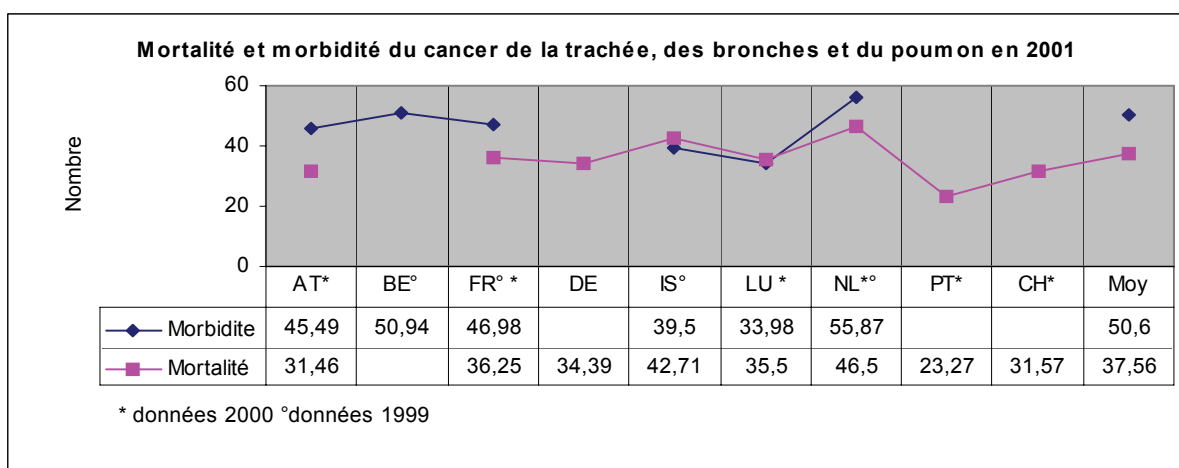
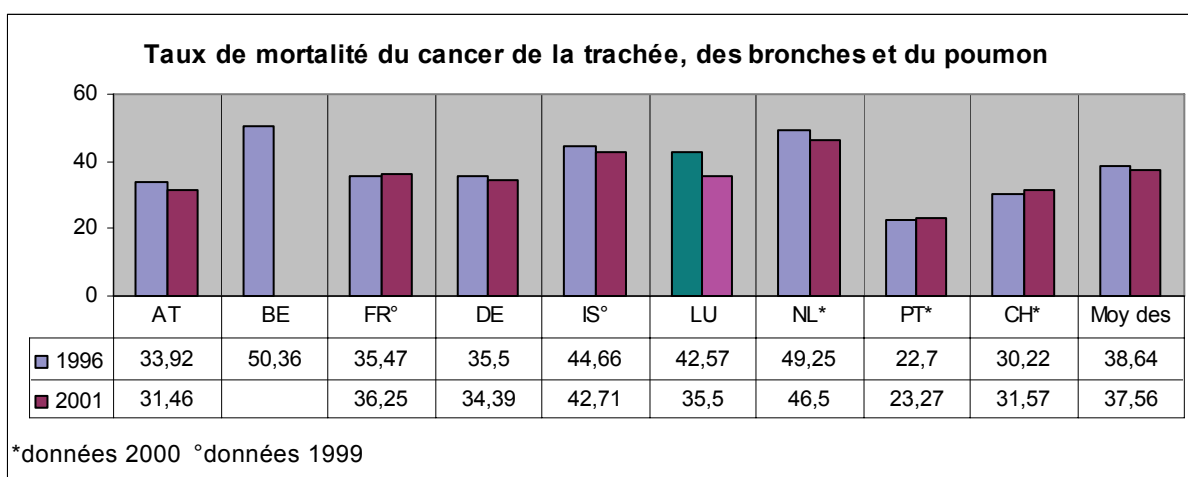
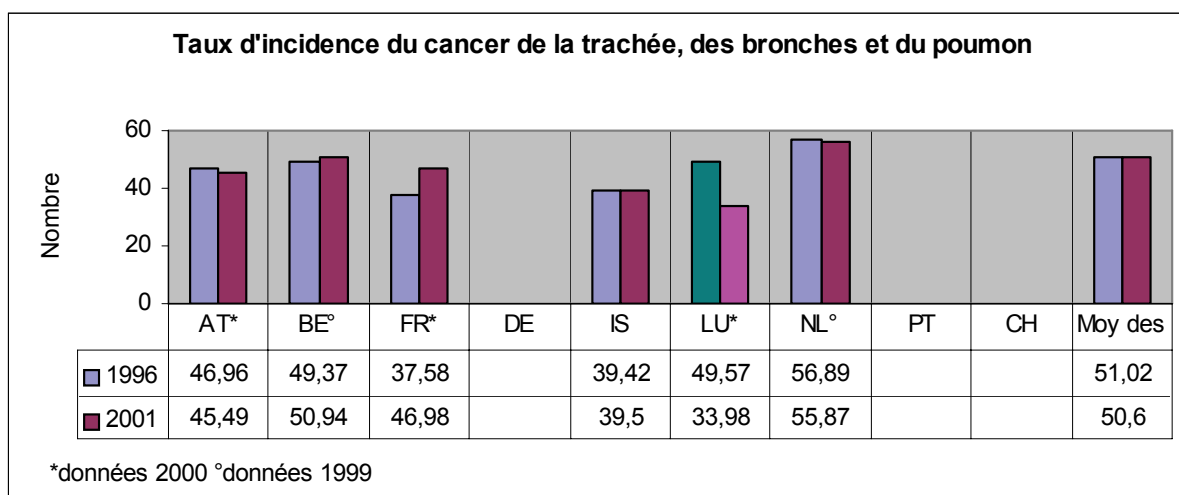
### Registre des tumeurs: GDL: nouveaux cas de cancers \*

	Classement sur base morphologique	2000	2001	2002	2002 in Situ	2002 % F
1	Prostate	283	345	311	0	0
2	Sein	313	314	294	37	99
3	Colon rectum	257	228	266	67	44
4	Peau (mélanome malin inclus)	141	163	212	82	41,5
5	(Bronches et) poumon	149	126	148	0	19,5
6	Estomac	<46	48	56	7	44
<b>Total</b>		<b>1808</b>	<b>1886</b>	<b>1920</b>	<b>193</b>	<b>43%</b>

Source: G-D.L Ministère de la Santé; LNS, R.Scheiden: Registre Morphologique des Tumeurs

La comparaison directe de ces 2 tableaux doit être faite avec toutes les prudences d'usage .

## Cancers de la trachée, des bronches et du poumon par 100.000 pers.

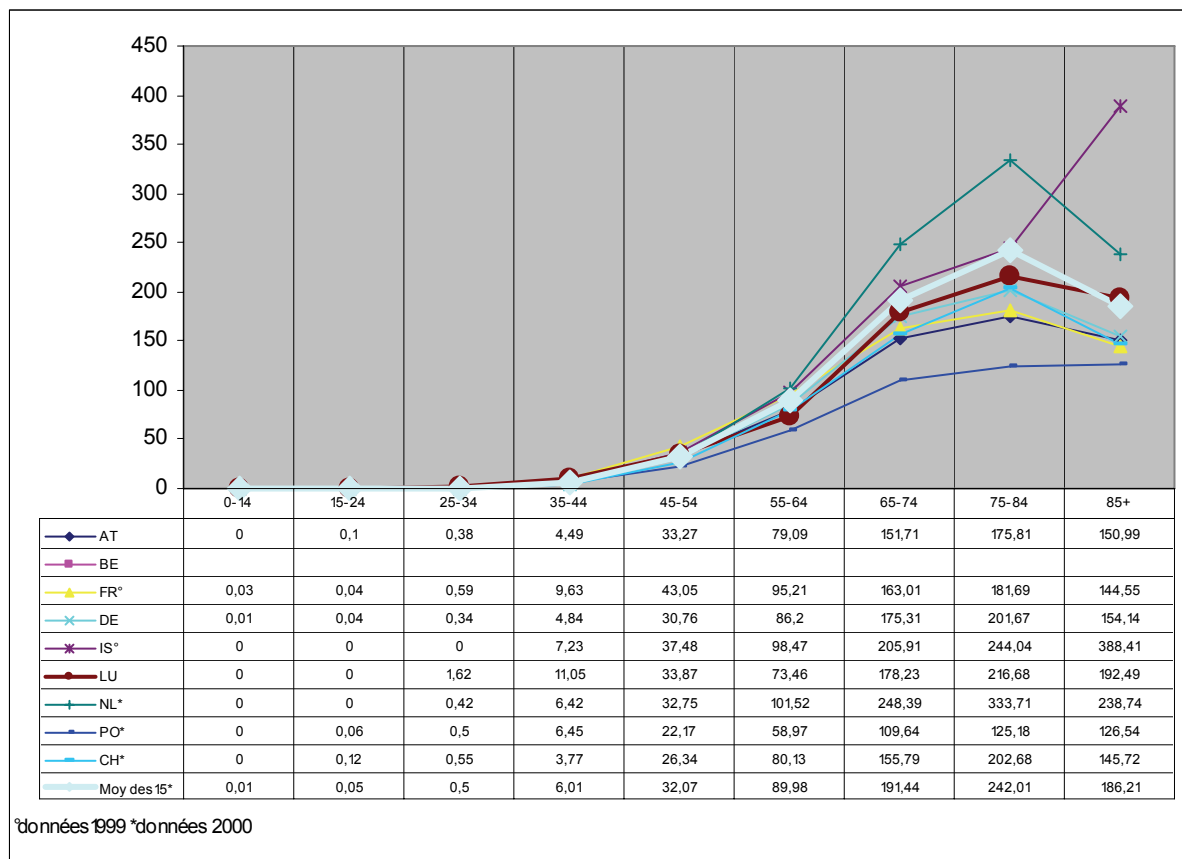


Moyenne = moyenne des 15 premiers pays de l'Union européenne

### Définition:

L'incidence du cancer correspond au nombre de nouveaux cas d'un type de cancer donné, diagnostiqués au cours d'une période spécifique. Le taux d'incidence d'un cancer = nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer, pour une période donnée divisé par la population totale au milieu de la même période, multiplié par 100.000. (Source: ECO-SANTE, Québec 2005)

## Taux de mortalité cancers de la trachée, des bronches et du poumon en fonction des âges pour 100.000 personnes en 2001



Source: WHO/EUROPE, HFA Database, January 2004 ICD 10: C33-C34

### Commentaire:

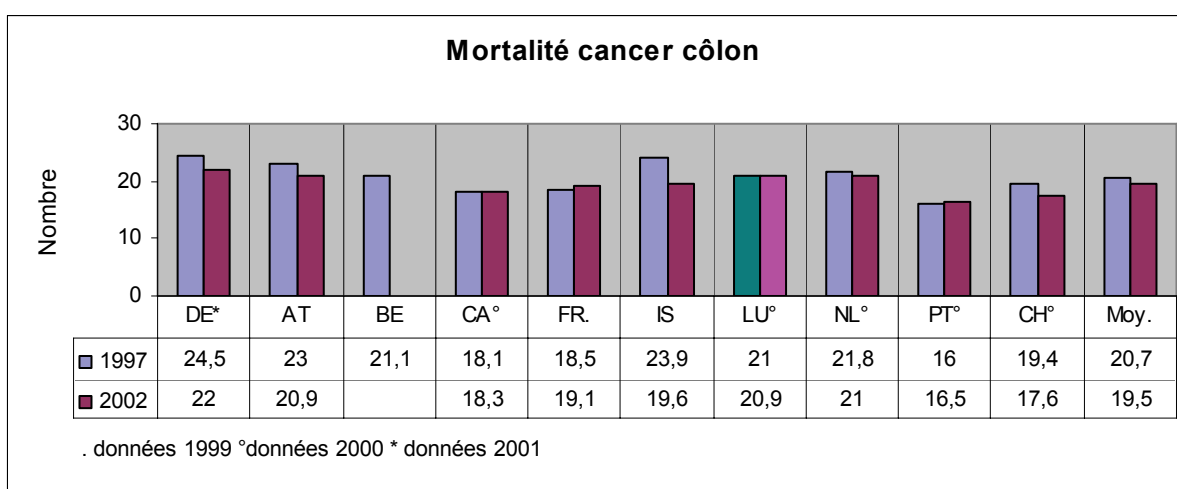
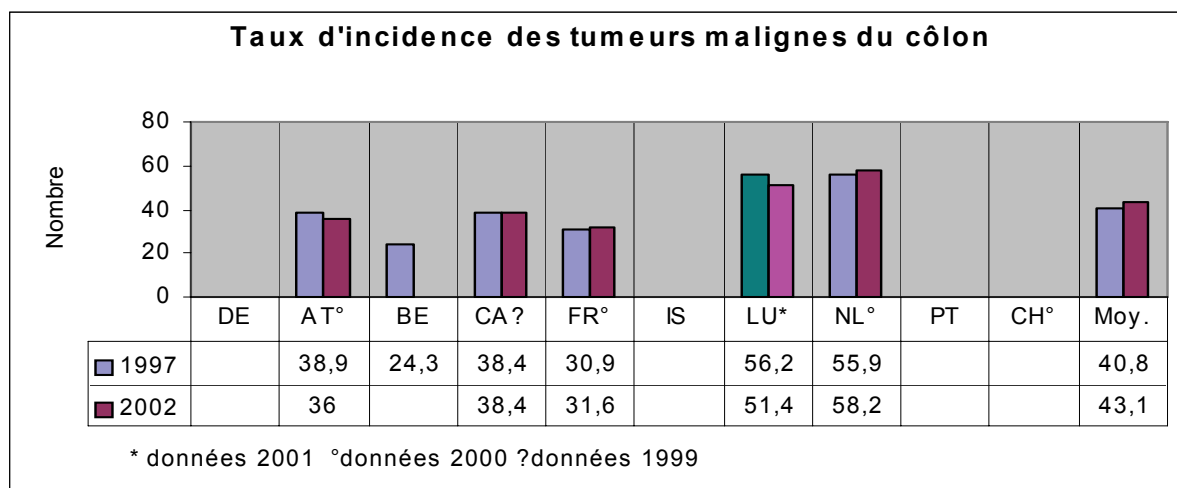
- En matière de morbidité et de mortalité par cancer le GDL suit la tendance des pays voisins. Pour les premières causes de mortalité (et notamment les cancers des bronches et du pancréas), les avancées thérapeutiques stagnent et les résultats sont décevants, partiellement aussi du fait que ces tumeurs sont détectées trop tardivement.
- En ce qui concerne le cancer du poumon, on ne peut que prévenir cette maladie, létale à des âges relativement jeunes, notamment en agissant sur la diminution drastique de la consommation de tabac.
- Conformément aux recommandations de l'OMS et aux directives de l'UE, le G.-D. de Luxembourg, depuis fin des années 1990, applique de plus en plus activement une politique d'interdiction progressive en matière de publicité pour le tabac et de restriction de sa consommation dans des lieux publics.
- Malheureusement, il n'existe pas encore de programmes de prévention efficaces, pour le cancer du pancréas, à pronostic très sombre à court terme, et dans une moindre mesure pour celui de la prostate, dont les chances de rémission/guérison sont meilleures.
- Le GDL a mis en place, avec un succès certain, de tels programmes pour le cancer du sein et, de façon moins structurée, pour celui du côlon.

### Impact (en %) sur la mortalité et l'espérance de vie en bonne santé du **tabac**, de l'**alcool** et de **drogues** illicites (DALY / AVCI)

	Mortalité			DALYs (AVCI)		
	tabac	alcool	drogues	tabac	alcool	drogues
pays développés						
hommes	26,3	8,0	0,6	17,1	14,0	2,3
femmes	9,3	0,3	0,3	6,2	3,3	1,2
mondial	8,8	3,2	0,4	4,1	4,0	0,8



## Cancer du côlon / 100.000 personnes



Source: ECO-SANTE OCDE 2004, 3ième édition / Moyenne = moyenne des 15 premiers pays de l'Union européenne

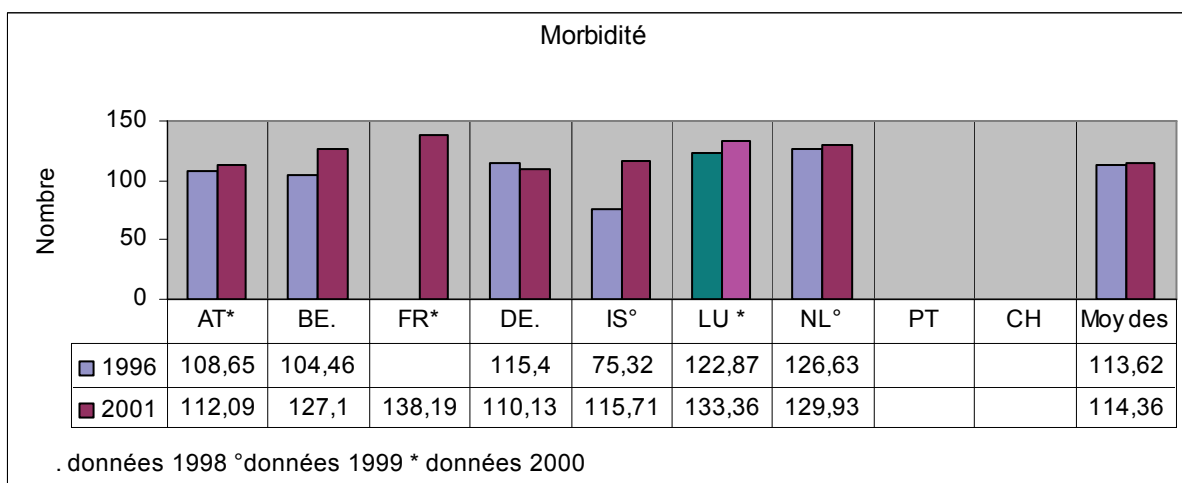
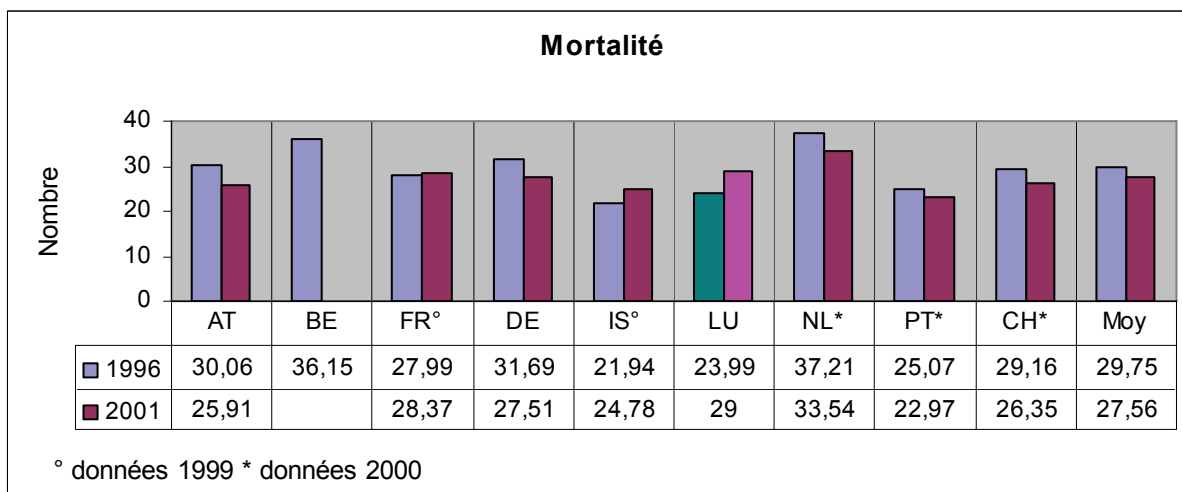
### Remarque:

Nous avons repris les comparaisons de la publication précitée. Pour tirer des conclusions plus robustes, il faudrait choisir encore d'autres intervalles; ceci vaut de même pour toutes les autres comparaisons où des petits nombres sont en jeu (voir aussi remarque sur les petits nombres page 5).

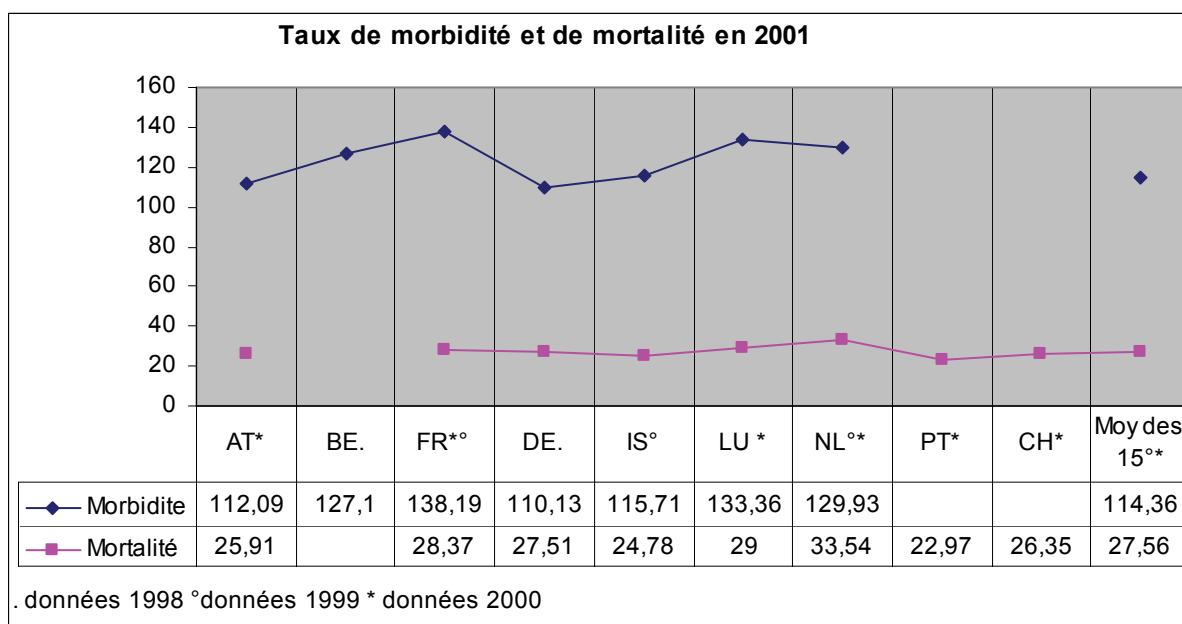
## Cancer du côlon: taux d'incidence et de mortalité en 2002 par 100.000 personnes

	Incidence femmes	Mortalité femmes	Incidence hommes	Mortalité hommes	Moyenne Ratio % Femmes + hommes	
Suisse	25,2	9,7	42,7	15,2	37,0	1
Canada	30,6	11,7	42,2	16,1	38,2	2
Japon	26,5	11,1	49,3	17,3	38,5	4
Italie	26,6	10,9	39,2	16,5	41,5	5
<b>Luxembourg</b>	<b>30,7</b>	<b>13,4</b>	<b>43,6</b>	<b>18,6</b>	<b>43,2</b>	<b>6</b>
Islande	27,0	13,2	34,0	12,8	43,3	7
Suède	26,2	11,1	33,4	14,9	43,5	9
France	25,9	11,8	40,8	18,2	45,1	11
Allemagne	33,1	15,7	45,5	19,9	45,6	12
Pays-Bas	30,8	14,4	40,9	18,9	46,5	16
Belgique	26,8	14,1	37,0	18,7	51,6	20

## Cancer du sein: Taux de mortalité et d'incidence par 100.000 personnes

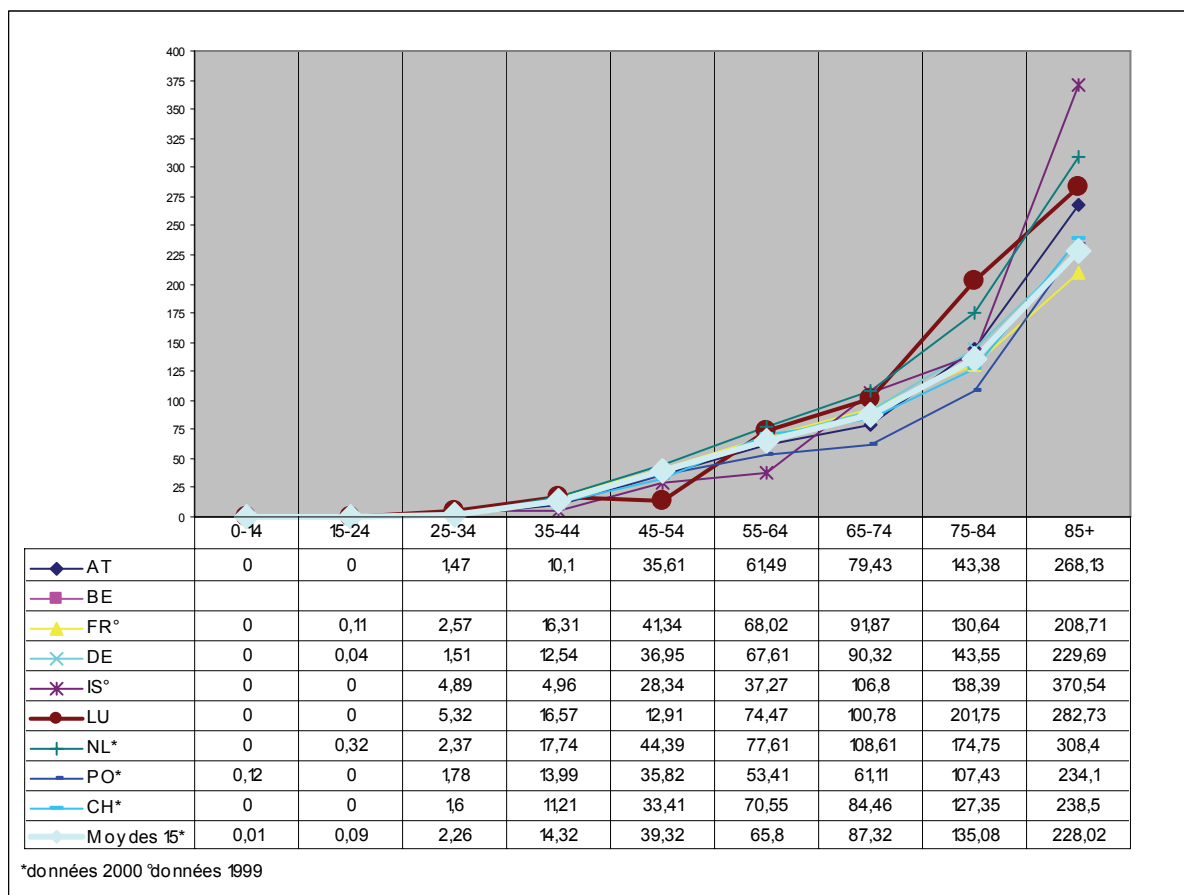


Source: ECO-SANTE OECD 2005, Health Data 3ème édition / Moyenne = moyenne des 15 premiers pays de l'Union européenne



## Cancer du sein:

taux de mortalité en fonction des âges pour 100.000 personnes en 2001



Source: WHO / EUROPE, HFA Database, January 2004

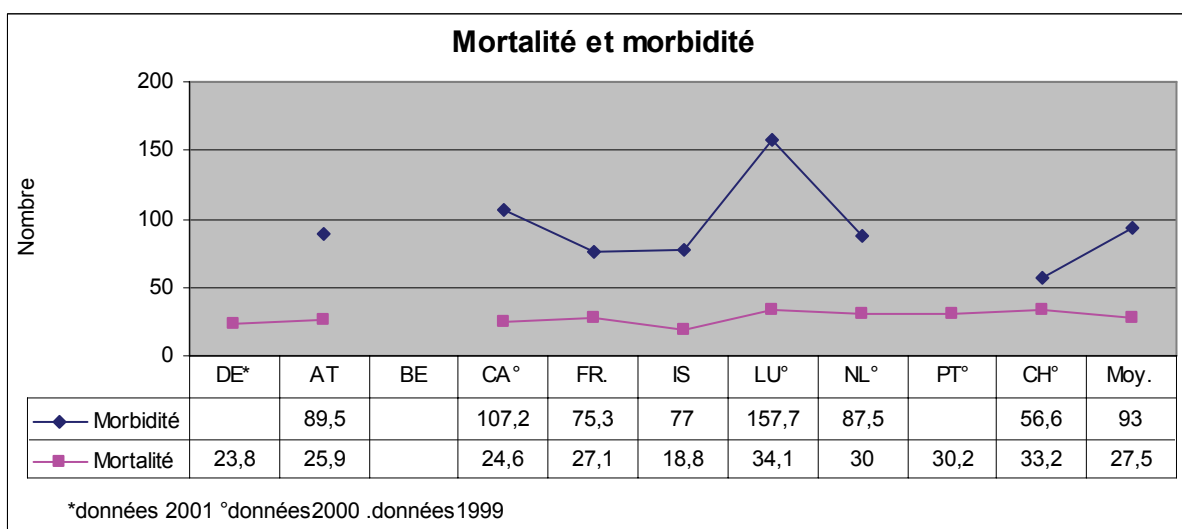
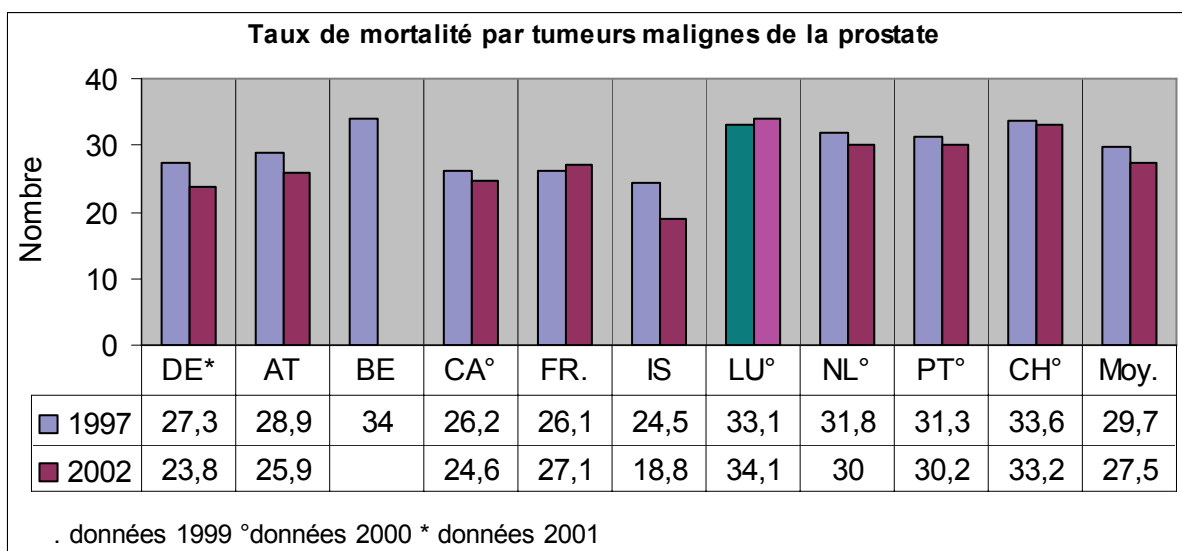
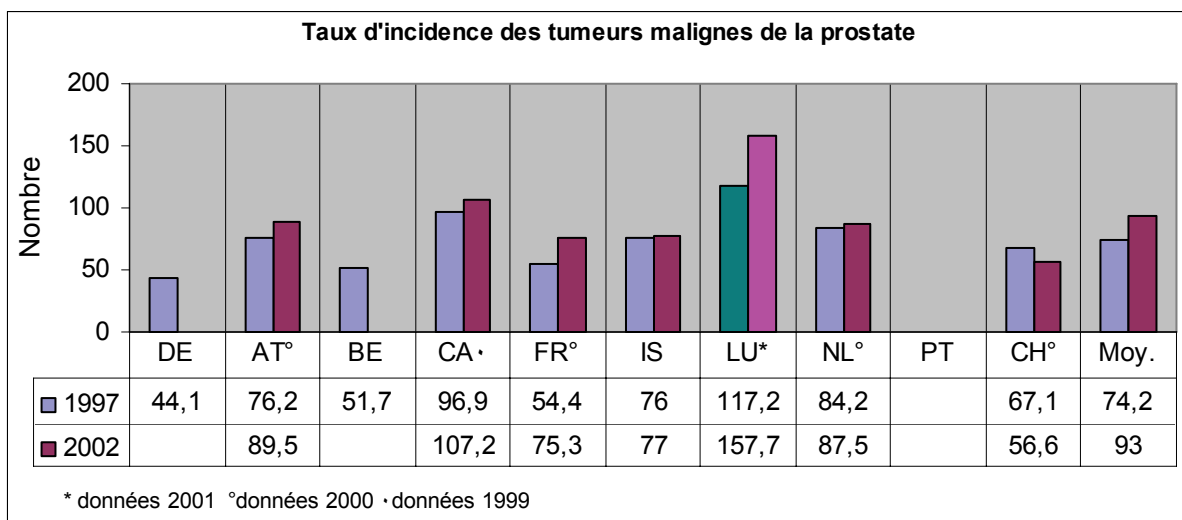
## Cancer du sein: taux d'incidence et de mortalité en 2002

	Incidence	Mortalité	Ratio %	Rang
Suède	87,8	17,3	19,7	1
Finlande	84,7	17,4	20,5	2
Corée	20,4	4,4	21,6	3
Islande	90,0	19,6	21,8	4
Australie	83,2	18,4	22,1	5
France	91,9	21,5	23,4	6
<b>Luxembourg</b>	<b>82,5</b>	<b>19,3</b>	<b>23,4</b>	<b>6</b>
Norvège	74,8	17,9	23,9	8
Suisse	81,7	19,8	24,2	9
Canada	84,3	21,1	25,0	10

Source: Ferlay et al., 2004; calculations by authors; How good is Canadian HealthCare, The FRAZER INSTITUTE 2005 Report, ISSN 1480-3666

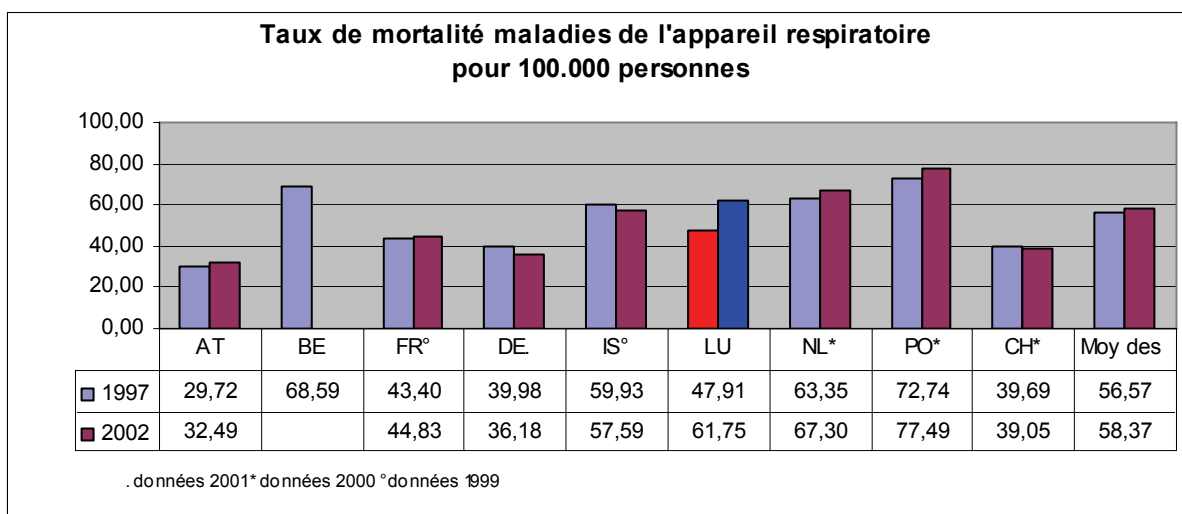
A l'édition 2004 du rapport ci-après, le taux par 100.000 d'incidence était de 69,3% et celui de mortalité de 23,2% pour le cancer du sein au GDL, ce qui le classait alors au 15ème rang parmi les 28 pays de l'OCDE comparés (v. aussi remarques sur les petits nombres page 5).

## Cancer de la prostate / 100.000 personnes



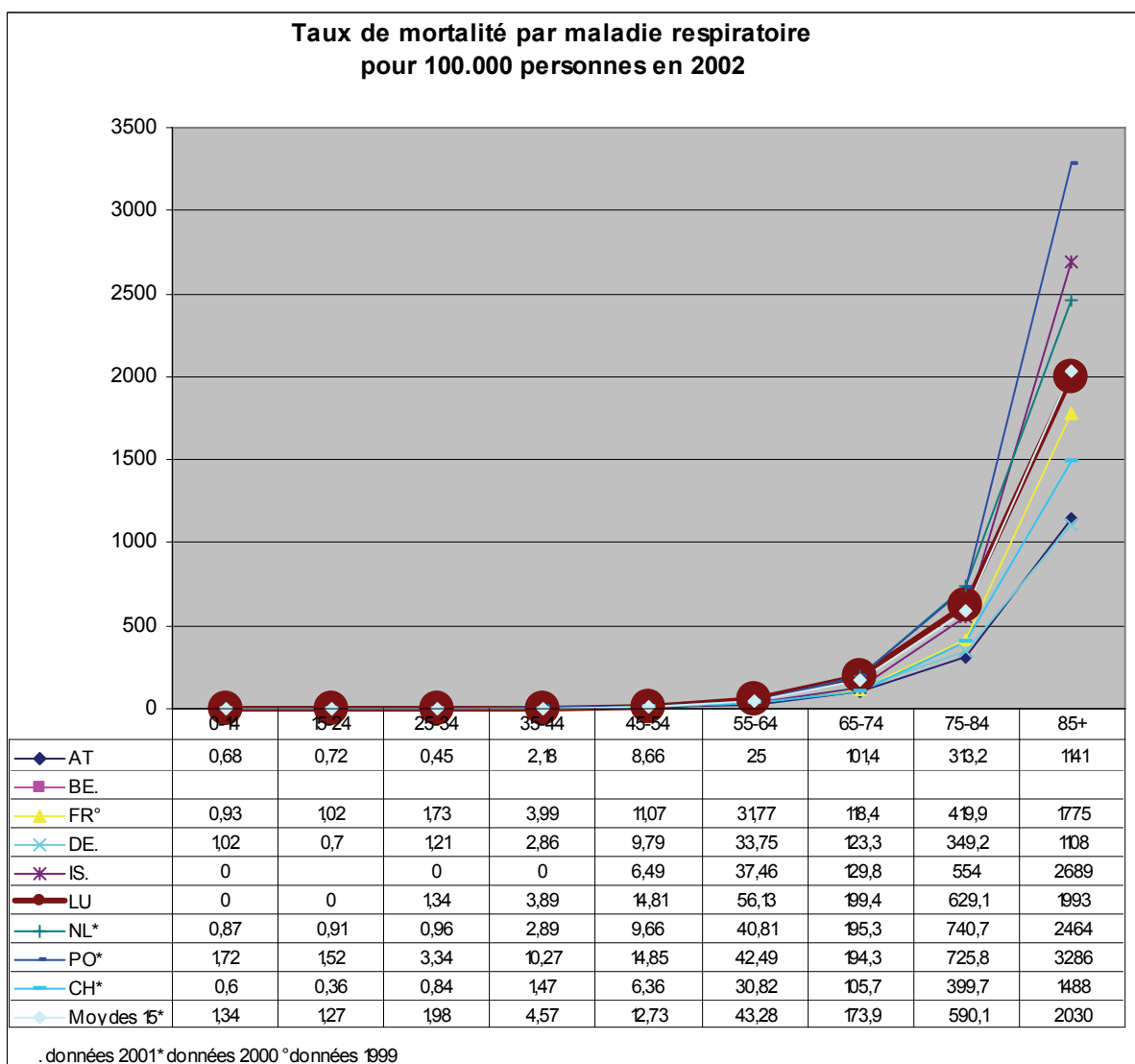
Source: ECO-SANTE OCDE 2004, 3ième édition / Moyenne = moyenne des 15 pays de l'Union européenne

## Appareil respiratoire \*: taux de mortalité



Source: ECO-SANTE OCDE 2004, 3ième édition

Remarque: la moyenne est la moyenne de 15 pays de l'Union européenne.



Source: WHO/EUROPE, HFA Database, January 2004

ICD 10:J00-J99

## Causes externes\* de décès les plus fréquentes: Mortalité

	Classement par diagnostics ICD 10	1998	2000	2002	2004	2004 %
1	Lésions autoinfligées (X 60-X 84)	65	63	87	66	26
2	Occupant d'automobile tué ds accident ( V40-V69)	47	63	53	33	27
3	Expo accidentelle à facteurs non précisés (X 58-X59)	43	36	30	33	75
4	Chutes (W 00-W 19)	38	42	45	29	48
5	Accident transport aérien et spatial (V95-97)	0	0	20	0	96
6	Intoxications accidentelles (X 40-X 49)	20	29	14	18	27
7	Autres accidents affectant la respiration (W75-W 84)	6	4	11	14	64
8	(MotoC)+ cycliste tué ds accident (V10-V29)	5	10	1	11	0
9	Piéton tué ds accident (v 01-09)	1	9	12	10	60
10	Noyade accidentelle (W65-74)	3	0	3	4	25
11	Exposition à des forces mécaniques (W20-49)	2	2	4	3	0
12	Complications actes chir-méd (Y83-84)	2	10	0	3	0
13	Agressions (X85-Y09)	4	7	8	2	50
14	Exposition à feu/fumée/flammes (X00-09)	0	6	2	1	0
15	tous les autres (V, W Y 00-99)	19	12	10	2	0
Total		255	293	302	230	38

Source: G.-D.L. Direction de la Santé; Service des Statistiques : Publications causes de décès

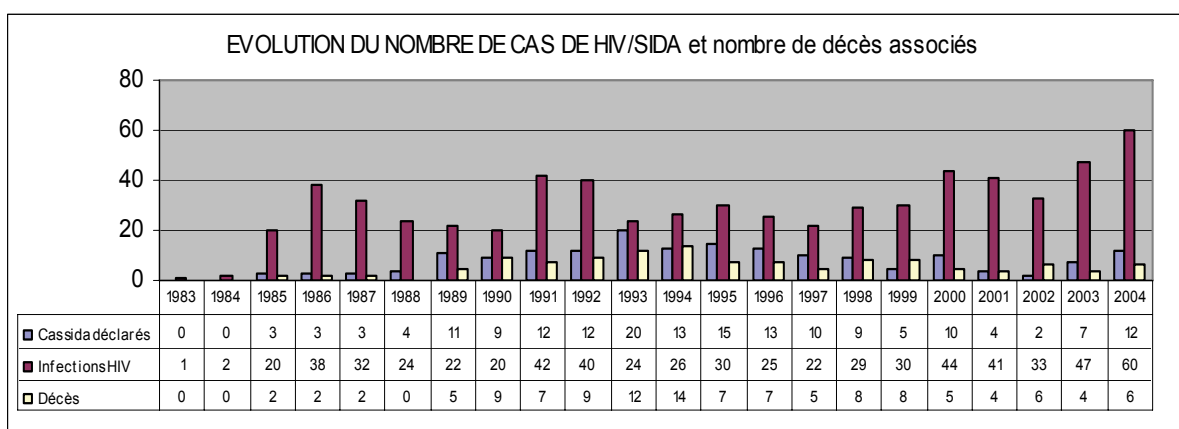
Comparaison internationale 2002 (taux standardisé de décès/ 100 000 population)						
	Causes externes	Acc. Route	Chutes	Suicides	Autres	Total
1	<b>Luxembourg</b>	<b>14,6</b>	<b>7,8</b>	<b>17,2</b>	<b>19,7</b>	<b>59,3</b>
2	France	12,7	5,4	15	19,7	52,8
3	Portugal	19,8	4,4	9,5	13,1	46,8
4	Germany	8,7	5	11	8,2	32,9
5	Netherlands	6,4	3,8	8,4	8,5	27,1
moyenne (27 pays OECD)		11,7	6,9	12,2	14,6	45,4

Source: OECD Health Data 2005

A part pour les accidents de la route où il est second de ce classement, le GDL mène ce peloton de pays en ce qui concerne la fréquence pour le taux de suicides et de chutes ce qui semble préoccupant et mériter une analyse plus fine et sur l'axe du temps.

Mais attention au phénomène des petits nombres et des événements éphémères/aléatoires (c.f. chute d'avion en 2004) qui doivent inciter à beaucoup de prudence d'interprétation.

## Causes externes: HIV / SIDA \* : évolution du nombre de cas

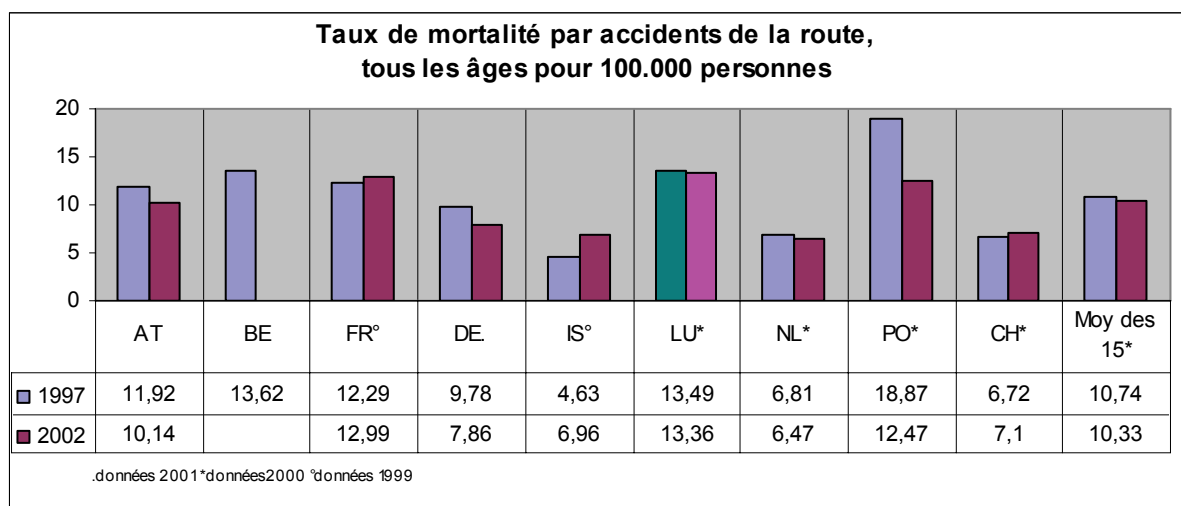


Source: Laboratoire de rétro-virologie—CRP Santé 2004

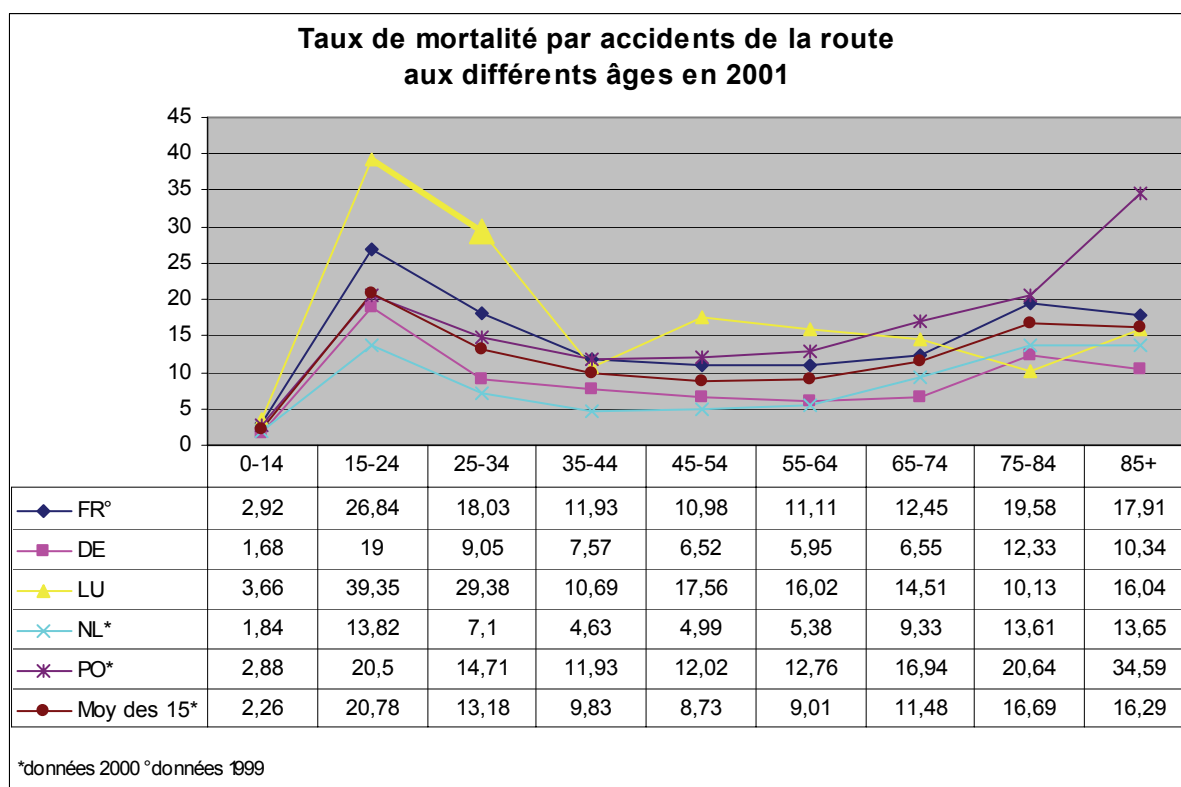
Aperçu de la situation actuelle

Epidémiologie: De 1983 à 2004, 649 personnes (497 hommes et 152 femmes) ont été diagnostiquées HIV positif dont 177 personnes ont développé le SIDA et 122 en sont décédées. En 2004, 60 nouvelles infections ont été diagnostiquées atteignant un niveau d'incidence jamais atteint auparavant au GDL. (Voir aussi rapport annuel national sur le SIDA et les préfaces du Dr R. Hemmer.)

## Causes externes: **Accidents de la route** \*



Source: ECO-SANTE OECD 2005, Health Data 3ème édition / Moyenne = moyenne des 15 premiers pays dans l'UE



Source: WHO/EUROPE, HFA Database, January 2004 / Moyenne = moyenne des 15 pays de l'Union européenne

## **Accidents de la route: évolution du taux de mortalité**

	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Belgique	19,2	29,8	24,9	18,1		
France	18,1	23,2	20,4	17,5	12,5	12,7 (2001)
Allemagne	25,6	32,2	20,3	13,6	9,5	8,7 (2001)
<b>Luxembourg</b>	<b>23,8</b>	<b>41,6</b>	<b>29,6</b>	<b>18,7</b>	<b>18,7</b>	<b>14,6</b>
Pays-Bas	17,6	24,8	13,7	8,8	7	6,4
Portugal	9,1	22,5	29,4	28	13	19,8
Moy de 24 pays	15,5	22,3	18	16,1	11,5	11,2

Source: ECO-SANTE OECD 2005, Health Data 3ème édition

PAGE63

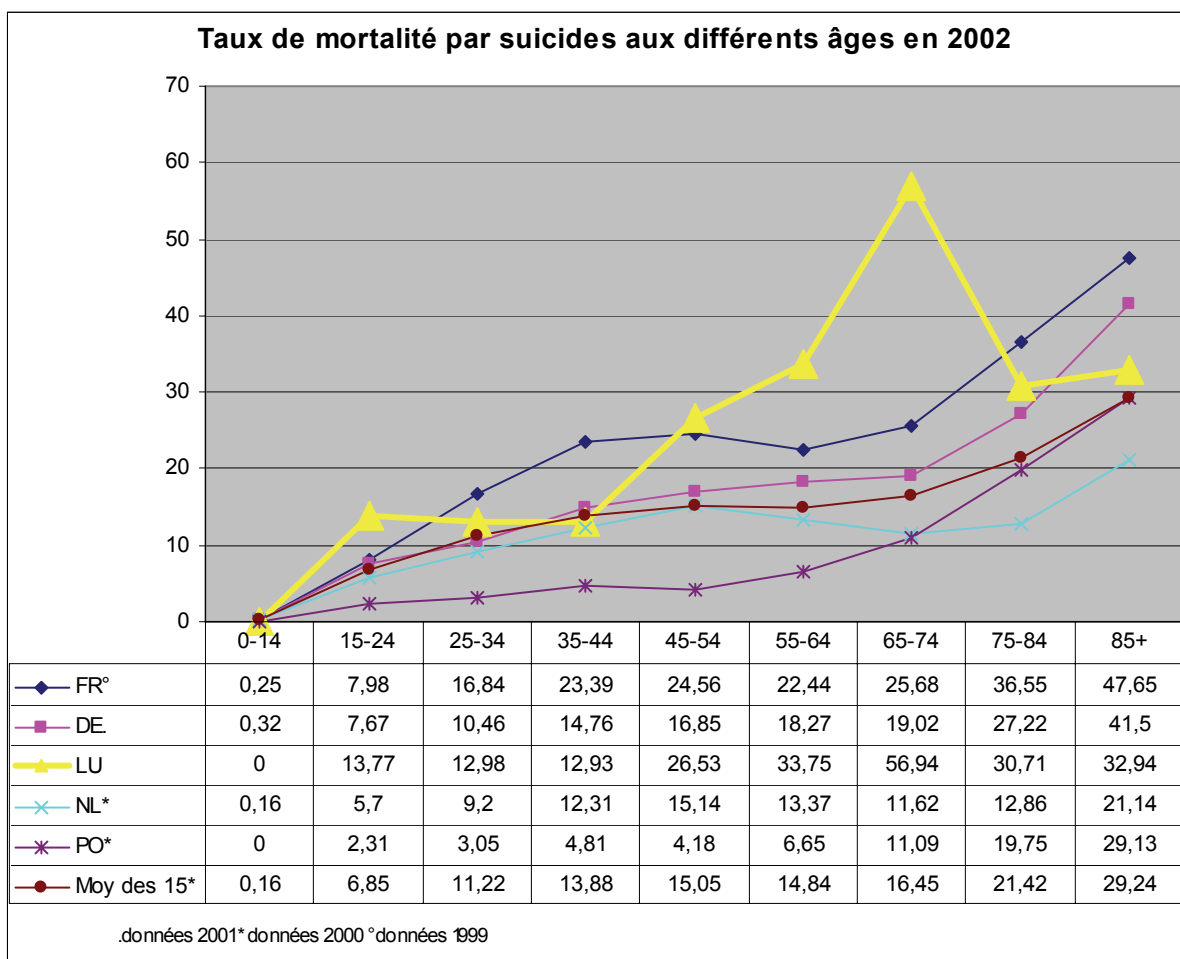
\* Voir aussi remarques sur les petits nombres page 5.

## Causes externes: **Suicides** \*

**Suicides:** évolution des taux de mortalité standardisé par suicide par 100.000 personnes, 1960—2002, tous les âges

	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Belgique	13,3	15,1	20,2	16,6		
France	15	14,7	17,9	17,7	15,6	15*
Allemagne	17,5	20,2	18,5	14,5	11	11*
<b>Luxembourg</b>	<b>8,7</b>	<b>13,6</b>	<b>11,6</b>	<b>16</b>	<b>12,8</b>	<b>17,2</b>
Pays-Bas	7,3	8,5	9,9	8,7	8,2	8,4
Portugal	9,8	8,9	7,6	8	4,1	9,5
Moy de 24 pays	12,6	13,6	14,9	14,4	12,3	12,1

\* données 2001



Source: OECD Health Data 2005

Moyenne = moyenne des 15 pays de l'Union européenne

\* Voir aussi remarques sur les petits nombres page 5.



## Causes externes: **Suicides** selon l'âge, le procédé et le sexe

Suicides et traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention, selon l'âge, le procédé et le sexe																						
Spécification	1980		1990		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Suicides au total	60		77		74		87		73		78		66		77		99		53		67	
Les deux sexes	44	16	54	23	54	20	65	22	54	19	55	23	51	15	53	24	74	25	43	10	50	17
Suicides selon l'âge																						
Moins de 15 ans										1	1	2							1			
de 15 à 24 ans	7		8		3	2	9	1	4	2	5		3	1	4	1	7	1	7	1	4	
de 25 à 39 ans	9	6	17	5	14	6	20	7	18	4	23	3	16	2	13	8	16	3	12	2	16	2
de 40 à 49 ans	8	7	7	5	10	3	9	4	12	4	6	8	9	1	13		8	5	6	3	12	5
de 50 à 59 ans	8	1	10	5	11	5	10	6	8		8	3	7	6	8	1	11	5	3	1	5	1
de 60 à 69 ans	6	1	4	1	9	2	4	1	4	3	7	3	7	2	7	7	13	7	5	2	5	3
70 ans et plus	6	1	8	7	7	2	13	3	8	5	5	4	9	3	8	7	19	4	9	1	8	6
non indiqué																						
Suicides selon le procédé																						
Somnifères, médicaments, poisons (X61-X63-X64-X65-Y12-Y19)	9	9	11	4	8	3	5	2	5	7	1	3	6	4	4	3	5	11	5	4	6	7
Gaz (X67-X76)		1			5	1	5	1	2		6		1	3	5	2	4		3		7	
Pendaison (X70-Y20)	12	1	16	2	12	6	20	4	17	1	19	6	22	3	17	4	30	3	18	2	14	1
Submersion (X71)	3	3	4	4	3	2	2	2	1	3	3	3	4		1	1	1	1	1	1	2	
Armes à feu	5		5		11		8	1	12		7	3	7		7		12		5		4	1
Instruments tranchants ou piquants (Y28)	2		2	1			3				3	1	2		1	1	2			1	2	
Précipitation d'un lieu élevé	10	2	8	8	8	5	10	7	9	3	11	5	6	5	16	11	13	6	8	2	10	5
Autres et non spécifiés	3		8	4	7	3	12	5	8	5	5	2	3		2	2	7	4	3		5	3
Séquelles																						

Source: Direction de la Santé, Service des Statistiques

## Causes externes: **Maladies contagieuses** \* déclarées: morbidité

Spécification	1980		1990		1999		2000		2001		2002		2003	
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
Fièvre typhoïde	1								1					
Fièvre paratyphoïde			1										1	
Autres salmonelloses	21		19		294		419		366		376		418	
Coqueluche	46		3										10	
Scarlatine	54		78		55		127		49		77		91	
Brucellose			1		1		1				1			
Méningite infectieuse			2	1	13	1	7	1	8	1	4	1	6	
Tuberculose														
pulmonaire	71		35	2	42	3	31	1	25		24	2	42	
autres organes	9		6		3		4		2		8		3	
pleurale	2						2		1				2	
Primo-infections compliquées	8		7		3		4				3		3	
Rougeole	63		16						7				1	
Hépatite infectieuse	32		4	1	276*		178*		347*		353*		15	
Blennorragie	270		3		2		2		3		2		5	
Syphilis	32		5		4		4		16		13		15	
Psittacose			1											
S.I.D.A.			9	8	5	5	10	4	4	3	1	5	8	3
Paludisme			7		18		4		4		1		9	
Condylome accum					4		2							
Creutzfeld - Jacob							1							
Légionellose									1		3		2	

Source: Direction de la Santé, Division de l'Inspection Sanitaire (voir tableau en annexe)

\* Changement de méthodologie de 1999 à 2002

## **SUICIDES:** des données de la carte sanitaire à une esquisse de plan d'action de prévention

Le suicide est sans doute l'issue la plus tragique d'un mauvais état de santé mentale. Par an, on attribue 1 million de décès au suicide (67 décès au G-D.L. en 2004) et on estime à 20 le nombre de tentatives par suicide.

D'après un article intitulé « The suicide epidemic in Japan and strategies of depression screaming for its prevention, réf. No. 06-031476 » publié au bulletin de l'OMS (*International Journal of Public Health volume 84, n°6 juin 2006*), le Japon, champion de la longévité, se situe en 9<sup>ième</sup> place mondiale en ce qui concerne le nombre de suicides et, de 1995 à 2004, l'incidence y a augmenté de 17,1 à 25,1 par 100.000 habitants.

Si certaines études ont trouvé que la prévalence du suicide peut être reliée à la dépression économique, les chercheurs japonais ont également trouvé que c'est surtout la maladie dépressive qui joue un rôle important dans l'étiologie du suicide. 60% des suicidaires ont été identifiés comme dépressifs. Ces résultats ont d'ailleurs été corroborés par une étude de l'Université de l'IOWA (USA) en 1996.

Comme la santé mentale est devenue une priorité de santé publique au Japon, le gouvernement s'est proposé en 2000 de réduire le taux de suicide de 30% en s'attaquant à la détection précoce (et au traitement subséquent) de la dépression moyennant un screening (sur base « du statistical manuel of mental disorders », IV<sup>th</sup> edition DSM-IV TR) et en éditant 2 recommandations, l'une à l'intention des professionnels de santé et l'autre à l'intention des familles de personnes à risque afin de leur permettre de mieux prendre en charge et entourer les personnes dépressives.

Comme les statistiques révélaient que le taux de mortalité par suicide au Japon était le plus important parmi les hommes de 40 à 60 ans, on a décidé d'inclure, sans coûts supplémentaires, des examens de détection dans le cadre des examens annuels obligatoires de la médecine de travail, ce qui a permis de sélectionner et de prendre en charge préventivement les personnes à risque élevé.

Même si l'article ne fait pas encore état de résultats (et on comprendra que c'est bien trop tôt), l'expérience paraît limpide et efficace et mérite qu'on s'y intéresse de plus près car, même si on n'observait pas d'effets sur le taux de suicide les malades dépressifs seraient détectés plus précocement, moins stigmatisés et pris en charge ce qui aurait une répercussion considérable tant sur leur qualité de vie que sur celle de leur entourage, conjoints, enfants, collègues de travail ... ce qui en soit constituerait d'une valeur ajoutée considérable.

*Car « un autre facteur favorisant le suicide est le sentiment de rejet. Le rejet donne toujours un sentiment terrible d'isolement, au moment des moqueries, mais aussi, ensuite lorsque la personne se retrouve seule; la douleur et l'humiliation, les ruminations sur l'éternité et la gravité du rejet entraîne selon mon expérience de psychiatrie, une élévation du risque suicidaire. Etre oubliés, ridiculisés, mal aimés... De nombreux travaux portent sur le sentiment de solitude. On sait qu'en psychiatrie, la solitude et l'isolement social sont des facteurs de risque en matière de dépression, de recours à l'alcool et à la drogue et plus généralement de fragilité aux événements de vie stressants; le fait de se sentir seul est une source de perturbations qui ne sont pas seulement psychiques, mais aussi corporelles avec notamment un impact sur la fonction cardiaque et la tension artérielle.*

*Chez certains, les plus fragiles ou les plus usés par le rejet, la tentation se profile toujours, à un moment ou à un autre, de se faire du mal*

*La consommation brutale de toxiques, comme l'alcool relève de cette dynamique d'auto-destruction, les crises de boulimie, elles aussi sont souvent déclenchées par des vécus de rejet social, même minimes, même supposés et sans preuves ».*

( Imparfaits, libres et heureux; Christophe André, Odile Jacob 2006)

## **Esquisse pour un plan d'action de prévention du suicide et de meilleure qualité de vie au Grand-Duché.**

Au Grand-Duché, tout comme au Japon,

- le taux de suicide est très élevé notamment parmi la population jeune et adulte (<64 ans), (sans préjudice des aléas liés aux petits nombres, le Luxembourg, occupait en 2002 la 2ème place du taux de suicides parmi les pays membre de l'U.E.);
- la propagation de la santé mentale et la réduction de la stigmatisation des malades souffrant de troubles mentaux est une des priorités de la politique gouvernementale; et le Prof. Dr. Med. W. Rössler dans son rapport sur la décentralisation de la psychiatrie au GDL préconise fortement un plan d'action basé sur les recommandations du « Nürnberger Bündniss / Alliance against depression » ;
- les médicaments antidépresseurs sont parmi les médicaments les plus fréquemment prescrits, mais chez nous, il n'y a pas encore de recommandations (voir aussi: Conseil Scientifique dans le domaine de la Santé - [www.conseil-scientifique.lu](http://www.conseil-scientifique.lu)) ni aux professionnels de santé, alors que les représentants des médecins généralistes ont demandé une formation continue en l'affaire, ni aux familles des victimes de la maladie ;
- la médecine du travail existe, mais il y a aussi notamment la médecine scolaire et une évaluation médicale pour l'entrée en bénéfice de l'assurance dépendance ;

Par ailleurs, dans l'« European Health report 2005 », l'OMS révèle qu'au Grand-Duché les causes de maladies les plus handicapantes sont par ordre de fréquence: 1) les dépressions, 2) l'excès de consommation d'alcool ainsi que les affections cérébro-vasculaires et les cardiopathies ischémiques, attribuables notamment à l'hypertension, au surpoids et à la sédentarité.

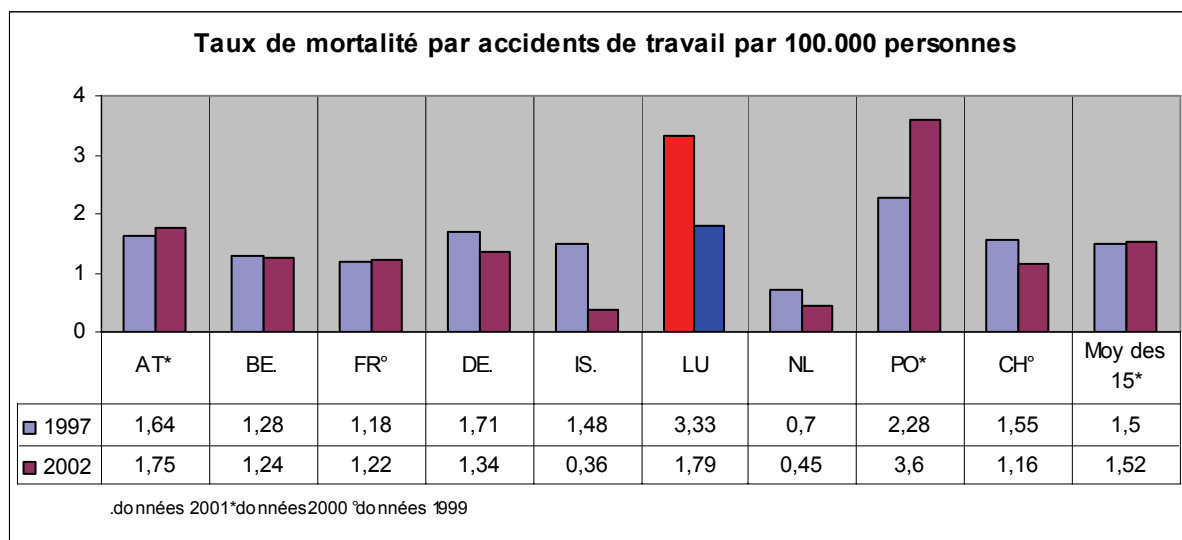
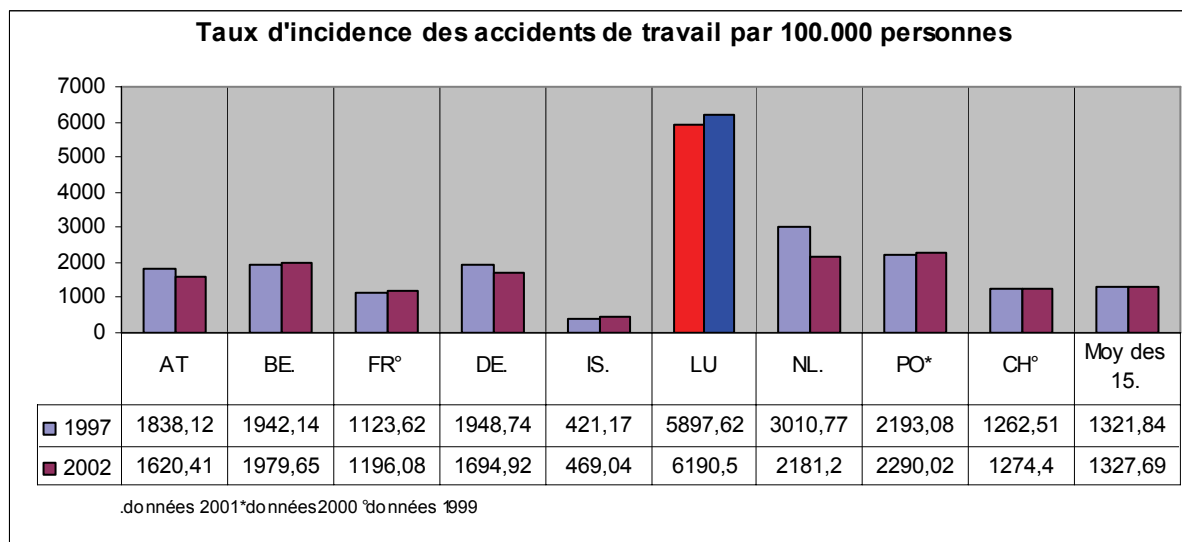
Toutes les caractéristiques sont par conséquent réunies pour que l'on s'intéresse de plus près à l'expérience japonaise en la matière et pour qu'on étudie l'adaptation de ce modèle, car nos ressources sont bien présentes, mais elles coexistent isolément et manquent singulièrement d'une stratégie globale et interconnectée.

Cette déduction à partir des observations de la carte sanitaire et de la littérature de santé publique peut dès lors ouvrir à une nouvelle approche stratégique à décliner en plans d'actions tant pour une meilleure prévention du suicide, que pour la détection précoce et une meilleure prise en charge de la maladie dépressive et, partant, pour une amélioration de la qualité de vie, respectivement une réduction des Années de Vie Corrigées du facteur d'Invalidité (AVCI).

Des structures existantes comme le groupe santé mentale et réforme de la psychiatrie, le conseil scientifique ([www.conseil-scientifique.lu](http://www.conseil-scientifique.lu)) qui peut émettre des recommandations en matière de détection précoce et d'amélioration des traitements et prises en charge, notamment de la dépression, des structures telles que le CRP-Santé, la médecine du travail, la médecine scolaire, la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'assurance dépendance sont des partenaires potentiels, pourvu qu'il y ait une vision, une stratégie d'ensemble et des plans d'actions coordonnés.

Il paraît qu'une telle initiative soit actuellement en cours.

## Causes externes: Accidents de travail \* — personnes blessées ou tuées par 100.000



Source: OECD ECO-SANTE, Health Data 2005, 3ème édition / Moyenne = moyenne des 15 pays de l'Union européenne

## Accident de la travail: évolution du taux de mortalité par accidents de travail par 100.000 personnes

	1985	1990	1995	2000	2002	Dernières données
Belgique	1,8	1,85	1,37	1,37		1,24
France	1,93	2,26	1,23			1,22
Allemagne		1,96	1,95	1,4		1,34
<b>Luxembourg</b>		<b>4,45</b>	<b>3,66</b>	<b>3,42</b>	<b>1,79</b>	<b>1,79</b>
Pays-Bas	0,33	0,29		0,6	0,45	0,45
Portugal	3,78	2,05	2,34	3,6		3,6
EU (15-prior 1,5,2004) moy	2,08	1,95	1,55	1,52		1,52

Source: WHO/EUROPE, HFA Database, January 2004

## GDL: Performance du système de santé \*

	Mortality based on population statistics			Mortality closely related to the effectiveness of health care				
	Healthy Life Expectancy /Life Expectancy Rank 2001	Infant Mortality Rank 2002	Perinatal Mortality Rank 2002	Mortality Amenable to Health Care Rank 2000	Potential Years of Life Lost Rank 2000	Breast Cancer Mortality Rank 2000	Colorectal Cancer Combined Mortality Rank 2002	Cumulative Rank
Australia	9	15	9	3	6	5	2	1
Sweden	2	2	8	5	2	1	9	2
Japan	1	3	2	2	3	11	4	3
Canada	22	20	12	4	8	10	2	4
Iceland	18	1	1	12	1	4	7	4
Switzerland	6	12	24	12	4	9	1	6
France	12	7	18	1	12	6	11	7
<b>Luxbg</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>

Source: How good is Canadian Health Care ? 2005 Report, The Frazer Institute; OECD, 2004; Ferlay et al., 2004; WHO, 2003, 2004; calculations by authors

Ainsi selon les critères du rapport du «Frazer Institute, 2004» qui analysait la performance du système de santé canadien, le G.-D. de Luxembourg ferait partie du « G8 » en matière de performance de son système de santé.

Cette bonne nouvelle corrobore les résultats du classement des systèmes de santé que l'OMS avait établi en 2000 sur base des résultats de 1997.

Le G.-D. de Luxembourg se classait

- 5ème (derrière le Japon, la Suisse, la Norvège et la Suède, mais devant la France, le Canada et les Pays-Bas) dans « overall health system attainment »,
- 2ème dans la « fairness of financial contribution »,
- 3ème dans la « responsiveness of health system » (derrière les USA et la Suisse et devant le Danemark et l'Allemagne) et
- 31ème dans le « health système performance » (derrière Malte, la Suède, la Suisse, la Belgique, mais devant le Canada et l'Allemagne).

S'il n'y a pas de comparaison possible entre ces 2 études parce que la cohorte des pays et les critères d'évaluation sont différents, il est toutefois rassurant de retrouver chaque fois notre pays en très bon ordre de classement.

Ces classements honorent l'engagement de tous ceux qui luttent contre la maladie dans notre pays et permet aussi d'apprécier à leur juste mesure les efforts des tutelles en matière de santé et de sécurité sociale.

Mais ce qui frappe et ce qui est à améliorer, et nous le constatons à nos dépens de façon récurrente lors de chaque confection de la carte sanitaire, c'est que les données en la matière sont collectées de façon éparses et servent en général uniquement à alimenter des banques de données internationales, dont le retour d'information était rare jusqu'à présent encore qu'il y a une nette amélioration ces dernières années, grâce notamment à Internet.

Toutefois à la consultation de ces bases de données, il convient d'être prudent et ne pas tirer des conclusions trop hâtives, notamment du fait des biais qui peuvent être liés à la rigueur des définitions et aux biais possibles des petits nombres. Ainsi, le rapport 2005 de l'OMS sur les actions de santé publique pour l'amélioration de la santé des enfants et de la population (page 65, 87 et 133), en fournit notamment un bel exemple. Chiffres à l'appui, il démontre qu'en ce qui concerne la santé des enfants, le GDL se situe beaucoup moins bien et quasi parmi les pays moins développés de l'Europe. De tels constats, même s'ils relevaient d'artefacts ne doivent néanmoins pas être pris à la légère, mais alerter les autorités, soit pour vérifier et redresser ces données, soit si elles se vérifient sur l'axe du temps et en comparaison avec d'autres « petits pays », à mettre au plus vite en œuvre ce qu'il faut pour redresser la barre et corriger des dérives qui peuvent se faire insidieusement.

Il faut utiliser et convertir en tableaux de bord nos données plutôt que de les laisser en friche et veiller à les observer, mesurer et comparer en continu pour valider les résultats de nos actions de santé.

Car on sait où se trouvent ces données, informatiques ou manuelles, souvent de bonne qualité et collectées avec beaucoup d'investissements. Mais le GDL n'a pas encore réussi jusqu'à présent à les agencer de façon cohérente, ni à se donner ou à utiliser des indicateurs de comparaison de résultats pour s'évaluer en permanence et en toute transparence.

Or, si diriger est prévoir, disposer de tels instruments est une prémisses indispensable pour mener une politique sereine et prospective sur base de faits.

Ainsi au chapitre sur les hôpitaux, nous démontrerons que depuis 10 ans que nous disposons de données, tous les ans, il se passe la même chose dans les hôpitaux; les mêmes raisons d'admission, de sollicitation, de diagnostics de sortie, les mêmes interventions chirurgicales, les mêmes causes de décès, probablement les mêmes incidents ... mais personne ne le sait au juste et ne peut en tirer les enseignements aux fins qu'il faudrait parce que les données afférentes ne sont pas utilisées.

En effet, à défaut d'une collecte harmonisée d'informations standardisées à partir de la source fiable que pourrait être le dossier du patient, ne sont collectées actuellement, à quelques rares exceptions près, que des données financières pour la négociation budgétaire avec l'UCM ou éventuellement encore pour la carte sanitaire, sans qu'elles ne servent toutefois à la gestion interne des hôpitaux. En plus et c'est regrettable, il n'y a pas de communication de données entre les médecins et les établissements et vice versa.

Comment veut-on dès lors que les médecins soient notamment informés des coûts qu'ils génèrent et comment veut-on que les directeurs sachent ce qui se passe avec les patients au sein de leurs établissements !

Pour progresser, il reste dès lors à lever rapidement les obstacles à la mise en place des instruments de gestion à partir desquels les directions, les organismes gestionnaires et les médecins pourront tirer des informations objectives, actuelles et fiables et sur lesquelles ils pourront s'appuyer pour diriger de façon plus sereine et mener une politique transparente d'amélioration continue. Ceci afin de se situer, de mesurer l'évolution dans le temps, en faisant du « benchmarking » et en fédérant, sur ces bases dans une démarche coordonnée, les divers acteurs hospitaliers, à travers des projets d'établissement et de service réalistes, pour propager l'amélioration de la qualité et des résultats.

Dès lors, malgré et peut-être justement à cause des possibles artefacts liés aux petits nombres (voir aussi remarques page 5), il faudra, pour une gestion plus proactive et pour ne pas pérenniser un perpétuel pilotage à vue, par ailleurs toujours source d'émotions :

- au niveau national, un observatoire de santé, qu'il est possible de mettre en place à relativement peu de frais, pourvu que sa conception soit cohérente et qu'il ait les moyens de jouer son rôle compte tenu notamment du contexte institutionnel donné,
- au niveau des hôpitaux, un tableau de bord d'indicateurs basé sur les informations anonymisées extraites du dossier du patient, standardisé quant à son contenu et à sa tenue. Les tableaux de bord résulteraient de l'agglutination de données anonymes à partir des données contenues dans les dossiers des patients et pourraient alors servir à des suivis et des détections précoces visant notamment le patient (*prévention des risques, résultats, satisfaction*), la gestion (ex. *paramètres du budget UCM*), la performance et les comparaisons (*benchmarking national /international*).

Utilisé à bon escient cet investissement dans la logistique de l'information corrigerait une de nos déficiences majeures. Il ne pourrait que bonifier notre système de santé et améliorer sa transparence, sa réactivité et sa crédibilité à tous les niveaux sans qu'il soit besoin de réinventer la roue à chaque occasion. Quid, par ailleurs aussi des transferts de technologies éprouvées et qui « marchent », notamment informatiques, entre nos hôpitaux?

Nécessairement, ceci permettrait d'améliorer la performance de gestion au niveau de nos établissements hospitaliers, mais aussi au niveau d'autres structures et, idéalement, bonifierait à chaque prestataire, souvent isolé et peu informé au sein de sa mini-entreprise libérale, en l'aidant à ne pas dévier, grâce à cette boussole.

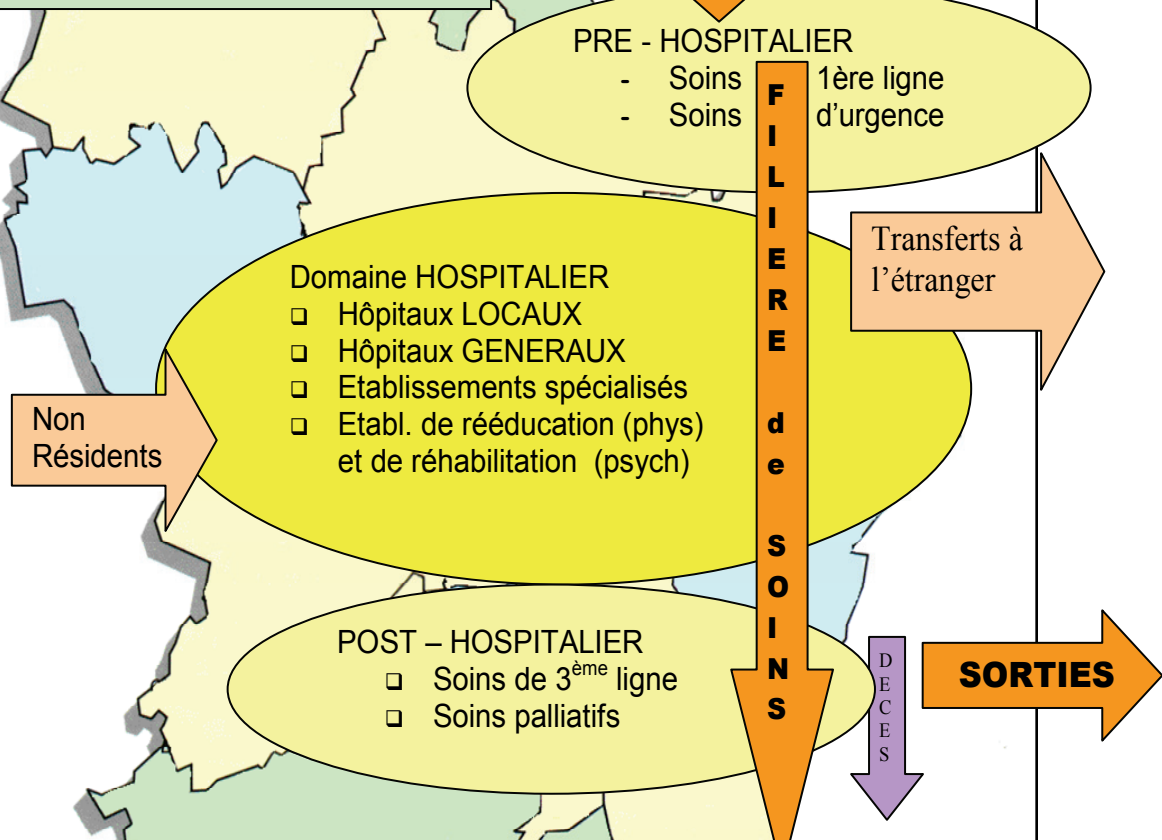
La déclaration gouvernementale du 4 août 2004 prévoit que « l'exploitation et l'analyse des données statistiques de la santé permettront de développer un programme national de recherche et d'action afin d'optimiser les investissements, de mettre en place des filières de soins de santé et d'évaluer systématiquement les services de santé ».

La carte sanitaire sous sa forme actuelle et avec les moyens dont elle dispose n'est pas suffisante pour jouer ce rôle, mais elle voudrait d'indiquer la direction, de montrer un bout de chemin et de stimuler l'intérêt.

Carte sanitaire 2005  
Chapitre 5  
De l'offre en soins et des  
activités des hôpitaux

Carte Hospitalière  
Index

		pages
1)	Introduction	71
2)	Historique succinct + Organisation hospitalière	72-73 74
3)	Système hospitalier 2005	75-82
4)	Inventaire établ. hosp.	83-88
5)	Organisation	89
6)	Personnel	90-96
7)	Activités hospitalières	97-175
8)	Synthèse et observation	176 -180
9)	Transferts à l'étranger	183 - 184



Au fil du temps, et comme à l'étranger, l'hôpital est devenu le pilier central de la lutte contre la maladie au GDL. Zone tampon entre la 1<sup>ère</sup> et la 3<sup>ème</sup> ligne, il est souvent appelé et peut, du moins transitoirement, compenser les insuffisances du secteur libéral en amont et du secteur en aval.

Il fonctionne 24 heures sur 24, concentre les équipements, compétences et ressources humaines nécessaires pour assumer ses missions qui, comme le service d'urgence, relèvent largement de l'intérêt public.

Dans le système de lutte contre la maladie, l'hôpital est incontournable mais s'il ne peut pas être piloté pour atteindre les objectifs et des missions, notamment de santé publique, clairement définis, le risque de politiques et dynamiques propres, est inhérent à la nature de l'organisation actuelle du système hospitalier et d'éventuelles dérives deviennent difficiles à redresser.

De plus en plus souvent l'hôpital devient prestataire unique au niveau régional ou national et le patient est tributaire de cette offre de plus en plus monopolistique. Certes, hormis le cas d'urgence, il a théoriquement le libre choix de l'établissement, mais on peut se demander ce que vaut ce libre choix s'il n'est pas éclairé, faute d'informations sur les résultats, la qualité des prestations de l'hôpital ou des médecins y exerçant et la satisfaction des usagers? Le patient n'a actuellement aucune possibilité de comparaison ou de vérification de ces données, par conséquent il ne lui reste que sa foi et sa confiance pour croire qu'il existe des procédures et que la bonne organisation (« patient safety ») lui garantit un minimum de risques et que la loi et les contrôles lui garantissent ses droits.

Mais en est-il ainsi ?? Faute d'informations publiques afférentes, faute d'évaluations comparatives, faute de contrôles, ces questions restent sans réponse. La carte sanitaire est actuellement le seul moyen pour lever un bout du voile...pourtant, sous sa forme actuelle et faute de telles données qui peuvent l'alimenter, elle reste bien insuffisante à ces fins et, par ailleurs inadaptée pour des non-initiés. Pour progresser en matière de transparence il faudra qu'elle soit relavée par d'autres instruments.

## Le système hospitalier en 2005

### Historique succinct \* (1970—2004) de l'évolution récente

Pendant des décennies, l'Etat n'était pas impliqué dans le développement des établissements hospitaliers au Grand-Duché de Luxembourg qui s'est fait grâce à une forte implication d'une part des initiatives privées, dont notamment des autorités ecclésiastiques et, plus subsidiairement, des autorités locales (communes) d'autre part.

Ce n'est qu'à partir des années 70 que l'Etat s'est fait conseiller par l'OMS (études AUJALEU-RÖSCH en 1972<sup>1</sup> et GRIFFITHS<sup>2</sup> en 1975 et 1978) pour coordonner et restructurer ce secteur pivot de la politique de santé, ce qui a notamment abouti à la loi du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalière et à celle du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente (actuellement en révision).

Comme toutefois la loi générale de 1976 restait sans grands effets concrets et n'apportait pas de remèdes à un système de financement qui posait de plus en plus de problèmes, le Gouvernement a commandité au début des années 90 les études SEMA<sup>3</sup> (1990) et HÄFNER<sup>4</sup> (politique de psychiatrie ;1993) avec l'objectif de réformer le système de financement et de planification des hôpitaux qu'il fallait par ailleurs moderniser.

Ces réflexions ont amené à une cascade de réformes qui se sont notamment traduites par une importante révision progressive du cadre légal dont :

\* La loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie-maternité et du secteur de la santé qui avait notamment pour objectif d'introduire un nouveau système de financement, par budgétisation du secteur hospitalier.

\* La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (amendant celle du 29 août 1976) avait pour objectifs de redéfinir les missions des hôpitaux et, notamment, de poser le cadre :

- \* De la planification hospitalière basée sur les besoins de la population telle que reflétés par
- \* la carte sanitaire,
- \* des autorisations d'exploitation des hôpitaux, renouvelables tous les 5 ans,
- \* des normes d'agencement et fonctionnement ainsi que des procédures d'évaluation,
- \* de la structuration et de l'organisation des hôpitaux et de leurs services
- \* des droits et des devoirs des patients.

\* La loi du 19 juin 1998 portant création de l'assurance dépendance (AD), via laquelle les autorités ont introduit le principe de l'attribution de fonds au bénéficiaire nécessitant une certaine assistance pour les actes journaliers de la vie, sur base de plans de prise en charge réalisés par la Cellule d'évaluation et d'orientation, tant à domicile que dans les institutions de long séjour, avec toutefois une préférence explicite du législateur pour le maintien à domicile.

\* La loi du 08 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique vise, notamment, à imposer un cadre normatif pour ces prestataires.

\* La loi (modifiée) du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers vise une modernisation pluriannuelle complète du parc hospitalier grand-ducal via une participation de l'Etat à hauteur de 80 % (et de 20 % de l'Union des Caisses de Maladie) dans les investissements des infrastructures hospitalières. Elle remplace celle du 31 juillet 1990 ayant pour objet de garantir des prestations hospitalières conformes aux besoins du pays et qui était la première loi qui harmonisait les interventions de l'Etat dans ce secteur.



\* Le règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national vise à planifier le secteur hospitalier avec l'objectif d'adapter l'offre à la demande tout en assurant une couverture équitable, en réponse aux besoins nationaux et régionaux, en établissements et services, classés en fonction de leurs missions et incitant aux collaborations entre les différents établissements.

Le plan hospitalier, normalement révisé tous les 5 ans, est l'instrument normatif par essence qui est élaboré notamment sur base d'une carte sanitaire qui se veut une photo annuelle des prestations hospitalières données (tant au Grand-Duché qu'à l'étranger) à la population comme réponse à ses besoins sanitaires. La dernière version du plan hospitalier date du 21 avril 2001, remplace celle de 1994 et planifie le paysage hospitalier pour 2005.

OMS, Bureau Régional de l'Europe. PLAN de DEVELOPPEMENT des SERVICES de SANTE PUBLIQUE du Grand-Duché de Luxembourg

<sup>2</sup> OMS, Bureau Régional de l'Europe; D.A.T. Griffiths: Reports (April 75 & January 78) on the Organization, Management and Financing of Hospitals

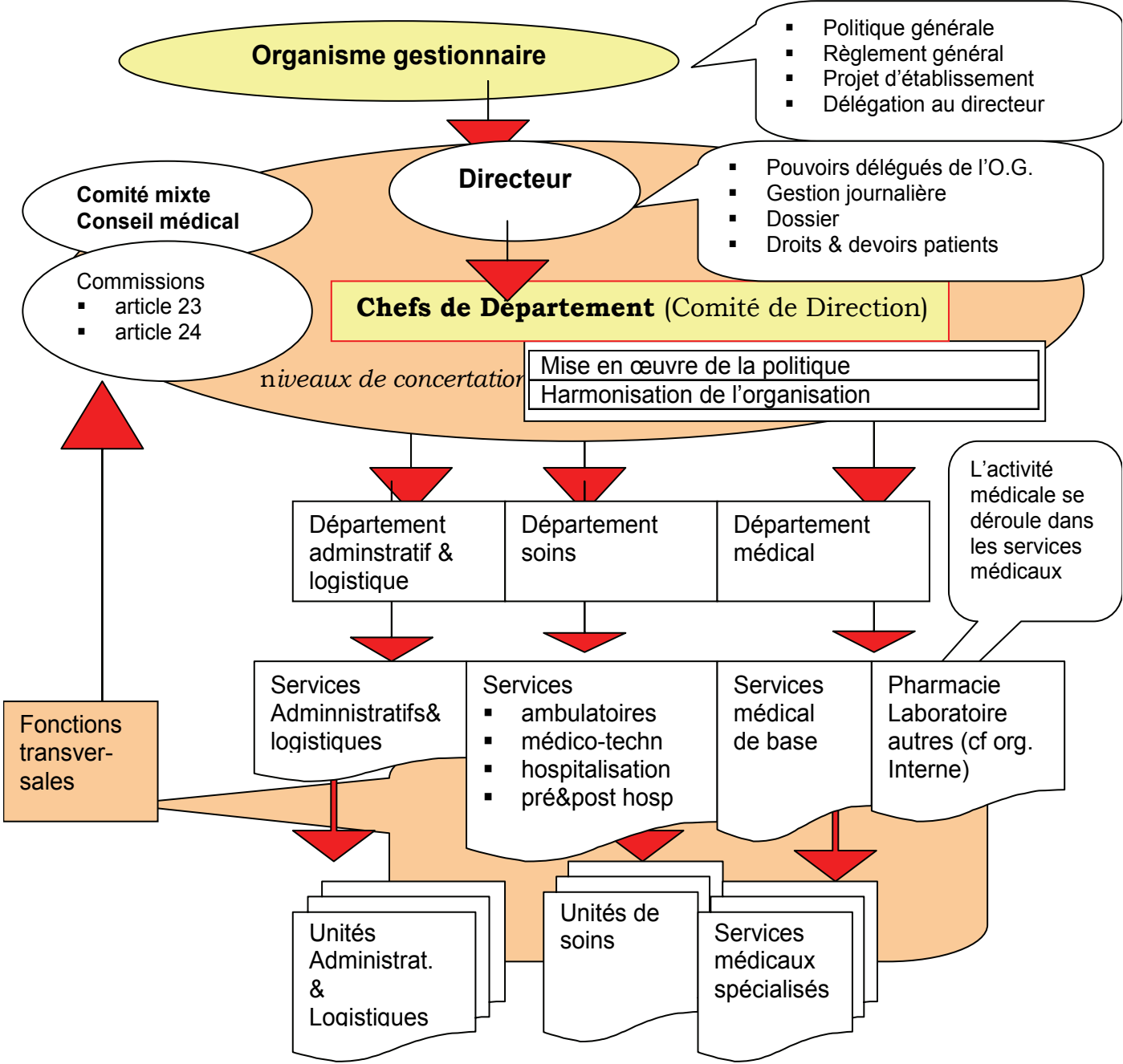
<sup>3</sup> SEMA: Ministère de la Santé, G.d.-Luxembourg; Planification et Financement des Hôpitaux, rapport final décembre 1990

<sup>4</sup> RÖSSLER, W., SALIZE, H.-J., HÄFNER, H., 1993, Gemeindepshychiatrie, Grundlagen und Leitlinien, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Innsbruck/Wien: Verlag Integrative Psychiatrie.

<sup>5</sup> Etude Ernst & Young 1991 en vue d'un nouveau système de financement du secteur de la Santé et notamment des Hôpitaux

Organisation hospitalière  
Loi du 28 août 1998  
Schéma

Le Ministre de la Santé coordonne les établissements hospitaliers



**Annotations :**

- 1) Il s'agit du schéma général; le classement et la nature des services est arrêtée par le plan hospitalier sur base du relevé des besoins qui découle de la carte sanitaire, les services sont attribués en fonction du classement de l'hôpital ;
- 2) Les autorisations d'exploitation des services se font sur base des articles 4 et 6 de la loi;
- 3) Les services nationaux peuvent soit être attachés à un hôpital particulier (ex. CHL), soit constituer un établissement indépendant (ex. INCCI, Baclesse) ;
- 4) Les frais d'exploitation des services prévus au plan hospitalier et dûment autorisés à être exploités sont opposables au financement par l'UCM ;

## **GDL : Le système hospitalier \* en 2005**

### **Cadre général \* et mécanismes régulateurs**

Au contraire de la médecine de ville qui est libérale, le secteur hospitalier au Grand-Duché est un secteur planifié par le Ministre de la Santé mais qui a recours à des établissements de statut tant privé que semi-public.

Toutefois, la grande majorité des médecins qui exercent dans les établissements hospitaliers y sont agréés sous statut libéral, via un contrat d'agrément résultant d'une convention cadre conclue entre l'association des hôpitaux (EHL) et le syndicat des médecins (AMMD).

Tous les établissements hospitaliers, quel que soit leur statut, participent, à des degrés divers, à des missions publiques et répondent aux mêmes règles et au même mode de financement.

Les règles relatives à la planification et l'organisation des établissements hospitaliers relèvent d'une part de la tutelle du Ministre de la Santé qui a pour mission de coordonner les établissements hospitaliers et, d'autre part, en ce qui concerne le financement, du Ministre de la Sécurité Sociale. Ces compétences ministérielles se sont par ailleurs confondues ces dernières années aux mains d'un même Ministre.

La gestion et la direction des établissements relèvent du droit privé et sont exercées, pour chaque établissement, sous la gouvernance des organismes gestionnaires qui délèguent la gestion journalière au directeur de l'établissement.

Comme dans les autres pays développés, le secteur hospitalier réunit l'arsenal le plus important de moyens (notamment en termes d'équipements et de compétences) de lutte contre la maladie et est, dès lors, un des piliers de la politique de santé, mais c'est aussi le premier responsable des dépenses de santé.

#### **1. Des infrastructures modernisées**

Par le biais de la loi du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer à 80% au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers, le législateur s'est donné les moyens de subsidier ces investissements pour tous les établissements indépendamment de leur statut.

Via une hiérarchisation des priorités (mise en sécurité, mise en hygiène et modernisation des équipements et du confort) et une séquence qui voulait donner priorité aux principaux établissements respectivement aux plus vétustes d'abord, l'Etat a considérablement investi dans la modernisation sans précédent qui vise l'ensemble des établissements hospitaliers (engagement de plus de 600 millions euros depuis 1999 à cette date dans les infrastructures) et entend continuer à ce faire sous réserve des prémices énoncées à la déclaration gouvernementale.

#### **2. Un équipement hospitalier à la pointe du progrès**

Dans le cadre de la modernisation des infrastructures, les équipements ont également été renouvelés, sans préjudice du remplacement de l'équipement lourd prévu par le plan hospitalier et de celui accordé, pour les équipements plus ordinaires, par l'Union des Caisses de Maladie dans le cadre du financement d'exploitation. Outre le fait que tous ces équipements sont récents, il ressort des comparaisons internationales que le pays a un parc récent, régulièrement renouvelé, et la plus grande densité au niveau mondial en IRM, PET-scan, équipements de tomodensitométrie, appareils de mammographie, etc ...

### 3. Un cadre législatif récent

Par la loi du 28 août 1998, le législateur a notamment réaffirmé sa volonté de planification du secteur hospitalier sur base d'une carte sanitaire ([www. Etat.lu/MS/carte sanitaire](http://www.Etat.lu/MS/carte_sanitaire)) qui devrait refléter les besoins en matière d'établissements, mais aussi son souci d'assurance qualité (normes minimales et autorisations d'exploitation limitées dans le temps), d'harmonisation de l'organisation des structures (organisme gestionnaire, direction et règlements internes) et, via les droits et devoirs des patients, sa volonté de faire du bénéficiaire de soins le centre d'intérêt et la vraie raison d'être des hôpitaux.

**Les structures hospitalières qui doivent être autorisées par le Ministre de la Santé, mais dont l'autorisation d'exploitation, renouvelable, est limitée dans le temps.**

Sans préjudice de son inscription au plan hospitalier, toute création, extension ou première mise en service d'établissement ou de service hospitalier nécessite en plus une autorisation préalable afférente du Ministre de la Santé.

Il en est de même pour les autorisations d'exploitation valables pour une durée de 5 ans et à introduire, sur base de pièces justificatives, par l'exploitant. Ces autorisations sont accordées ou prorogées si les établissements et services répondent à un besoin (plan hospitalier et carte sanitaire) et s'ils sont conformes à la législation et aux normes afférentes, les autorisations peuvent être subordonnées à des conditions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

Comme prévu par la loi sur les hôpitaux, la première procédure de prorogation des établissements et services autorisés jusque là a eu lieu en 2003.

**La coordination des établissements, de statuts divers, relève de la tutelle du Ministre de la Santé**

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

« Le Ministre de la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers » (art.2).

« Il est institué une commission permanente pour le secteur hospitalier qui exerce des fonctions consultatives auprès des ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale ». Celle ci est composée de représentants des Ministères et des administrations concernées (Santé, Sécurité Sociale, Finances), des organismes de financement (Union des Caisses de maladie) et des prestataires (Hôpitaux, médecins, autres professionnels de santé); elle avise, sur saisine ou de son propre gré, toutes questions ayant trait à la politique, la légifération, les investissements importants etc... ayant trait aux établissements hospitaliers.

**Tous les établissements hospitaliers obéissent aux mêmes dispositions de planification, d'organisation et de financement.**

**Leur direction et leur gestion internes relèvent de l'autonomie des exploitants qui négocient le financement d'exploitation avec l'UCM.**

Sans préjudice des dispositions relatives à la participation au service d'urgence, aux normes à respecter (et toujours en cours d'élaboration) et de celles ayant trait aux droits des patients, les établissements, même s'ils sont fortement encouragés à collaborer, sont autonomes

« La direction générale de l'activité hospitalière sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier incombe à l'organisme gestionnaire. L'organisme gestionnaire définit la politique de l'hôpital dans le respect des lois, règlements et conventions applicables. Par organisme gestionnaire de l'hôpital, on entend l'organe qui selon le statut juridique de l'établissement est chargé de la gestion et de l'établissement de l'hôpital » (art.20). La direction de l'hôpital est confiée à un directeur; celui-ci est assisté d'un chef de département pour chacun des départements médical, paramédical et administratif.

#### 4. Un plan hospitalier comme régulateur de l'offre à la demande

Le plan hospitalier, dont la notion remonte au rapport Aujaleu-Rösch, établit une planification, limitée dans le temps (+/-5 ans), des moyens pour « répondre aux besoins sanitaires du pays sur base d'un fonctionnement efficient des établissements hospitaliers et de leurs services ».

Au vœux de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, le plan hospitalier détermine les régions sanitaires, les établissements, services et lits hospitaliers ainsi que leurs classements et les équipements lourds.

Il ne régule pas les prises en charges ambulatoires (places, capacités), ni les activités et leurs indications, ni les modes de prise en charge qu'il laisse à la discrétion des médecins, agréés aux hôpitaux par les organismes gestionnaires, et, qui du fait que les patients s'adressent à eux, sont les inducteurs de toute activité hospitalière, stationnaire, ambulatoire et médico-technique.

De même ni le plan hospitalier, ni la loi hospitalière ne prévoient des critères d'évaluation en termes de résultats respectivement de justification par rapport aux axiomes et aux valeurs des actions de santé générées par l'intermédiaire des moyens mis en place par le système hospitalier.

(Extraits de l') Exposé des motifs du projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier actuellement en vigueur et publié au Mémorial le 18 avril 2001)

*« Le projet maintient le principe de couverture des besoins par région hospitalière comme auparavant, il simplifie et hiérarchise cependant les critères de classement des établissements hospitaliers ».*

*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,*
- *ceux plus lourds et/ou plus spécialisés sont à prendre en charge au niveau des hôpitaux généraux et des services spécialisés,*
- *ceux peu fréquents, mais très spécialisés sont à assurer au niveau d'établissements ou de services nationaux spécifiques ou, le cas échéant, à l'étranger.*

*A la recherche de la meilleure efficience des prestations hospitalières, le présent plan se veut ainsi d'assurer une offre adaptée aux besoins, à un 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.*

*Comme corollaire, il prévoit de renforcer la collaboration entre les différents maillons de la chaîne hospitalière et incite, de par les structures et équipements qui leur sont accordés, notamment les hôpitaux de proximité et les foyers de réadaptation à coopérer de façon plus rationnelle et, notamment sur base de conventions, avec les établissements plus importants de la même région et qui disposent par conséquent de moyens plus lourds et plus spécifiques.*

*Au delà de ce plan hospitalier, il est par ailleurs prévu de renforcer encore ces collaborations par l'intermédiaire d'autres dispositions réglementaires, dont notamment la mise en place de conseils scientifiques pluri-disciplinaires pour les services hospitaliers uniques au pays.*

*De même, s'il ressort des analyses et propositions qui précèdent que la variété des services médicaux peut être suffisante pour couvrir les besoins sanitaires existants, tel n'est cependant pas le cas pour l'oncologie et les soins palliatifs, la rééducation gériatrique et la présentation de la dépendance et autres la traumatologie.*

*Pour ces cas de figure, il y a lieu de dégager des approches optimales, autorisées par le présent plan afin de combler les déficits constatés, tout en réduisant le taux de lits aigus comme déjà proposé et préconisé par une étude étrangère du début des années 90.*

*S'agissant en particulier du nombre de lits hospitaliers dont la population résidente aura besoin, les auteurs du plan n'ignorent pas la tendance à l'augmentation de cette population.*

*Il est prévu de tenir compte de ce paramètre en adaptant, au besoin, le nombre absolu de lits, si pour l'une ou l'autre région hospitalière, de nouvelles estimations de la population viennent à dépasser les prévisions sans que pour autant le taux effectif de lits aigus ne puisse dépasser les 5 pour mille.*

*Comme il est cependant prévisible qu'à moyen terme l'évolution des techniques médicales conduira à un abaissement de la durée moyenne de séjour hospitalier, au profit de prises en charge en ambulatoire, des mesures sont prises pour favoriser ces activités ambulatoires, notamment en ne comptant plus les emplacements pour ces activités comme lits d'hospitalisation.*

*Dans ces conditions, un nombre de lits fixe, abaissé suivant les prévisions du présent plan, restera suffisant pour prendre en charge une population en augmentation constante, ce d'autant plus que le nombre de lits pour la rééducation gériatrique et la prévention de la dépendance sera nettement augmenté.*

*Par ailleurs, la liste des besoins en équipements lourds nécessitant une planification nationale a été adaptée".*

Les structures et équipements énumérés au plan hospitalier et les unités d'oeuvre qui découlent de l'activité hospitalière sont opposables au financement par l'Union des Caisses de Maladie; il est de même des actes médicaux .

*Si, par conséquent, il ressort de son exposé des motifs que la philosophie du plan hospitalier est en théorie irréprochable, les résultats de la carte hospitalière vont pourtant démontrer que les orientations de la planification ne sont que partiellement respectées sur le terrain. En effet, on pourra déduire des constats de la carte sanitaire, qu'il y a un biais provoqué la non coordination avec d'autres règlements qui interagissent indirectement sur cette planification et en inhibent notablement les effets.*

*Ces causes sont à rechercher du côté des mécanismes de financement (nomenclature médicale et mécanismes de la budgétisation des hôpitaux) et du côté des libertés trop généreuses laissées aux organismes gestionnaires et qui en profitent pour dessiner leur propre politique hospitalière (notamment via leur pouvoir discrétionnaire de recrutement de médecins et la liberté thérapeutique illimitée de ces derniers dans un système de financement à l'acte sans contraintes et sans contrôles ).*

*Ces éléments, hors de la portée du plan hospitalier actuel, font qu'il n'est guère à même d'atteindre les effets voulus par son exposé des motifs.*

*En s'appuyant sur les observations et les statistiques pluriannuelles de la carte sanitaire, nous ferons des propositions à la fin de ce travail pour sortir de cette impasse conceptuelle et pour permettre à un nouveau plan hospitalier, à qui il faudra donner une autre dimension, d'atteindre les objectifs voulus.*

## Les critères de planification \*

- **les régions hospitalières** : Le pays est divisé en 3 régions hospitalières (Nord, Centre, Sud). Afin d'assurer une équité géographique de l'offre sanitaire et une proximité d'accessibilité, chaque région hospitalière compte au moins un hôpital général, qui assure en permanence le service d'urgence SAMU, ainsi que (en fonction de la densité de la population) d'autres hôpitaux généraux ou de proximité, qui peuvent assurer un rôle diurne de polyclinique (pour les « petites » urgences ne relevant pas du SAMU). La région hospitalière correspond grosso-modo au rayon d'intervention du VMU qui relève du dispositif et de l'hôpital assurant le service de garde. Le VMU fonctionne en système de rendez-vous sur le lieu d'intervention avec l'ambulance d'un des 25 Centres d'intervention relevant de l'administration des Services de Secours) respectivement des 2 hélicoptères sanitaires conventionnés (stationnés, pour des raisons de distances de vol, dans les régions hospitalières du Centre et du Nord). Le médecin anesthésiste du VMU décide du lieu de prise en charge/d'hospitalisation de l'urgence. Les hélicoptères d'Air-Rescue interviennent, sur demande, en appui des VMU, pour toutes les régions hospitalières.

- **le classement des établissements hospitaliers:**

Les classements des établissements hospitaliers, qui doivent disposer de la personnalité juridique, se fait en fonction de leur nombre de lits et nombre de services autorisés à l'établissement. On distingue entre :

- ***l'hôpital de proximité*** :

L'hôpital de proximité a une capacité en lits inférieure à 175 lits aigus.

Il peut disposer d'une polyclinique ainsi que de services médicaux et médico-techniques de base destinés à prendre en charge des patients aux pathologies ne nécessitant pas le recours à des services ou équipements ni à des structures de soins intensifs hormis ceux prévus pour le réveil post-anesthésique.

Il peut disposer aussi d'un service de gynécologie et d'obstétrique s'il est distant de plus de 20 kilomètres par route de l'hôpital général le plus proche.

De même, à condition de conclure une convention avec l'hôpital général de la même région hospitalière, il peut disposer de services spécialisés. Toutefois un service spécialisé ne peut être installé à l'hôpital de proximité qu'à condition que l'hôpital général ne dispose pas du même service et que le service ne requiert pas la disponibilité d'autres services ou équipements spécialisés à l'exception d'un service de soins intensifs adapté aux besoins du service spécialisé.

- ***l'hôpital général*** :

L'hôpital général a une capacité en lits supérieure ou égale à 175 lits aigus. Il y a, au niveau de chaque région hospitalière, au moins un hôpital général.

Il peut disposer de l'ensemble des services hospitaliers à l'exception des services nationaux qui ne peuvent être installés que dans un établissement hospitalier spécialisé ou dans un seul hôpital général.

- ***l'établissement hospitalier spécialisé:***

Il s'agit d'établissements mono-disciplinaires soit nationaux (s'ils disposent d'un service national (ex. Radiothérapie (CFB) ; chirurgie cardiaque (INCCI) ; rééducation fonctionnelle (CNRF), réhabilitation psychiatrique (CHNPE) soit particuliers (ex. Maternité Bohler ; rééducation gériatrique HI Steinfors)

Les autres établissements dont question à la loi sont classés comme établissements spécialisés de convalescence, de cure ou de rééducation (physique) ou de réadaptation (psychique), soit encore comme foyers médicalisés.

## Classement \* des établissements par région et lits hospitaliers prévus pour 2005

Région hospitalière	Nord	Centre	Sud
Hôpital général	SL Ettelbruck (260 lits) (Hôpital St Louis Ettelbruck)	CHL (579 lits) Centre Hospitalier Luxembourg  HK + Bohler ( 405 lits)* Centre Hospitalier du Kirchberg * > 06 01 06  CST.LU (226 lits) Clinique Ste Thérèse Luxembourg	CHEM ( 410 lits) (Centre Hospitalier E.Mayrisch Esch-Dudelange)  HPMA ( 202 lits) (Hôpital Princesse Marie-Astrid Differdange)
Hôpital de proximité	CSJW (82 lits) (Clinique St Joseph, Wiltz)		CSM (118 lits) Clinique Ste Marie Esch/Alzette
Etablissement hospitalier spécialisé (aigus)		<b>INCCI (15 lits)</b> Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle à Luxembourg	<b>CFB (10 lits)</b> Centre national de radiothérapie à Esch/Alzette
Etablissement hospitalier spécialisé (aigus)	<b>CHNPE (237 lits)</b> Centre hospitalier Neuro-psychiatrique avec ses annexes sans préjudice de leur localisation régionale  Rééducation gériatrique <b>SL Ettelbruck (15 lits)</b> <b>Colpach (100 lits)</b> Centre de convalescence	<b>CNRF (72 lits)</b> Centre National de Rééd. Fonctionnelle et de Réadaptation à Hamm  <b>HIS ( 30 lits)</b> Rééducation Gériatrique à Steinfort	Rééducation gériatrique  <b>CHEM (30 lits)</b>

### 5. Un financement dualiste par l'UCM et l'Etat

Le financement est dualiste, sans préjudice d'une participation fixée par la loi, sous forme de forfait journalier, pour les patients qui ont également à leur charge, leurs choix volontaires de suppléments de confort personnel (1ères classes, TV, téléphone etc ..)

Les grands investissements (infrastructures et équipements lourds) sont pris en charge, après autorisation du Ministre, qui est tenu à cet effet de prendre l'avis de la Commission Permanente pour le Secteur hospitalier, à 80% par l'Etat et à 20% par l'Union des Caisses de Maladie.

Les frais d'exploitation - 409,3 millions d'euros en 2002 – et qui couvrent d'office les structures prévues au plan hospitalier et dont l'autorisation d'exploitation a été donnée, sont pris en charge par l'union des caisses de Maladie.

A la suite de la réforme de l'assurance maladie-maternité et du secteur de la santé (loi du 27 juillet 1992), le financement de l'exploitation des hôpitaux est passé d'une tarification de prix de journée à un système de budgétisation globale. Cette budgétisation, débutée en 1995 et accompagnée de l'introduction de la comptabilité analytique, repose sur la distinction entre les frais fixes (non directement liés à l'activité, dont ceux du personnel qui représentent +/- 75% du total des charges) et les frais variables (directement liés à l'activité).

Les budgets sont négociés (individuellement par hôpital) avec l'UCM selon un processus bien codifié. Le secteur hospitalier, avec ses quelque 6600 employés (2002), constitue le poste de dépenses le plus important de l'UCM. De volume régulièrement croissant, il représentait 48,1% du total des prestations en nature au Luxembourg en 2002 (contre 47,4% en 1999), suivi par celui des prestations médicales, facturées à l'acte qui représentaient 19,1% en 2002 (dont 50% pour les actes techniques ambulatoires et stationnaires).



**Tableau 3 :**  
**Evolution du coût du secteur hospitalier \* au Luxembourg (en millions d'euros)**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Frais fixes %	78,3	78,5	79,9	80,5	79,7	78,6
Frais variables %	21,7	21,5	20,1	19,5	20,3	21,4
<b>Total</b>	<b>318,9</b>	<b>332,6</b>	<b>389,9</b>	<b>409,3</b>	<b>443,8</b>	<b>509,8</b>
<i>Evolution</i>	<i>100</i>	<i>104,3</i>	<i>122,2</i>	<i>128,3</i>	<i>139,1</i>	<i>159,6</i>

Frais hospitaliers au Grand-Duché opposables à l'UCM Source: IGSS, Rapport général de la Sécurité sociale 2002 et 2004 .

Si les frais des médicaments hospitaliers sont contenus dans le budget d'exploitation hospitalier, celui-ci ne couvre cependant pas les honoraires médicaux, quel que soit d'ailleurs le statut du médecin (>80% exercent sous statut libéral et sont agréés aux hôpitaux). Ces honoraires, purs, sont facturés à l'acte par le prestataire, sur base d'une nomenclature. Le niveau de la rémunération des médecins est par conséquent fonction du nombre d'actes et les frais totaux afférents se sont accrus de 64% entre 1998 à 2004.

### Conclusion provisoire sur l'évolution récente du secteur hospitalier

Sous l'effet d'une politique volontariste et continue des coalitions gouvernementales successives, le paysage hospitalier s'est profondément transformé au fil des dernières décennies.

En 1960, le Grand-Duché comptait 41 établissements hospitaliers dont 20 hôpitaux généraux et 32 en 1986 (dont 18 aigus et 2 spécialisés), créés, à quelques exceptions près (*Hôpital Neuro-Psychiatrique, Maternité Charlotte, Clinique Pédiatrique*) par l'initiative privée et financés, en ce qui concerne leur exploitation, par l'assurance maladie.

A part les établissements où l'Etat était intervenu de façon croissante dans le co-financement des infrastructures à partir des années 70 (*Hôpital de Differdange, Hôpital de la Ville d'Esch, HPMA*), il s'agissait d'établissements de petite taille, souvent vétustes et qui n'étaient plus adaptés à l'exercice de la médecine telle qu'elle avait évoluée.

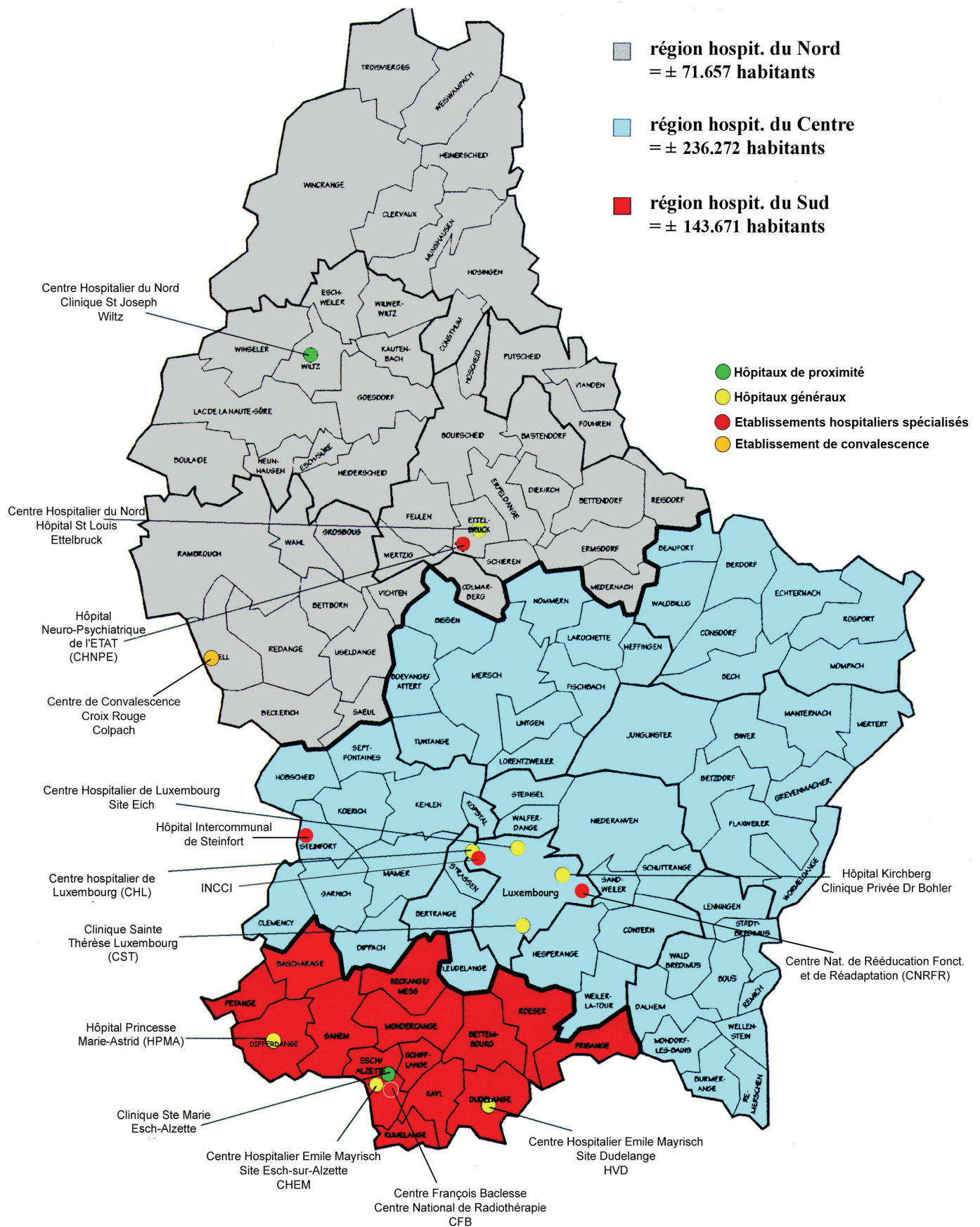
Actuellement en 2005, le pays compte, outre les établissements nationaux, encore 8 structures hospitalières aiguës, dont 3 Centres hospitaliers et à terme, il est prévisible que le nombre total d'établissements se réduira encore.

On observe le même phénomène en ce qui concerne la densité des lits hospitaliers, ancienne mesure étalon des hôpitaux, dont le rôle s'efface progressivement devant une activité qui, grâce au progrès de la médecine, des modes de prise en charge, mais aussi de l'accroissement des coûts devient de plus en plus médico-technique et ambulatoire. Depuis les années 90, le Grand-Duché a consenti des efforts importants dans le secteur hospitalier.

Les comparaisons de la carte sanitaire avec les données des autres pays démontrent que tant du point de vue des structures que des équipements, des dotations et des résultats, mais aussi des coûts, le système hospitalier luxembourgeois s'est glissé entre-temps dans le peloton de tête international.

# G.D.: CARTE SANITAIRE 2005 des hôpitaux et des régions hospitalières

POPULATION: 451600 habitants



## Carte sanitaire 2005: Inventaire des établissements hospitaliers Renseignements généraux

	Région hospitalière du Nord		Région hospitalière du Centre				Région hospitalière du Sud		
Hôpitaux	SJ.Wi	SL.Et	CHL	CST.Lu	HK	Bohler	CHEM	CSM	HPMA
Dénomination	Clinique St Joseph Wiltz	Centre Hospitalier du Nord Hôpital St Louis	Centre Hospitalier de Luxembourg	Clinique Ste Thérèse (Zithaklinik)	Hôpital Kirchberg	Clinique privée du Dr E.Bohler	Centre Hospitalier Emile Mayrisch (à p.du 01.07.04)	Clinique Ste Marie	Hôpital Princesse Marie-Astrid
Catégorie et classement	Hôp. de proximité	Hôpital général	Hôpital général	Hôpital général	Hôpital général	Etab. spécialisé	Hôpital général	Hôp. de proximité	Hôpital général
Statut/ personnalité juridique	Hospice civil	Hospice civil	Etablissement public	S.A.	Fondation	S.A.	Etablissement d'utilité publique	asbl exploitée par FFE	Syndicat Intercomm. de l'HPMA
Numéro matricule UCM	1811560001698	19615600019	1975520001099	19255600012	701009	1956560001299	1955640001999	1922560001899	70112105
Président de l'org.gestion.	M. Shinn	M. Mohr	M. Mousel	Sr Schneiders	M. Wagener	M. Bohler	Mme Mutsch	M. Wagener	M. Meisch
Adresses									
Téléphone	95 95-1	81 66-1	44 11-11	49 776-1	2468-1	26333-1	57 11-1	57 123-1	58 46 46-1
Fax	95 77 10	81 66-7005	45 87 62	49 776-5900	2468-2009	26333-9003	57 11-65099	57 23 43	58 46 46-602
E-mail	<a href="mailto:clinique.wiltz@clw.lu">clinique.wiltz@clw.lu</a>	<a href="mailto:guy.scheifer@hsl.lu">guy.scheifer@hsl.lu</a>	<a href="mailto:chl@chl.lu">chl@chl.lu</a>	<a href="mailto:cst@cst.lu">cst@cst.lu</a>	<a href="mailto:raymond.lies@ffe.healthnet.lu">raymond.lies@ffe.healthnet.lu</a>	<a href="mailto:dina.castro@ffe.healthnet.lu">dina.castro@ffe.healthnet.lu</a>	<a href="mailto:serge.haag@chem.lu">serge.haag@chem.lu</a>	<a href="mailto:carmen.avarello@ffe.healthnet.lu">carmen.avarello@ffe.healthnet.lu</a>	<a href="mailto:charles.harf@hpmalu">charles.harf@hpmalu</a>
Adresse	10, rue Gr.D.Charlotte L-9515 Wiltz	120, av.Salenty BP 103 L-9002 Ettelbruck	4, rue Barblé L-1210 Luxembourg	36, rue Ste Zithe L-2763 Luxembourg	9, rue E. Steichen L-2540 Luxembourg	5, rue E. Steichen L-2540 Luxembourg	rue E. Mayrisch BP 436 L-4005 Esch/Alzette	7-11, rue Wurth Paquet L-4350 Esch/Alzette	187, av.de la Liberté BP 22 L-4501 Differdange
Site INTERNET	<a href="http://www.clw.lu">www.clw.lu</a>	/	<a href="http://www.chl.lu">www.chl.lu</a>	<a href="http://www.zitha.lu">www.zitha.lu</a>	/	/	<a href="http://www.chem.lu">www.chem.lu</a>	/	<a href="http://www.hpmalu">www.hpmalu</a>
Direction									
Directeur	M. J. Shinn (9595-435) président C.A.	Dr G. Scheifer (8166-7000)	Dr A. Kerschen (4411-3100)	Dr P. Turk (49776-5550)	Dr R. Lies (2468-2005)	M. C. Oberle (2468-2005)	Dr M. Nathan (5711-65211)	Dr R. Lies (57123-2963)	Dr C. Harf (584646-353)
Chef département MEDICAL	Dr Y. Taouil (9595-353)	Dr G. Scheifer (8166-7000)	Dr M. Schroell (4411-2145)	Dr P. Turk (49776-5550)	Dr R. Lies (2468-2005)	Dr P. Wirtgen (26333-9004)	Dr M. Nathan (5711-65211)	Dr R. Lies (57123-2963)	Dr C. Birgen (584646-418)
Chef département SOINS	M. N. Bissener (9595-455)	M. R. Haagen (8166-5000)	Mme M. Birkel (4411-3102)	M. G. Jamros (49776-5550)	M. M. Schlim (2468-2005)	Mme B. Pettiaux (26333-9005)	M. S. Haag (5711-65101)	Mme A. Kloster (57123-2965)	M. A. Willet (584646-382)
Chef département ADMINISTR.	M. J.P. Messerig (9595-434)	M. G. Bassing (8166-3000)	M. P. Lavandier (4411-2003)	M. G. Thill (49776-5550)	M. C. Oberle (2468-2005)	M. C. Oberle (2468-2005)	M. Hinterscheid (5711-65141)	M. P. Hoffmann (57123-2960)	/
Responsable RELATIONS PATIENTS	/	Dr G. Scheifer (8166-7000)	Mme Kremmer (4411-6919)	Direction et resp. des unités de soins et sces médico-techn.	Dr R. Lies (2468-2005)	/	M. M. Hoffmann (5711-99128)	Dr R. Lies (57123-2963)	Dr C. Harf (584646-353)

Source: Direction de la Santé (MW/MB), mise à jour du 09.01.2006, réponses des hôpitaux aux questionnaire Carte sanitaire 2004

## Carte sanitaire 2005: Infrastructures \*

	Région hospitalière du Nord		Région hospitalière du Centre				Région hospitalière du Sud		
Établissements hospitaliers	SJ.Wi	SL.Et	CHL	CST.Lu	HK	Bohler	CHEM	CSM	HPMA
<b>Configuration</b>	monobloc	monobloc	structure pavillonnaire	pavillons reliés	pavillon relié	monobloc	pavillon relié	monobloc 2 tours reliées	monobloc
<b>Date construction</b>	1977 ouverture du nouveau bâtiment	2003	MAT: 1936 CP: 1966 HM: 1976 CE:1873	Bâtiment A: 1925 Bâtiment B: 1952 Centre médical: 1978 Bâtiment C: 1985 Bâtiment D: 1997	2003	1956	Altbau 2 (1952), Neubau 80 (1980), Altbau 1 (1930), (Heichuewen 2003)	1976	1981
<b>Modernisations récentes importantes</b>	projet de modernisation depuis 1997	mise en service 2003	MAT: en cours Clin. Péd. : en cours Hôp. Mun. : 2005 Cl. d'Eich : en cours	modern./ extension policlinique (2005)	mise en service 2003	nouvelle construction mise en service 01/06	AB1: mod. 2002 AB2: remplac. 2003 WB80: mod. en cours		Modernis. de 2 salles d'op en 2003

Source: Ministère de la Santé, Service Hôpitaux

PROJET Nature des travaux	Etat de réalisation au 31 décembre 2005	Evolution des projets par rapport aux contenus visés à la loi modifiée du 21.06.1999	Remarques
<b>Etablissements uniques respectivement à statut national</b>			
Centre National de Radiothérapie F. Baclesse Aménagement et projet d'extension	Centre mis en service depuis janvier 2000, délais et devis initiaux respectés	Une extension du Centre est prévue; la loi de financement a été amendée en 2003 à cet effet	Centre National fonctionne depuis 2000
INCCI Luxembourg Construction	Centre opérationnel depuis juin 2001, délais respectés, devis initiaux dépassés	La loi de financement a été adaptée en 2003	Centre National fonctionne depuis 2001
CNRF Kirchberg Nouvelle construction	Autorisation ministérielle donnée; travaux en cours depuis le 24.09.2003	Financement assuré via la modification de la loi de financement en date du 19 décembre 2003	Mise en service du Centre National de Rééducation Fonctionnelle au Kirchberg prévue pour début 2007
CHNP Ettelbruck Modernisation et reconstruction partielle	Nouvelle planification en élaboration	Budget prévu à la loi du 21.06.1999	Planification initiale reportée comme suite à la révision du rapport "Roessler"
Convalescence Colpach Reconstruction	Autorisation du Ministre en cours	Financement assuré via la modification de la loi de financement en date du 15 décembre 2004	Réalisation de la phase intermédiaire en cours Durée de construction prévisionnelle 36 mois
<b>Etablissements de la région hospitalière du Nord</b>			
Hôpital St Louis Ettelbruck Nouvelle construction	Centre opérationnel depuis octobre 2003, délais et devis initiaux dépassés	La loi de financement a été adaptée en 2003	Hôpital fonctionne depuis 2003
Clinique St Joseph Wiltz Modernisation par phases	Modernisation partiellement terminée; la poursuite des travaux nécessite une rallonge de l'enveloppe de financement	Plans de suite des travaux sous avis des experts	Partie modernisée depuis 2003 Échéance des travaux de suite dépend de l'autorisation de dépassement d'enveloppe

Source: Ministère de la Santé, Service Hôpitaux

PROJET Nature des travaux	Etat de réalisation au 31 décembre 2005	Evolution des projets par rapport aux contenus visés à la loi modifiée du 21.06.1999	Remarques
<b>Etablissements de la région hospitalière du Centre</b>			
CHL à Luxembourg Hôpital Municipal : extension Clinique d'Eich : modernisation Clinique Pédiatrique : modernisation Maternité : mise en sécurité	Travaux en cours sur tous les sites énumérés	La sollicitation pour une reconstruction de la Maternité (entité mère-enfant) a été annoncée, mais nécessitera une adaptation de l'enveloppe de finance- ment, tout comme le projet en cours pour la Clinique d'Eich.	Échéances prévisionnelles des travaux en cours: Hôpital Municipal: 2006 Clinique d'Eich: 2008 Clinique pédiatrique et Maternité: 2008
Hôpital FFE du Kirchberg Nouvelle construction	Construction terminée en juillet 2003; délais respectés, devis initiaux dépassés	La loi de financement a été adaptée en 2003	Hôpital fonctionne depuis juillet 2003
Clinique Dr Bohler Nouvelle construction au Kirchberg	Travaux terminés en décembre 2005	La loi de financement a été adaptée en 2003	Ouverture programmée pour janvier 2006
Clinique Ste Thérèse Luxembourg Modernisation et extension partielles	Travaux autorisés terminés: devis dépassés	L'autorisation pour une modernisation plus conséquente, qui nécessitera un amendement de la loi de financement afférente a été sollicitée.	L'échéance éventuelle de la nouvelle sollicitation n'est pas prévisible à ce stade.
<b>Etablissements de la région hospitalière du Sud</b>			
Centre Hospitalier Emile Mayrisch (Hôpitaux fusionnés de Esch et Dudelange) Site Esch-Alzette: modernisation par phases Site Dudelange: mise en sécurité et aménagement partiels Site Clinique de l'Environnement : phase conceptuelle	Site Esch: travaux en cours, Planification de suite sous autori- sation, Site Dudelange: plans de moder- nisation transitoire sous avis	Une modernisation du service d'ur- gence a été intercalée, avant la phase 4 initialement prévue et celle-ci a été reportée. La réalisation du nouveau service d'urgence et de la dernière phase (4) nécessiteront une rallonge de l'enve- loppe de financement	Échéance de fin des travaux pas prévisi- ble à ce stade Plans, devis et échéanciers du service d'urgence et de la phase 4 à Esch et de l'aménagement à Dudelange restent à être autorisés
Hôpital Princesse Marie-Astrid, Differdange Modernisation	Travaux autorisés ex-post réali- sés; un projet de mise en sécurité est en élaboration		Les travaux autorisés ex-post ont été réalisés
Clinique Ste Marie Esch/Alzette Modernisation	Plans de modernisation introduits en 2004, sont révisés		L'échéance pour les travaux qui restent à autoriser n'est pas prévisible à ce stade

Source: Ministère de la Santé, Service Hôpitaux

## Carte sanitaire 2005 : Structures \* (1)

	Région hospitalière du Nord			Région hospitalière du Centre							Région hospitalière du Sud					
Etablissements hospitaliers	SJ.Wi		SL.Et	CHL		CST.Lu		HK	Bohler		CHEM		CSM		HPMA	
	2004	1998	2004	2004	1998	2004	1998	2004	2004	1998	2004	1998	2004	1998	2004	1998
	<b>Policliniques et sces médico-techn. et logist.</b>															
laboratoire Prélèvements Nbr locaux	1	1	3	9	4HM, 3CP, 2CE	3	3	3	1	1	4	n.i.	2	2	2	2
salles d'opération: nbre de salles	3	3	5	14	6HM, 3MAT, 5CE	6	7	8	2	2	9	n.i.	3	3	5	5
dont SOP disposant d'un "laminar flow"	2	2	3	4	4	2	2	6	0	0	0	n.i.	0	0	2	0
salles d'accouch.: nbre de salles	2	2	4	5	5	0	0	0	3	3	1	n.i.	0	0	2	2
imagerie médicale (toutes spécialités): nbre de salles	5	4	14	16CHL 10CE	n.i.	13	9	12	1	1	17	n.i.	8	8	5	5
policlinique, endosc. et explorations fonctionn. (à l'excep. des cabinets loués aux médecins): nbre salles	5	5	28	135	52HM, 27CP, 26MAT 18CE	28	11	31	4	2	9	n.i.	17	17	9	9
salle de plâtre: nbre sall.	0	0	1	2	n.i.	1	1	1	0	0	1	n.i.	0	0	1	1
service d'urgence: nbre de salles	0	0	10	30	30	3	2	7	0	0	6	n.i.	3	3	2	2
physio-kiné (nbre places de traitement)	1	1	n.i.	4	n.i.	7	n.i.	10	0	0	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	15	15

Source: Direction de la Santé (MW/MB), réponses des hôpitaux aux questionnaires Carte Sanitaire 2004

**Carte sanitaire 2005: Structures \* (2)**

	Région hospitalière du Nord		Région hospitalière du Centre						Région hospitalière du Sud							
Etablissements hospitaliers	SJ.Wi		SL.Et	CHL		CST.Lu		HK	Bohler		CHEM		CSM		HPMA	
	2006	1998	2006	2006	1998	2006	1998	2006	2004	1998	2006	1998	2006	1998	2006	1998
<b>Structures ambulatoires</b>																
places (hors salle de réveil et dialyse), nbr	0	0	12	29	1 Site CHL, site CE:6	19	5	17	0	0	0	0	0	0	5	n.i.
places salle de réveil	0	0	10	18	n.i.	13	13	20	5	5	14	9	2	2	5	n.i.
places dialyse	0	0	10	26	n.i.	11	11	11	0	0	14	8	0	0	n.i.	n.i.
<b>Structures d'hospitalisation</b>																
nombre de lits	77	n.i.	275	625	n.i.	244	250	337	68	75	414	320	103	120	202	216
nombre de lits de réserve	5	11	0	20	n.i.	0	0	40	n.i.	n.i.	30	n.i.	10	12	13	13
nombre de lits aigus prévu au PH 2001 pour 2005	77	0	260	579		226		337	68		410		118		202	
nombre de chambres d'hospitalisation	39	29	170	308	n.i.	137	148	223	42	44	228	n.i.	84	99	112	110
chambres à 1 lit	1	0	75	31	n.i.	60	60	111	50	22	72	n.i.	69	79	16	12
chambres à 2 lits	38	24	89	169	n.i.	77	95	111	20	20	142	n.i.	15	n.i.	96	n.i.
Soins palliatifs: nombre de lits effect. disponibles	0	0	6	0		0	0	10	0	0	8	5	0	0	4	n.i.
Réanimation/soins intensifs: nombre de lits	5	5	16	47	n.i.	12	14	22	0	0	28	20	4	6	9	n.i.
Intermediate care: nombre de lits	0	0	0	6	n.i.	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	n.i.
Nbr de lits ré-éducation gériatrique			15								30					

Source: Direction de la Santé (MW/MB), réponses des hôpitaux aux questionnaire Carte sanitaire 2004

<b>Commissions</b>									
	<b>Région hospitalière du Nord</b>		<b>Région hospitalière du Centre</b>				<b>Région hospitalière du Sud</b>		
Hôpitaux	SJ.Wi	SL.Et	CHL	CST.Lu	HK	Bohler	CHEM	CSM	HPMA
<b>Organisme gestionnaire</b>									
président	M. J. Shinn	M. Schaaf	M. Mousel	Sr Schneiders	M. Meyers	M. P.Bohler	Mme Mutsch	M. Meyers	M. Halsdorf
nbre réunions	17 réunions	17 réunions	6 réunions	*n.i.	10 réunions	*n.i.	12 réunions	12 réunions	1/semaine
<b>Comité mixte</b>									
président	M. J. Shinn	M. L. Reiles	Dr Kerschen	Dr P. Turk	Dr R. Lies	/	M. M. Pütz	Dr R. Lies	Dr C. Harf
nbre réunions	4 réunions	7 réunions	6 réunions	5 réunions	5 réunions	/	9 réunions	3 réunions	1/mois
<b>Comité de direction</b>									
président	M.J. Shinn	Dr Scheifer	Dr.Kerschen	Dr P. Turk	Dr R. Lies	M. P. Bohler	Dr Nathan	Dr R. Lies	Dr C. Harf
nbre réunions	*n.i.	39 réunions	1/15j	1/semaine	42 réunions	*n.i.	1/semaine	21 réunions	1/semaine
<b>Comité de prévention des infections nosocomiales</b>									
président	Dr M. Biver	Dr Scheifer	Dr Hemmer	Dr P. Devaquet	Dr R. Lies	Dr C. Kieffer	Dr Nathan	Dr R. Lies	Dr C. Harf
nbre réunions	10 réunions	7 réunions	6 réunions	1 réunion	5 réunions	5 réunions	11 réunions	4 réunions	*n.i.
<b>Sécurité</b>									
président	M. Messerig	M. Engeldinger	M. Lavandier	M. C. Mongelli	M. Carmona	M. P. Bohler	M. De Freitas	M. Hoffmann	M. Gengler
nbre réunions	3 réunions	*n.i.	3 réunions	3 réunions	*n.i.	réunions non-formalisées	*n.i.	3 réunions	*n.i.
<b>Evaluation du fonctionnement et de la qualité des prestations hospitalières</b>									
président	resp. différents projets	*n.i.	Dr Kerschen	M. Jamros	Dr R. Lies	Mme Bohler	M. Hoffmann (coord. qualité)	Dr R. Lies	Mme Gomes
nbre réunions	*n.i.	*n.i.	10 réunions	démarrage oct.04: 1 réunion	10 réunions	*n.i.	*n.i.	12 réunions	3 réunions
<b>Commission éthique</b>									
président	M. R. Seil	Dr. Jackmuth	Dr J.Beissel	Dr P. Buchler	M. E. Gillen	Dr C. Bauer	Dr M. Gleis	M. E. Gillen	Mme Birkel-Bach
nbre réunions	*n.i.	*n.i.	3 réunions	6 réunions	5 réunions	2 réunions	1 réunion	7 réunions	*n.i.
<b>Conseil médical</b>									
président	Dr J. Moussa	Dr F. Jacob	Dr Hemmer	Dr M. Kayser	Dr M. Zeyen	Mme Conzemius	Dr M. Kruger	Dr Wagener	Dr Schockmel

Source: Direction de la Santé (MW/MB), réponses des hôpitaux aux questionnaire Carte sanitaire 2004

\* n.i. = non indiqué

### Constats:

Les organes prévus par les articles 23 (comité de prévention des infections, de sécurité et d'évaluation du fonctionnement de la qualité) et 24 (comité d'éthique) de la loi sur les établissements hospitaliers, fonctionnent de façon très hétérogène d'un établissement à l'autre, respectivement pas du tout. Aucun établissement n'avait joint un rapport d'activité, respectivement n'avait certifié que ces rapports avaient été transmis et avisés par les organismes gestionnaires.



## ORGANISATION \*

En vue de la **prolongation** de leur **autorisation d'exploitation\*** (art. 6 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers), les tutelles des établissements ont été invitées, par l'intermédiaire du Président de l'organisme gestionnaire, à produire, pour le 1er février 2006:

**A) une attestation de conformité** aux, et d'**implémentation active** des dispositions incombant à l'établissement en vertu des dispositions de la loi du 28 août 1998,

**B) l'engagement**

o **d'organiser et de planifier** ses activités de façon à assurer à tout moment une prise en charge adéquate pour tous les patients qui font appel aux services de l'établissement,

o de préconiser dans les règlements internes de **ne pas prendre en charge**, respectivement d'organiser le transfert en un lieu de prise en charge plus adéquat, le cas échéant après prestation des premiers soins d'urgence, **des patients qui ne relèvent pas de ses missions ou dont l'état de santé dépasse les moyens (momentanément) à sa disposition**,

o de veiller au respect **des règles déontologiques** et éthiques concernant notamment **la publicité**,

o de participer, sans préjudice des dispositions de l'article 3 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, à **un éventuel monitoring** national des prestations qui relèvent de son champ d'activités,

o de **collaborer** activement avec **les instances compétentes pour tout problème**, notamment de santé publique, se présentant au sein des établissements,

o **de mettre en place un système continu d'amélioration de la qualité**.

**C) de soumettre au Ministre copie du règlement général**, de ses **dispositions d'application** et du **projet d'établissement**, tels que disponibles à tous ceux qui y ont droit d'accès sur place.

PS : Recommandation en ce qui concerne le projet d'établissement:

Le projet d'établissement formule, sous la coordination du Directeur, les objectifs mesurables, centrés notamment sur l'amélioration de la qualité des prestations, à atteindre en 5 ans, à partir d'un état réaliste des lieux, sur base notamment de vos données d'activité, de celles de la carte sanitaire ainsi que de vos performances par rapport à des indicateurs conformes aux acquis de la science.

**D) de soumettre au Ministre, pour chaque service autorisé (voie sous structures ci-avant) un projet de service** spécifiant

o l'organigramme

o l'aménagement

o l'organisation, les relations fonctionnelles et activités référentielles à et au delà de l'établissement, les moyens mis en place pour assurer une continuité des soins conforme aux données acquises par la science et à la déontologie

o le concept et le résumé du projet de service

*PS : Le projet de service, sous la coordination d'une personne nommément identifiée, fixe les objectifs mesurables, centrés notamment sur l'amélioration de la qualité des prestations, à atteindre en 5 ans, à partir d'un état réaliste des lieux au départ et concrétisé par des données d'activité chiffrées reproductibles*

o le (dernier) **rapport annuel d'activités** tel que validé par l'organisme gestionnaire de l'établissement

Source: Courrier du Ministre de la Santé adressé aux Présidents des organismes gestionnaires des établissements hospitaliers en date du 11 novembre 2005.

La procédure de mise en demeure avait été appliquée parce qu'aucun établissement n'était à 100% conforme aux dispositions de la loi. La compliance variait très fort d'un établissement à l'autre, les données anonymisées avaient été présentées à la CPH.

Evolution du personnel budgétisé * ( Total en ETP )								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>HOPITAUX AIGUS</b>								
<b>SJoseph Wiltz</b>	157,5	159,3	166,2	169,8	177,8	178,1	180,6	178,9
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	475,6	491,9	500,5	512,9	527,5	526,3	569,1	600,0
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD</i>	633,0	651,2	666,7	682,7	705,3	704,4	749,8	778,9
<b>CHL total</b>	1 042,2	1 064,9	1 108,3	1 144,9	1 159,3	1 191,2	1 214,4	
Chl Luxembourg	806,9	821,7	855,1	892,5	904,5	932,8	1 214,4	
Chl Eich	235,3	243,2	253,2	252,4	254,9	258,5	-	-
<b>CSThérèse Lux.</b>	458,7	466,7	479,1	469,7	467,7	480,8	496,4	
<b>CHK total</b>	744,0	766,0	791,5	763,4	772,7	772,2	133,9	136,2
H. Kirchberg	-	-	-	-	-			
H.Bohler	119,6	123,5	127,9	132,7	132,6	133,2	133,9	136,2
Cl. Ste Elisabeth Lu	275,8	286,9	299,1	301,9	302,9	305,4	-	-
Cl. Sacré Cœur Lu	265,8	270,4	280,4	277,2	285,8	282,7	-	-
Cl. St. François Lu	82,7	85,2	84,1	51,6	51,4	50,9	-	-
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</i>	2 244,9	2 297,5	2 378,9	2 378,0	2 399,7	2 444,2	1 844,7	136,2
<b>CHEM total</b>	850,7	884,8	897,7	914,3	930,4	971,5	981,0	1029,2
HV Esch-Alzette	684,5	722,8	738,3	756,8	772,6	817,8	835,9	1029,2
HV Dudelange	166,2	162,0	159,4	157,5	157,8	153,7	145,1	-
<b>CSMarie Esch</b>	212,0	207,9	212,0	211,1	210,6	206,5	193,1	
<b>HPMA Niederkorn</b>	353,6	355,1	363,9	368,0	374,2	395,1	402,3	
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD</i>	1229,0	1254,7	1269,2	1282,9	1298,7	1331,7	1319,1	1029,2
<b>Total aigus</b>	<b>4106,8</b>	<b>4203,4</b>	<b>4314,8</b>	<b>4343,6</b>	<b>4403,7</b>	<b>4480,3</b>	<b>3913,5</b>	<b>1944,3</b>
<b>EH spécialisés</b>								
INCCI	-	-	-	60,53	61,33	62,88	66,44	68,48
CNRF Hamm	-	-	-	-	94,65	130,68	146,35	149,91
HIS Steinfort	52,25	55,85	58,62	61,41	64,45	67,62	70,24	71,21
CHNP Ettelbruck	372,00	312,41	336,05	375,52	390,55	394,61	390,19	
Baclesse	-	-	25,50	26,70	29,75	30,80	31,30	32,16
<b>Total pays</b>	<b>4 531,1</b>	<b>4 571,7</b>	<b>4 735,0</b>	<b>4 867,8</b>	<b>5 044,4</b>	<b>5 166,9</b>		

Source: UCM données budgétisation

### Commentaire:

Le présent tableau sur l'évolution totale du personnel budgétisé ne fournit que des renseignements interprétables jusqu'en 2002/2003 du fait de l'absence de données validées par l'UCM pour l'Hôpital du Kirchberg.

Néanmoins, si on considère l'évolution par établissement, on constate une hausse conséquente du personnel total quasi pour tous les établissements (mais inférieur au % de croissance de la démographie médicale).

Si tel est le cas pour l'ensemble du personnel engagé, le graphique page suivante montre que tel n'est en revanche pas le cas pour les dotations des services d'hospitalisation tombant sous l'empire du PRN qui mesure l'intensité de la charge de travail; ce phénomène peut être relié à la baisse du nombre de journées d'hospitalisations en dépit d'une augmentation du nombre d'admissions. On peut en déduire qu'en cas de diminution de la durée moyenne de séjour, il y a une économie d'échelle dans la charge du travail de soins et par conséquent des dotations requises.

L'augmentation du personnel dans les secteurs qui ne relèvent pas du PRN est à rapprocher de l'augmentation de l'activité des secteurs médico-techniques, illustrée par les statistiques sur les unités d'œuvre.

Le système de dotation en personnel par PRN n'est pas la cause de l'accroissement des coûts depuis 1998. Une réduction pour des dotations qui découlent du PRN sera par conséquent une opération tout à fait injustifiée et pénalisante à l'égard des soignants concernés et serait sans rapport avec les causes (et les coûts) de l'accroissement disproportionnel des activités hospitalières par rapport à l'accroissement de la population.

## Dotations en personnel des unités d'hospitalisation

<b>Evolution du personnel soignant * USN &amp; USI (PRN, en ETP)</b>								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Hôpitaux aigus</b>								
<b>SJoseph Wiltz</b>	70,90	69,10	73,51	72,21	74,24	72,60	73,24	69,78
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	240,00	214,47	212,64	212,93	210,70	212,93	218,67	227,14
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD</i>	310,90	283,57	286,15	285,14	284,94	285,53	291,91	296,92
<b>CHL total</b>	450,21	456,85	470,72	478,87	470,91	469,15	472,86	
Chl Luxembourg	335,89	339,72	355,72	370,28	365,20	365,95	472,86	
Chl Eich	114,32	117,13	115,00	108,59	105,71	103,20	-	-
<b>CSThérèse Lux.</b>	189,45	187,95	179,25	162,53	156,02	160,24	163,32	
<b>CHK total</b>	293,73	306,42	318,97	280,44	270,32	262,05	43,82	42,81
H. Kirchberg	-	-	-	-	-			
H.Bohler	45,50	48,33	48,69	48,00	46,42	44,79	43,82	42,81
Cl. Ste Elisabeth Lu	113,52	119,72	124,67	122,07	113,85	111,25	-	-
Cl. Sacré Cœur Lu	97,98	98,22	101,99	99,26	101,63	98,15	-	-
Cl. St. François Lu	36,73	40,15	43,62	11,11	8,42	7,86	-	-
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</i>	933,39	951,22	968,94	921,84	897,25	891,44	680,00	42,81
<b>CHEM total</b>	309,30	332,23	332,76	337,55	330,66	341,46	329,11	351,13
HV Esch-Alzette	237,08	268,41	273,06	280,54	279,98	293,97	283,32	351,13
HV Dudelange	72,22	63,82	59,70	57,01	50,68	47,49	45,79	-
<b>CSMarie Esch</b>	87,25	83,35	83,43	78,29	73,83	71,02	67,36	
<b>HPMA Niederkorn</b>	145,09	145,09	151,96	152,40	149,58	158,49	159,02	
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD</i>	541,64	560,67	568,15	568,24	554,07	570,97	555,49	351,13
<b>Total aigus</b>	<b>1 785,93</b>	<b>1 795,46</b>	<b>1 823,24</b>	<b>1 775,22</b>	<b>1 736,26</b>	<b>1 747,94</b>	<b>1 527,40</b>	<b>690,86</b>
<b>EH spécialisés</b>								
INCCI				13,50	13,50	5,79	5,79	5,84
CNRF Hamm					51,25	68,55	77,54	76,10
HIS Steinfort	16,35	19,95	21,47	23,26	22,85	24,27	25,39	26,36
CHNP Ettelbruck	243,00	171,50	192,20	220,37	230,40	226,04	216,87	
Baclesse								
Colpach	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total pays</b>	<b>2 045,28</b>	<b>1 986,91</b>	<b>2 036,91</b>	<b>2 032,35</b>	<b>2 054,26</b>	<b>2 072,59</b>	<b>1 852,99</b>	<b>799,16</b>

Source: UCM données budgétisation

## Charge en soins (PRN)\* directs et indirects requis, en courte durée, en minutes:

Hôpitaux	Effectif audit 2004	Effectif réel 2004	Moyenne	Minimum	Maximum
CHL	2632	114828	157,51	14,77	595,68
CHEM	1530	72568	171,22	39,58	747,07
Cl. St Louis	1372	68288	143,94	34,21	454,49
Hôp. Kirchberg	1402	72454	153,48	39,99	534,84
Cl. Ste Thérèse	1121	52505	134,77	15,1	402,68
HPMA	975	44350	150,22	39,79	572,01
Cl. Ste Marie	412	19907	124,84	44,41	448,99
Cl. St Joseph Wiltz	310	14262	153,02	37,56	417,86
Cl. Dr Bohler	312	16621	118,87	34,28	328,07
CHNP Ettelbruck	196	5542	172,42	51,89	386,84
INCCI	52	1210	158,25	97,27	286,95

Source: CRP-SANTE, SASSS

## Dotation: Qualifications des ressources humaines \* contractuelles

sans préjudice des fonctions exercées à l'hôpital	Total	Région hospitalière du Nord		Région hospitalière du Centre				Région hospitalière du Sud		
		SJ.Wi	SL.Et	CHL	CST.Lu	HK	Bohler	CHEM	CSM	HPMA
<b>Personnel</b>										
Professions autres que médecins EQTP	3261,92	117,54	408,63	850,11	307,75	487,77	85,00	617,38	126,76	260,98
Nbre médecins	823,00	25,00	99,00	220,00	80,00	113,00	23,00	135,00	45,00	83,00
Liste des médecins sans MEVS		Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecins MEVS		Non	n.i.	Oui	n.i.	n.i.	n.i.	Oui	Non	Non
Liste des médecins MEVS		Non	n.i.	Oui	n.i.	n.i.	n.i.	Oui	Non	Non
<b>Staff autre que médecins en EQTP</b>										
Aide-soignant(e)s	358,79	9,00	50,80	83,75	40,35	42,15	8,60	57,73	21,49	44,92
ATM Laboratoire	86,65	4,50	7,16	19,83	9,30	12,25	3,90	16,65	5,85	7,21
Laborantin(e)s	110,09	3,05	9,96	39,25	7,55	15,71	2,60	20,35	4,23	7,39
ATM RX	179,44	5,57	24,37	46,29	22,85	28,67	1,00	30,00	6,00	14,69
Infirmier(e)s	1644,31	71,97	195,38	419,16	166,50	251,52	22,80	315,70	67,19	134,09
Infirmier(e)s en anesthésie et réanimation	288,12	6,00	47,57	51,95	30,25	48,50	5,00	66,75	12,75	19,35
ATM chirurgie	144,22	5,00	15,86	30,31	19,10	32,37		26,25	5,25	10,08
Infirmier(e)s en pédiatrie	118,49		17,25	60,50		10,75	12,20	14,00		3,79
Infirmiers en psychiatrie	53,67		10,70	15,25		10,22		17,50		
Infirmiers gradués	54,42	3,00	2,00	20,32	3,00	10,22	1,50	7,00	3,00	4,38
Sages-femmes	100,78	5,85	10,58	26,00			26,90	22,45		9,00
Assistant(e) social/ d'hyg.sociale	19,40	0,50	2,67	6,90	1,00	5,25		2,00	0,50	0,58
Masseur & Kinésithérapeutes	53,73	2,50	7,30	13,00	4,60	9,33		13,00		4,00
Rééducateur en psychomotricité	3,35			1,85						1,50
Dieteticien(ne)	11,80	0,60	1,95	2,50	1,25	2,00	0,50	2,50	0,50	
Ergothérapeute	14,71		4,13	3,25	1,00	3,33		3,00		
Psychologue	16,00		0,50	8,00	1,00	4,50		2,00		
Orthophoniste/Orthoptiste	3,95		0,45	2,00		1,00		0,50		
Total professions de santé EQTP	3261,92	117,54	408,63	850,11	307,75	487,77	85,00	617,38	126,76	260,98

Source: Direction de la Santé (MW/MB), réponses des hôpitaux aux questionnaire Carte sanitaire 2004, données des hôpitaux au 31.12.2004

### Commentaire:

Le tableau ci-avant indique le détail des qualifications des professionnels de santé autres que médecins. Faute de normes, la quantité et la qualité de ces dotations relèvent du résultat des négociations des hôpitaux avec l'UCM.

Pour les services d'hospitalisation et de soins intensifs, la méthodologie d'attribution du personnel est le PRN; pour les autres services, il s'agit de critères déterminés par la commission des normes mise en place sur base de la convention EHL—UCM.

Le tableau page suivante indique les spécialisations des médecins agréés sur décision des organismes gestionnaires.

## Dotations en médecins \*

Données des hôpitaux au 31.12.2004 sans préjudice des fonctions exercées à l'hôpital	Région hospitalière du Nord				Région hospitalière du Centre				Région hospitalière du Sud		
	Total pays	Total Hôp.	SJ.Wi	SL.Et	CHL	CST.Lu	HK	Bohler	CHEM	CSM	HPMA
Nbre médecins											
Médecin généraliste	318	84		18	17	2	2		25		20
Anesthésie-réanimation	69	66	2	7	19	5	9	2	12	3	7
Cardiologie et angiologie	37	38	1	4	15	1	8		6	1	2
Chimie biologique		1	1								
Biologie clinique		5		1		1	1		2		
Chirurgie générale	79	49	5	8	9	2	9		7	3	6
Chirurgie cardio-vasculaire		8				2	2		2	2	
Chirurgie pédiatrique		4			3		1				
Chirurgie plastique		10		1	3		3		2		1
Chirurgie thoracique		1			1						
Neurochirurgie	9	11			5	2	2			2	
Dermato-vénérologie	22	16		2	2	4	3		3		2
Endocrinologie, mal. du métabol. + nutrit.	4	4			1	2			1		
Gastro-entérologie	18	23		2	6	2	5	1	3	1	3
Gynécologie-obstétrique	59	64	3	7	19	4	6	14	7	1	3
Hématologie	4	4			4						
Médecine interne	84	56	2	6	13	11	5	1	8	6	4
Microbiologie		1							1		
Neurologie	25	24		3	5	4	5		4	1	2
Neuro-psychiatrie	23	6		2					4		
Ophthalmologie	44	38	2	3	7	7	7		5	4	3
Orthopédie	35	32		4	7	2	8		5	2	4
Oto-rhino-laryngologie	34	45	2	4	10	4	4		8	11	2
Pédiatrie	63	41	3	3	17		5	5	6		2
Pneumo-phtisiologie	16	19	1	2	4	2	3		4	1	2
Psychiatrie	42	17		1	7	2	6				1
Psychiatrie infantile	7	5			2		2		1		
Radiodiagnostic	54	50	3	7	15	7	6		6	2	4
Radiothérapie (Baclesse)	4	0									
Médecine nucléaire	7	7		2	2	2				1	
Rééducation et réadapt. fonctionnelle	14	7		1	5				1		
Rhumatologie	11	9			1	3	1		3		1
Stomatologie + maxillo faciale	6	6			1	3			1		1
Urologie	21	22		3	3	2	4		6	2	2
Néphrologie	7	9			3	1	2		2		1
Santé publique		1					1				
Médecin—dentiste	306	38		8	12	3	3			2	10
Autres		2			2						
<b>TOTAL</b>	<b>1422</b>	<b>823</b>	<b>25</b>	<b>99</b>	<b>220</b>	<b>80</b>	<b>113</b>	<b>23</b>	<b>135</b>	<b>45</b>	<b>83</b>

Remarque: risque de double comptage car certains médecins sont agréés dans plusieurs hôpitaux. A part le CHL où les médecins sont salariés, dans les autres hôpitaux les médecins en service libéral sont attachés via un contrat d'agrément.

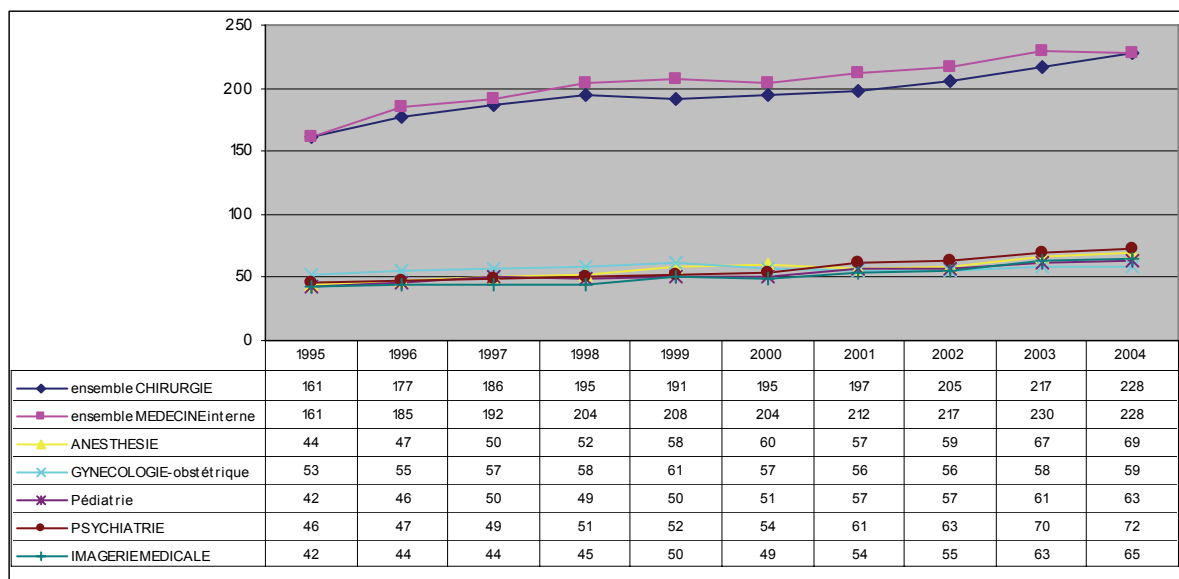
Source: Direction de la Santé (MW/MB), réponses des hôpitaux au questionnaire Carte sanitaire 2004

## GDL : Evolution de la démographie médicale \*

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Evo %
<b>Généralistes</b>	262	261	264	273	282	279	288	298	304	318	21,3
<b>Spécialistes</b>	561	585	622	639	661	659	688	709	770	798	41
<b>Total</b>	<b>823</b>	<b>846</b>	<b>886</b>	<b>912</b>	<b>943</b>	<b>938</b>	<b>976</b>	<b>1007</b>	<b>1074</b>	<b>1116</b>	<b>34,8</b>
<b>EVO par spécialité</b>											
<b>ANESTHESIE-GENERALE</b>	<b>44</b>	<b>47</b>	<b>50</b>	<b>52</b>	<b>58</b>	<b>60</b>	<b>57</b>	<b>59</b>	<b>67</b>	<b>69</b>	<b>56,8</b>
<b>GYNECOLOGIE-obstétrique</b>	<b>53</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>61</b>	<b>57</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>58</b>	<b>59</b>	<b>11,3</b>
<b>ensemble CHIRURGIE</b>	<b>161</b>	<b>177</b>	<b>186</b>	<b>195</b>	<b>191</b>	<b>195</b>	<b>197</b>	<b>205</b>	<b>217</b>	<b>228</b>	<b>41,6</b>
dont: <i>chirurgie générale</i>	50	56	56	63	61	62	64	66	75	79	58
<i>orthopédie</i>	27	27	27	27	26	29	28	29	33	35	29,6
<i>neuro-chirurgie</i>	4	4	6	6	6	6	5	8	9	9	125
<i>urologie</i>	16	17	17	18	17	18	18	19	20	21	31,25
<i>Ophthalmologie</i>	34	39	45	46	46	45	43	43	41	44	2,9
<i>Oto-rhino-laryngologie</i>	27	30	31	31	31	30	33	34	32	34	25,9
<i>Stomatologie</i>	3	4	4	4	5	5	6	6	7	6	100
<b>Rééducation et réadaptation</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>1300</b>
<b>ensemble MEDECINE</b>	<b>161</b>	<b>185</b>	<b>192</b>	<b>204</b>	<b>208</b>	<b>204</b>	<b>212</b>	<b>217</b>	<b>230</b>	<b>228</b>	<b>41,6</b>
cardiologie	25	28	32	34	33	33	33	33	37	37	48
dermatologie	17	17	18	19	20	20	18	20	20	22	29,4
endocrinologie	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	100
gastro-entérologie	7	14	14	14	14	15	17	18	18	18	157,1
Hématologie	7	7	7	5	3	3	3	3	4	4	-42,8
médecine interne	66	72	72	79	84	80	83	83	85	84	27,2
néphrologie	3	7	7	7	7	6	7	7	7	7	133,3
neurologie	12	14	15	17	17	17	19	22	27	25	108,3
pneumologie	11	13	13	15	16	16	17	16	16	16	45,4
rhumatologie	11	11	11	11	11	11	11	11	12	11	0
<b>PEDIATRIE</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>50</b>	<b>49</b>	<b>50</b>	<b>51</b>	<b>57</b>	<b>57</b>	<b>61</b>	<b>63</b>	<b>50</b>
<b>PSYCHIATRIE</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>52</b>	<b>54</b>	<b>61</b>	<b>63</b>	<b>70</b>	<b>72</b>	<b>56,5</b>
( <i>neuro-psychiatrie</i> )	18	18	18	18	18	18	23	22	24	23	27,7
<i>psychiatrie</i>	28	28	30	32	33	34	35	37	39	42	50
<i>psychiatrie infantile</i>	0	1	1	1	1	2	3	4	7	7	0
<b>IMAGERIE MEDICALE</b>	<b>42</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>49</b>	<b>54</b>	<b>55</b>	<b>63</b>	<b>65</b>	<b>54,7</b>
( <i>électroRadio+ Diagn.</i> )	13	13	42	41	44	43	45	47	53	54	315,3
radiothérapie	0	0	0	0	1	2	4	4	4	4	400
médecine nucléaire	2	2	2	4	4	4	5	4	5	7	250

Source: Ministère/Direction de la Santé & IGSS; Rapports généraux

## Evolution des grandes spécialités médicales au G.D.de Luxembourg (95-2004)



Source: IGSS; Rapports généraux

## Comparaison internationale en 2000

Densité des médecins par certaines spécialités \* pour 100.000 personnes

						EVOLUTION au GDL 2000 - 2004			
	Belgique 2001	Allemagne 2001	France 2001	Portugal 2000	GDL 2000	Nbr total en 2000	Nbr total en 2004	dont Hospitalier en 2004	Différence entre 2000 et 2004
Anesthésie—réanimation	16	21	17	11	14	60	69	62	+9
Chirurgie générale	15	17	8	13	14	62	79	56	+17
Chirurgie pédiatrique		0	0	1		2	4	1	+2
Neurochirurgie	1	1	1	1	1	6	9		+3
Chirurgie plastique	2	0	0	2	1	1	10	9	+9
Dermatologie	6	7	7	3	5	20	22	18	+2
Gynécologie—obstétrique	12	23	9	13	13	57	59	52	+2
Médecine interne	21	55	4	15	23	80	84	72	+4
Cardiologie	7	3	10	7	8	33	37	27	+4
Endocrinologie		0	2	2	1	3	4	3	+1
Gastro-entérologie	3	2	5	4	3	15	18	13	+3
Pneumo-phtisiologie	3	1	4	5	4	16	16	16	0
Oncologie		1	1	2					
Rhumatologie	2	1	4	1	3	11	11	9	0
Neurologie	1	3	3	3	4	17	25	23	+8
Psychiatrie	18	11	23	9	12	54	72	28	+18
Ophtalmologie	10	10	9	7	10	45	44	29	-1
Oto-rhino-laryngologie	6	8	5	5	7	30	34	32	+4
Pédiatrie	13	18	11	13	12	51	63	42	+12
Radiothérapie/Radiologie	17	9	13	8	11	49	65	51	+16
Urologie	3	6	1	3	5	18	21	20	+3

Source: Eurostat, NewCronos database (Health and safety) , Key data on Health 2002, ISBN 92-894-3730-8

+ UCM  
\* IGSS rapport assurance maladie 2006

### Commentaire:

Le tableau qui précède compare les densités médicales de certains pays avoisinants en 2000 et l'évolution au Grand-Duché depuis. (Sans préjudice des différences de voies formation et d'attribution de titres) cette comparaison illustre que la densité par spécialité était en 2000 fort comparable, parfois légèrement inférieure, par rapport aux pays voisins.

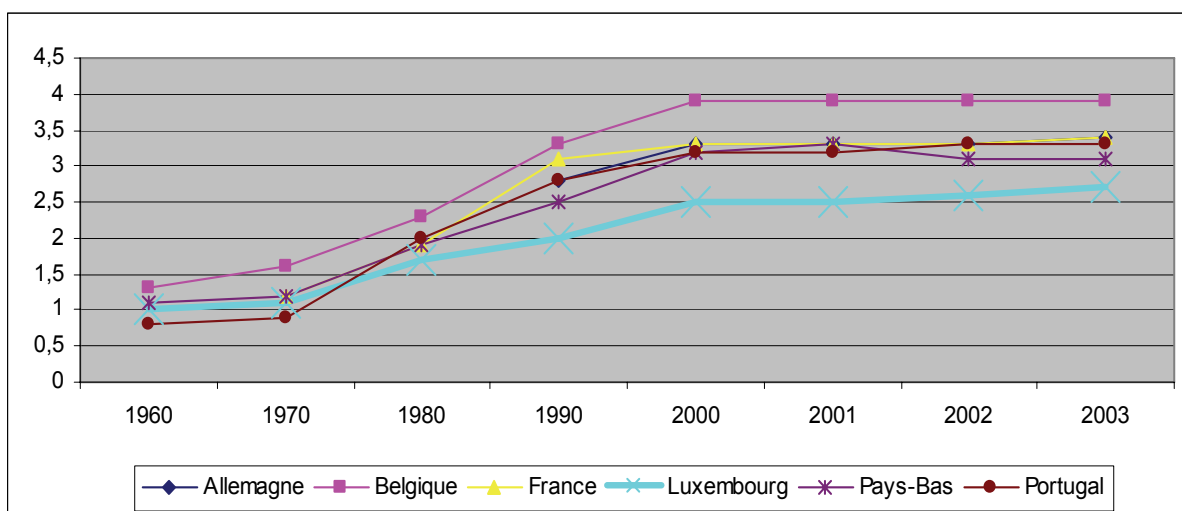
Mais , la grande embauche de médecins a commencée fin 2002 en prévision de l'ouverture des nouvelles infrastructures du Kirchberg et de l'Hôpital d'Ettelbruck où les organismes gestionnaires en question, mais aussi, par anticipation de la concurrence, également ceux d'autres établissements, ont profité de leurs prérogatives pour recruter assez massivement.

Si pour garantir la continuité des soins par établissement ou service, il faut un minimum de médecins par spécialité, ce nombre augmente forcément en fonction du nombre de services attribués ou anticipés par les hôpitaux.

Or, toute démesure coûte chère et risque d'être contreproductive, surtout qu'il n'y a aucune concertation entre organismes gestionnaires du fait de la concurrence d'offre entre les hôpitaux. La législation qui prévoit que le Ministre coordonne les hôpitaux, ne prévoit rien à ce niveau pour « normaliser » la concurrence et par conséquent le met quasi en impossibilité d'agir.

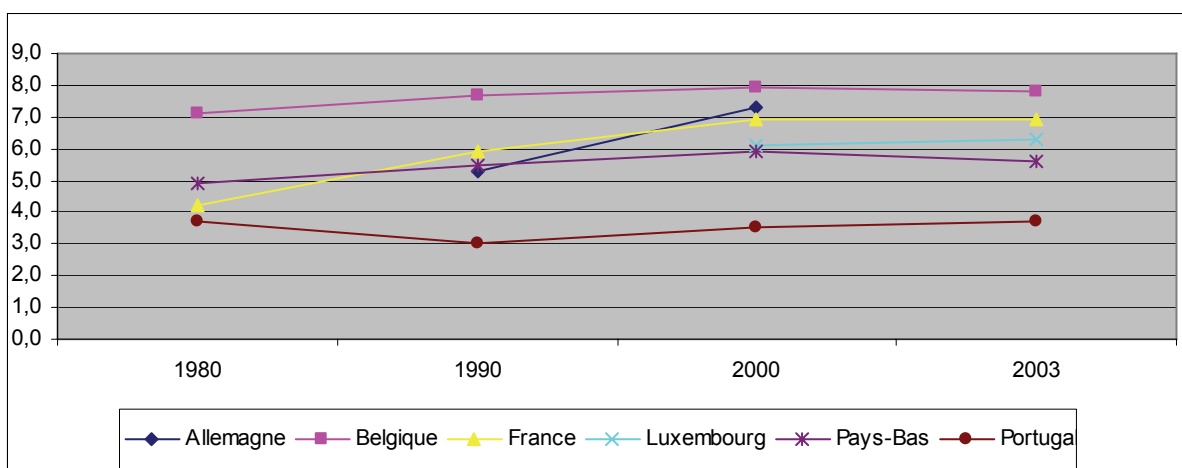
A notre connaissance, aucune étude internationale, n'a pu prouver qu'il existait dans certaines limites données, une corrélation entre la densité des médecins par pays et la performance du système de santé, ni par rapport à la longévité en bonne santé, respectivement ni par rapport à la satisfaction des patients avec le système de santé. Par contre, une corrélation entre la densité médicale et les dépenses de santé par tête d'habitant, surtout lorsque ces dernières sont publiques, semble à priori plus évidente lorsqu'on compare les données OECD ou OMS afférentes.

## Comparaison internationale Evolution du nombre de médecins en activité \*

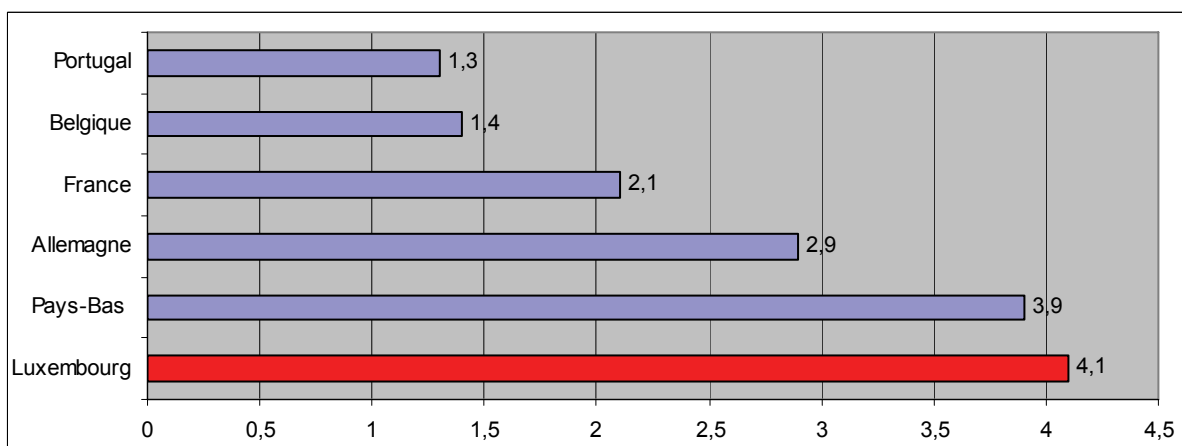


Définitions: [www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/210030.html](http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/210030.html) , Copyright: ECO—SANTÉ OCDE 2005, Juin 2005

## Consultations médecins (en activité)



## Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2003



Source: OECD Health Data 2005



## Equipements hospitaliers \*

### Plan hospitalier 2001—Chapitre IV

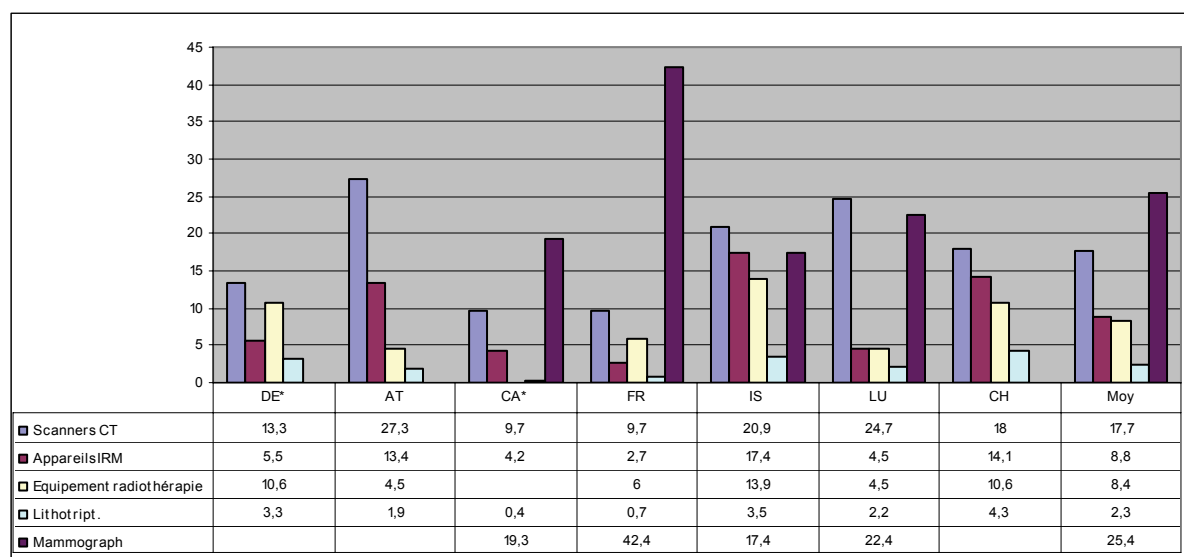
Abréviation	SL.Et	St.J.Wi	CHL	FNM	CST.Lu	HK	Bo- hler	HV.E A	CMA	HP.MA	HVD
<b>Dénomination exacte</b>											
Coronarographie + Angiographie			2002		1994			1994	2003	1995	
La table numérisée pour biopsie mammaire				1999							
L'équipement pour mesure de la densité osseuse					1999						
Le tomographe à résonance magnétique nucléaire	2003		1992*		2003	2003		2000			
Le tomographe à émissions de positrons			2003								
Le dispositif de lithotritie extracorporelle			1991								
Le caisson d'oxygénothérapie hyperbare								2001			
Les équipements permettant la chirurgie assistée par ordinateur					2002			2004			
La stéréotaxie neurologique			2000								
L'équipement servant à la fécondation in vitro			2005								
Mammographe avec stéréotaxie	1994		1992					2001			
Scanner	2003	1999	1993 2000	2002	2001	1999 2003		2000	2004	2004	

\* dernier upgrade complet 2004

## Technologie médicale par million d'habitants

### Définition:

Scanner CT: Tomodensitomètres, appareils de tomographie axiale assistée par ordinateur ;  
 Equipements en radiothérapie: Appareils de thérapie faisant appel aux rayons X ou aux radionucléides ;  
 Lithotripteurs: Appareil (extracorporel) pour détruire les lithiases par ondes de choc ;  
 Mammographes: machines destinées exclusivement à réaliser des mammographies ;

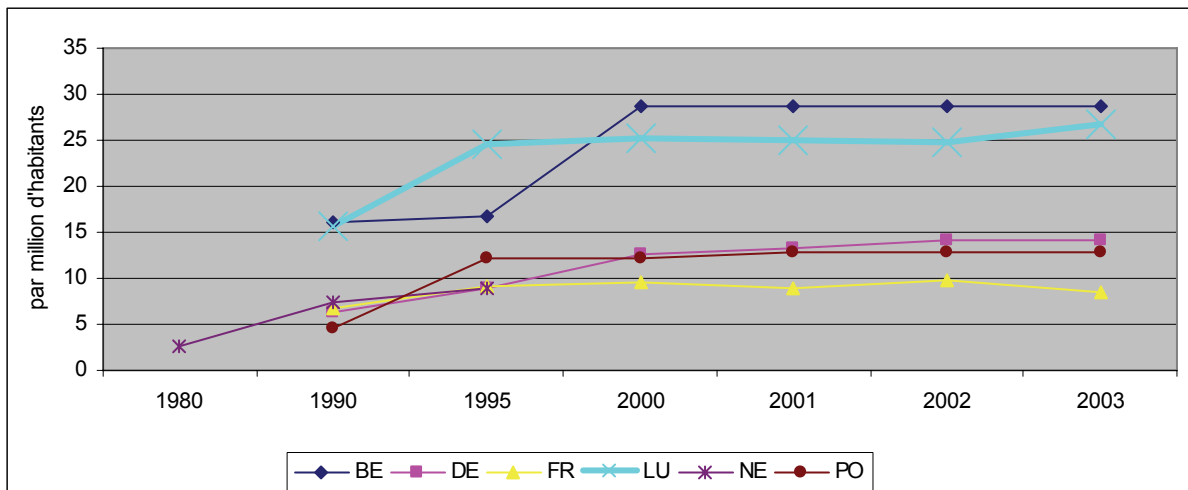


Source: ECO-SANTE OCDE 2004—3ième édition

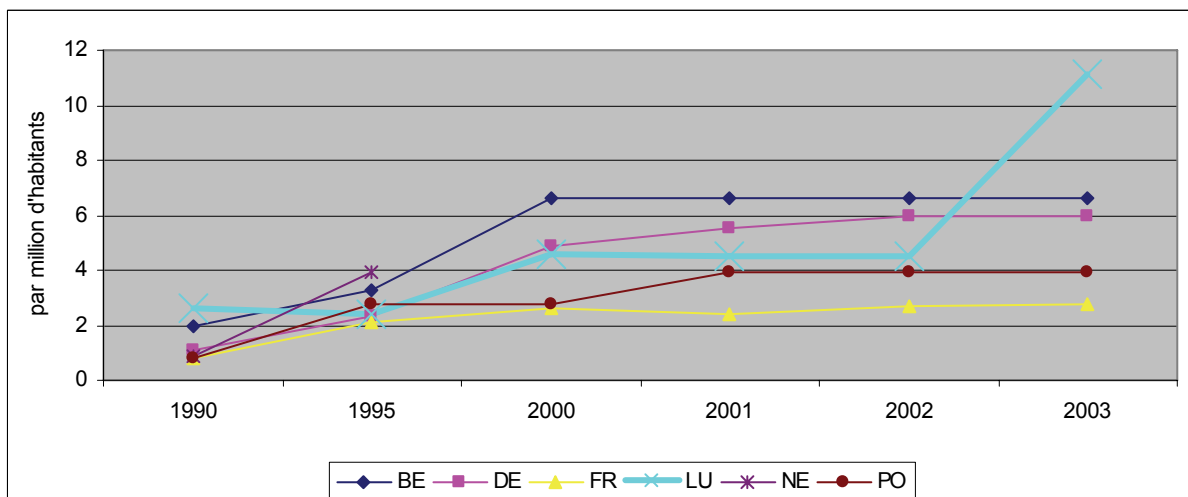
### Commentaire:

Cette dernière comparaison internationale trouvée n'est plus trop actuelle, surtout pour le G.-D. de Luxembourg qui a augmenté entre-temps sa densité en scanners (par rapport au tableau ci-dessus) et surtout d'IRM. Tous les équipements en service sont pratiquement de la dernière génération. Un programme de digitalisation des mammographes est par ailleurs en projet .

## Nombre de scanners CT par million d'habitants



## Unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par million d'habitants



Source: [www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/240020.html](http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/240020.html) / Copyright ECO-SANTE OCDE 2005, Juin 2005

### Commentaire:

Ces 2 graphiques illustrent fort bien la densité importante en équipements lourds au G.-D. de Luxembourg; l'illustration serait encore plus éloquent si on comparait la qualité de ces équipements. En effet, chaque hôpital général au pays est, quasi dans tous les domaines, équipé au même titre que les hôpitaux universitaires à l'étranger (ce qui est d'ailleurs régulièrement confirmé par les experts étrangers en visite).

Le G.-D. de Luxembourg dispose ou se permet d'acquérir facilement un niveau et une densité d'équipements qui permettent de pratiquer une médecine selon les acquis de la science, mais qui sur fond d'un système de financement à l'acte sans conditions, peuvent aussi inciter à une exploitation maximale et à un entraînement des coûts.

Y-a-t'il des garde-fous pour que ces équipements soient utilisés rationnellement et à bon escient?

On connaît l'évolution rapide des actes médico-techniques (c.f. ex. IRM P.79). Il est probable que cette croissance est plus due au mécanisme du système de financement et au souhait (souvent non-justifié médicalement) des patients de pouvoir profiter des dernières nouveautés, qu'aux par les exigences du « state of the art » médical. En particulier, on peut se demander, dans notre système, pourquoi les spécialistes en imagerie médicale ne déterminent pas eux-mêmes, sur base des guidelines existantes, la nature et le procédé de l'imagerie? A notre connaissance, ceci s'écarte largement de la pratique des autres spécialistes; viendrait-il à l'idée des chirurgiens et des anesthésistes de se faire prescrire la façon et le mode opératoire de l'exercice du métier pour lesquels ils sont les spécialistes ?

## Conclusion intermédiaire: Source des données et constats

Les données qui ont alimenté les présents constats proviennent:

- du questionnaire aux hôpitaux pour les besoins de la carte sanitaire (article 3 de la loi);
- du programme de modernisation des infrastructures (articles 11 à 16 de la loi);
- des documents introduits par les hôpitaux dans le cadre de la procédure de prorogation des autorisations d'exploitation des hôpitaux et de leurs services (articles 4 à 6 de la loi).

En ce qui concerne le questionnaire élaboré spécifiquement pour l'établissement de la carte sanitaire, il se compose depuis 2000, des renseignements sur:

- la carte de visite, l'organisation, le fonctionnement des organes, les dotations et les équipements lourds des hôpitaux;
- les activités médicales et soignantes de l'établissement et le taux d'utilisation des lits, places, services et équipements ou structures.

Il y a lieu de remarquer que la qualité des réponses à ce questionnaire varie à tel point d'un hôpital à l'autre, qu'il nous était (depuis toujours) impossible de publier les réponses au sujet des activités et que nous avons dès lors préféré recourir aux données afférentes de l'UCM.

S'il est vrai que la qualité des réponses de certains hôpitaux a évolué favorablement dans le temps, il reste toujours des hôpitaux, et non des moindres, dont la qualité des réponses reste inacceptable.

Au delà du zèle hétérogène des répondants, on constate qu'il ressort toutefois clairement que le système d'information interne de la plupart des établissements reste d'un autre temps, malgré des investissements importants dans l'informatique.

Faute de données chiffrées et également de l'implémentation locale de la convention AMMD-EHL, ni les organismes gestionnaires, ni les directions ne savent souvent pas quelles activités les médecins agréés font à l'hôpital, ni quels diagnostics ils y prennent en charge et, vice versa, les médecins ne sont en général pas (mis) au courant des (résultats des) négociations budgétaires. Il en ressort qu'il y a un problème évident de communication et de circulation de l'information et on est loin des prémisses nécessaires à une gestion proactive sur base de chiffres et de tableaux de bord tant au niveau de l'établissement que de ses services médicaux.

Si, en revanche, les mesures qui ont trait à l'organisation générale et interne des hôpitaux semblent un peu plus reproductibles, elles ne sont pas forcément plus riches en leur quintessence. En effet rares étaient en 2003 les établissements qui disposaient:

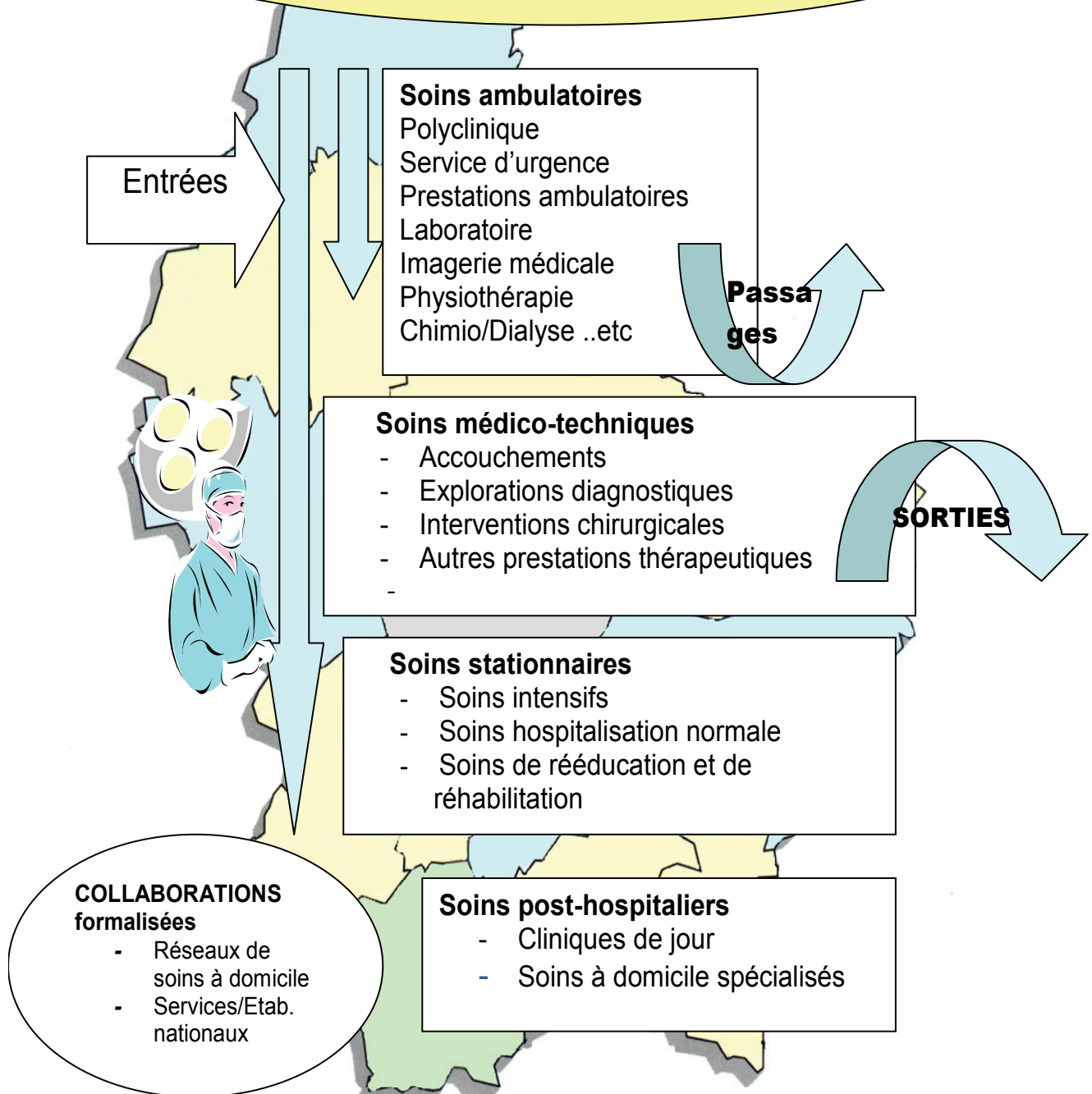
- d'un règlement général quelque peu conforme aux dispositions de la loi,
- de procédures écrites, respectivement d'un manuel de procédures sur support informatique, accessible aux concernés en cas de besoin (alors que les prémisses informatiques existent bel et bien);
- d'une politique de vigilance, de prévention des risques, de signalement des événements indésirables, de tableaux de bord de gestion de toutes sortes, etc.,

Mais il ressort aussi que de nombreux organes (et notamment ceux prévus aux articles 23 et 24 de la loi) ne peuvent pas fonctionner au regard du nombre de réunions par an et en l'absence de rapports et de bilans annuels.

Aussi, le Ministre devait-il avoir de bonnes raisons pour n'accorder que des prorogations conditionnelles des autorisations d'exploitation sous forme de mises en demeure.

Certes, nous pourrions et devons améliorer notre questionnaire aux hôpitaux pour la carte sanitaire, mais nul ne doute que ceci ne résoudra les problèmes décelés. Pour pouvoir progresser, il est urgent et indispensable de trouver des solutions pour améliorer le système (et le flux) d'information, de formaliser davantage la gestion interne et de thématiser la qualité de la gouvernance et du management dans la plupart de nos hôpitaux.

Rapport sur les activités hospitalières  
Présentation selon le cheminement  
PATIENT à l'HOPITAL  
Schéma



Si la tutelle politique et financière fixe les capacités des structures, les normes, l'aménagement et les procédures, c'est le médecin qui induit en toute légitimité la prise en charge du patient et qui déclenche l'activité hospitalière et par conséquent aussi le bénéfice et le coût qui en découlent. Les chapitres précédents ont démontré que tous les éléments sont réunis au niveau de nos hôpitaux pour que, dans la très grande majorité des cas, une prise en charge selon « les golden standards de l'evidence based medicine, clinical guide-lines & pathways » est possible sous condition que ces recommandations soient utilisées (services) et non court-circuités (filières). Une prise en charge basée sur les recommandations actuelles de la science peut être aussi humaniste qu'une autre, mais est par ailleurs toujours plus valide et éthique et généralement moins onéreuse qu'une approche « purement empirique ». Dès lors, ne faut-il pas, davantage se donner les moyens pour inciter à la pratique plus à courante d'une telle démarche (facilement possible grâce à l'internet) et y faciliter l'accès, pour mieux mettre en mesure les prestataires de l'adopter ?

## Hôpitaux : Activités budgétisées \* 2000 + 2004

Part de marché \* en % des prestataires hospitaliers des unités d'oeuvres

Entités	Années	TOTAL U.O.	SL.Et	StJ.Wi	CHL	CST.Lu	CHK	CHEM	SMEA	HPMA
Laboratoires	2000	895 916	9%	4%	28%	9%	15%	22%	6%	7%
	2004	982 226	9%	4%	30%	12%	12%	20%	5%	8%
Policliniques	2000	626 118	13%	3%	27%	12%	14%	18%	4%	9%
	2004	774 409	14%	3%	29%	12%	13%	17%	3%	9%
Imagerie médicale + IRM	2000	411 954	11%	4%	28%	12%	12%	18%	5%	10%
	2004	448 990	13%	4%	25%	13%	10%	20%	4%	11%
Physiothérapie	2000	140 986	13%	6%	29%	15%	5%	22%	0	9%
	2004	206 473	12%	5%	22%	10%	15%	25%	0	10%
Hémodialyse	2000	28 186	14%	0	41%	12%	15%	17%	0	n.d.
	2004	30 362	15%	0	38%	13%	10%	23%	0	n.d.
Salles OP	2000	58 113	10%	5%	25%	11%	20%	16%	4%	9%
	2004	52 232	13%	5%	22%	12%	16%	18%	4%	9%
Chimiothérapie	2000	13 099	8%	1%	28%	15%	14%	25%	3%	7%
	2004	20 295	6%	1%	34%	11%	16%	24%	2%	6%
Hospitalisation - Jours de soins normaux	2000	597 696	12%	3%	25%	11%	17%	17%	5%	9%
	2004	617 835	13%	3%	25%	11%	16%	18%	4%	9%
Hospitalisation - jours de soins intensifs	2000	40 379	11%	4%	37%	8%	10%	21%	3%	7%
	2004	43 275	11%	3%	35%	7%	13%	22%	3%	6%
Total jours hospitalisation	2000	638 075	12%	3%	25%	11%	17%	18%	5%	9%
	2004	661 065	12%	3%	26%	11%	16%	18%	4%	9%

Source: UCM données de la budgétisation

### Définition:

Les unités d'œuvre sont des unités de facturation qui ont des contenus différents (1 passage labo = soit 1 analyse soit plusieurs; 1 passage OP = 1 amygdalectomie ou 1 prothèse de la hanche)

### Commentaire:

Toutes les activités médico-techniques ont augmenté!

La répartition entre les hôpitaux est restée relativement stable et les écarts entre les « plus grands » et les « plus petits » ont plutôt tendance à s'accroître.

Quelle est la limite inférieure qu'il faut tolérer pour assurer des volumes suffisants, intimement liés à la qualité des prestations?

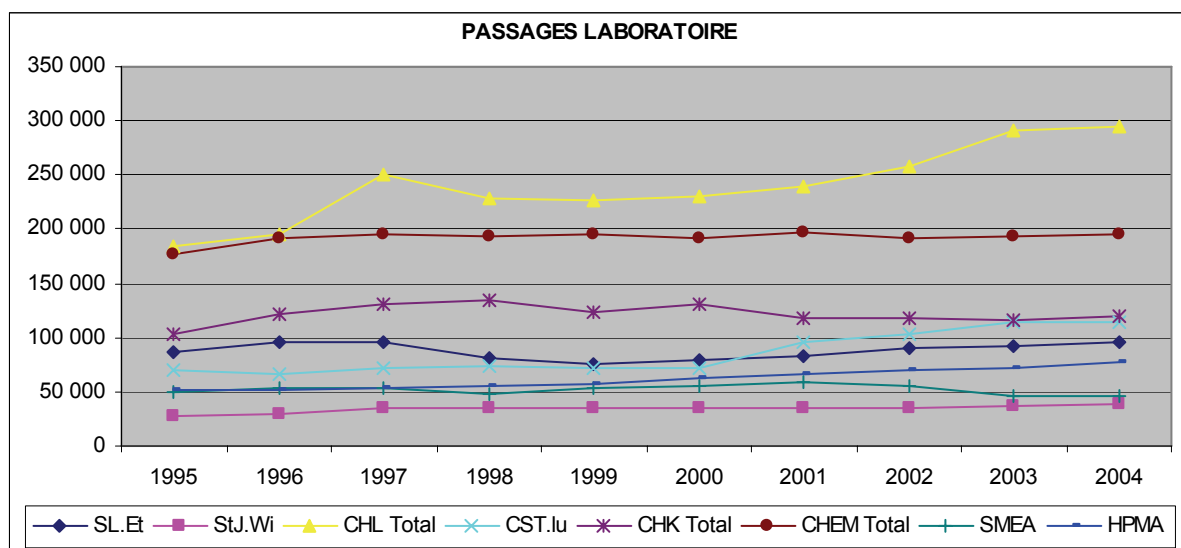
Quel surcoût faut-il accepter à cause de structures indépendantes trop petites?

La répartition des activités démontre que des synergies, soutenues énergiquement, semblent en tout cas encore être possibles. Le Gouvernement déclare vouloir ces synergies, mais de fait elles relèvent du bon vouloir des organismes gestionnaires qui sont indépendants et qui ont consenti volontairement des efforts pour des raisons diverses ces dernières années ..

## Passages Laboratoire \*

Clinique	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	EVO %
SL.Et	87 182	95 534	95 984	81 384	76 173	78 328	83 162	90 317	92 160	95 465	9%
St.J.Wi	27 413	28 661	34 192	34 825	35 408	35 068	35 382	34 595	36 415	38 723	41%
<b>CHL Total</b>	<b>183 538</b>	<b>195 736</b>	<b>250 193</b>	<b>228 942</b>	<b>226 602</b>	<b>230 781</b>	<b>238 663</b>	<b>256 992</b>	<b>290 601</b>	<b>293 834</b>	<b>60%</b>
CHL	136 993	139 219	189 013	164 332	160 148	166 256	173 056	195 957	229 523	293 834	114%
FNM	46 545	56 517	61 180	64 610	66 454	64 525	65 577	61 035	61 078	0	31%
CST.Iu	70 030	65 770	71 991	74 393	71 695	71 938	95 049	102 698	113 819	114 385	63%
<b>CHK Total</b>	<b>104 073</b>	<b>121 566</b>	<b>130 643</b>	<b>134 560</b>	<b>123 205</b>	<b>131 622</b>	<b>117 415</b>	<b>118 523</b>	<b>116 497</b>	<b>119 332</b>	<b>15%</b>
HK									44 184	93 115	110%
Bohler	20 683	25 561	28 593	27 151	28 958	28 359	29 243	27 992	28 903	26 217	26%
CSE	43 939	50 534	55 900	62 686	45 995	49 731	35 981	38 688	18 038	0	-58%
CSC	39 451	45 471	46 150	44 723	48 252	53 532	52 191	51 843	25 372	0	-35%
<b>CHEM Total</b>	<b>176 654</b>	<b>190 662</b>	<b>194 758</b>	<b>193 266</b>	<b>195 614</b>	<b>191 015</b>	<b>197 010</b>	<b>192 010</b>	<b>193 725</b>	<b>196 045</b>	<b>11%</b>
HVEA	151 883	162 988	160 937	156 514	158 659	156 393	160 882	159 308	179 836	196 045	29%
HVD	24 771	27 674	33 821	36 752	36 955	34 622	36 128	32 702	13 889	0	-43%
SMEA	49 061	54 106	53 887	48 775	54 259	54 446	58 625	54 878	46 658	46 658	-4%
HPMA	51 234	52 398	53 341	55 092	57 596	62 255	67 134	69 869	71 580	77 784	51%
<b>Totaux</b>	<b>749 185</b>	<b>804 433</b>	<b>884 989</b>	<b>851 237</b>	<b>840 552</b>	<b>855 453</b>	<b>892 410</b>	<b>919 882</b>	<b>961 455</b>	<b>982 226</b>	<b>31%</b>
<b>Evo 95</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>118</b>	<b>114</b>	<b>112</b>	<b>114</b>	<b>119</b>	<b>123</b>	<b>128</b>	<b>131</b>	
<b>Evo 98</b>				<b>100</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>108</b>	<b>113</b>	<b>115</b>	

Source: UCM données de la budgétisation



### Commentaire:

Les prestations de laboratoire ont augmenté de 31% depuis 1995; le taux de croissance de cette activité est très variable d'un établissement à l'autre sans que la présente ne puisse fournir des explications à ce phénomène.

Il faut également considérer l'évolution des activités des laboratoires extra-hospitaliers qui offrent des prestations identiques mais plus réduites.

Une comparaison parfaite des laboratoires des secteurs hospitaliers et extrahospitaliers est impossible du fait qu'ils sont mesurés en unités d'œuvre différentes (passages pour les laboratoires hospitaliers, actes de nomenclature pour les labos extra-hospitaliers) et ont un système de financement différent (H: budgétisation; E-H. facturation à l'acte).

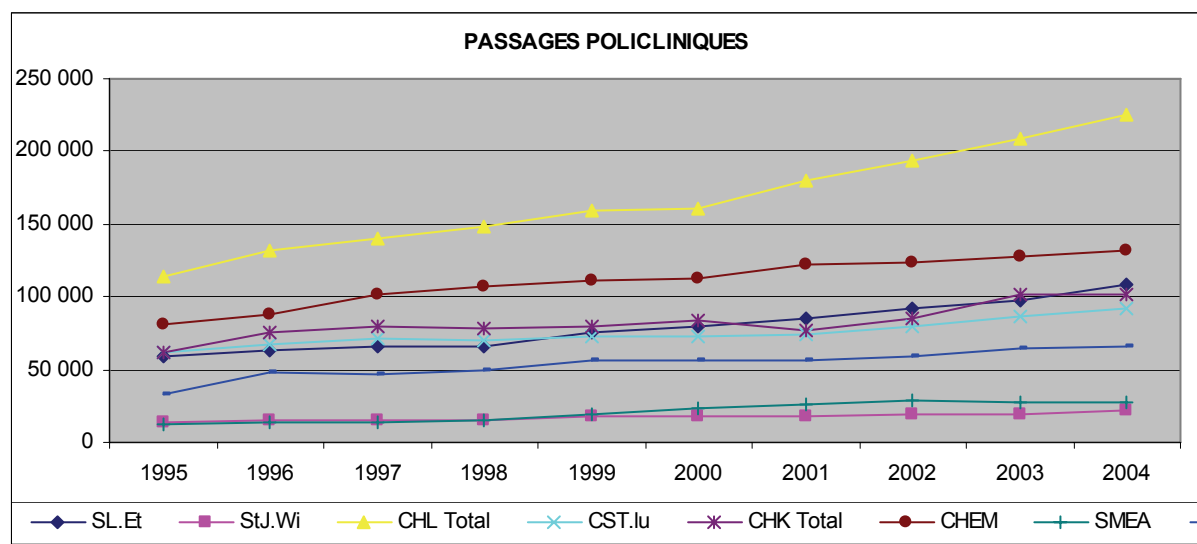
Sans porter un jugement d'opportunité, on peut retenir que les activités, et surtout le coût, des laboratoires du secteur extra-hospitalier se sont accrus depuis 1994 de façon encore plus drastique (voir statistiques de l'UCM).

En tout cas, les capacités d'analyse des laboratoires des hôpitaux semblent suffisantes; en effet, la capacité des machines d'analyse s'est développée de façon exponentielle. On pourrait imaginer des synergies d'exploitation plus poussées.

## Passages Polyclinique \*

Clinique	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	EVO %
SL.Et	59 247	63 721	65 339	66 060	75 071	79 776	85 062	91 690	98 182	108 567	83%
St.J.Wi	14 291	14 739	15 187	15 506	17 934	18 238	18 539	19 089	19 468	21 760	52%
CHL Total	114 225	131 552	140 295	147 930	159 475	161 218	180 278	194 042	208 625	225 370	97%
CHL	99 093	111 143	118 571	123 082	131 083	134 242	152 755	166 408	178 411	225 370	127%
FNM	15 132	20 409	21 724	24 848	28 392	26 976	27 523	27 634	30 214	0	99%
CST.lu	61 297	66 954	71 367	70 719	72 657	73 061	74 820	79 978	86 255	92 425	50%
CHK Total	62 344	75 914	79 647	78 406	79 623	84 439	76 554	85 664	102 010	101 095	62%
HK									45 311	85 745	89%
Bohler	0	6 653	10 069	11 623	12 015	12 958	13 246	12 647	12 932	15 350	130%
CSE	35 566	38 778	38 413	35 140	33 060	34 923	24 931	33 700	21 426	0	-39%
CSC	26 778	30 483	31 165	31 643	34 548	36 558	38 377	39 317	22 341	0	-16%
CHEM	81 277	88 115	102 010	107 074	111 515	112 516	121 652	123 895	127 616	132 197	63%
HVEA	65 165	70 072	82 506	87 964	92 145	92 623	101 105	102 613	106 836	121 264	86%
HVD	16 112	18 043	19 504	19 110	19 370	19 893	20 547	21 282	20 780	10 933	-32%
SMEA	12 576	13 658	14 050	15 133	19 884	23 951	25 858	28 936	26 982	26 982	114%
HPMA	33 294	47 648	46 681	49 001	56 369	56 903	56 953	59 192	64 408	66 013	98%
Totaux	438 551	502 301	534 576	549 829	592 528	610 102	639 716	682 486	733 546	774 409	76%
EVO 95	100	115	122	125	135	139	146	156	167	177	
EVO 98				100	108	111	116	124	133	141	

Source: UCM données de la budgétisation



### Commentaire:

Les passages en polyclinique ont augmenté de 77% depuis 1995, la tendance générale est assez homogène. Ces passages polyclinique sont une notion de budgétisation qui ne renseigne que sur les activités de la polyclinique; dans le présent cas de figure elles contiennent également les passages « service d'urgence », sans qu'il soit possible de distinguer le nombre des uns et des autres. Or, il serait intéressant de connaître également le nombre et les modes de sollicitation (moyens privés, ambulance, SAMU) du service d'urgence; les données afférentes fournies par les (certains) hôpitaux sont soit trop incomplètes, soit peu trop peu fiables.

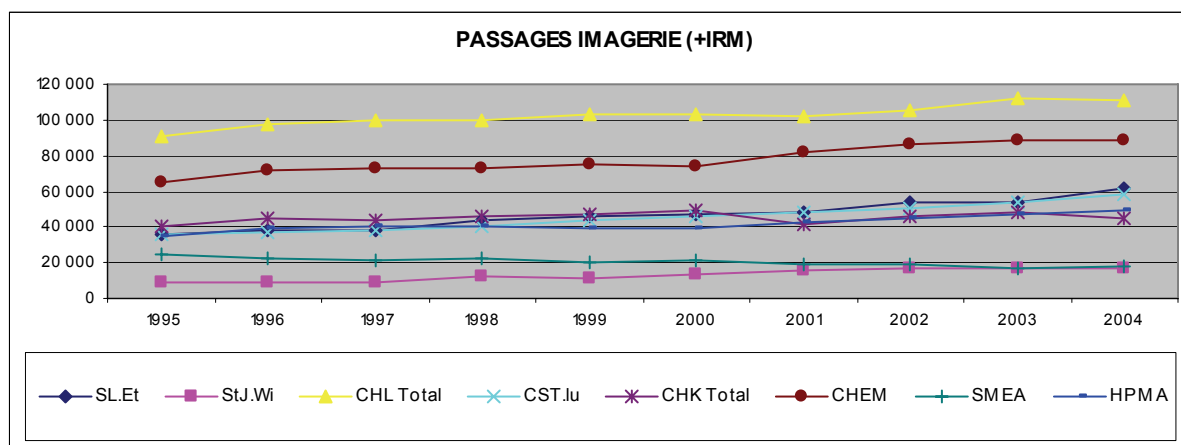
Dès lors, nous sommes réduits à supposer que l'augmentation des passages est probablement attribuable à un case-mix (du fait d'un nombre croissant d'activités planifiées, résultant d'un nombre accru de médecins agréés), mais aussi à un changement de comportement de la patientèle, qui du fait de l'accessibilité permanente du service d'urgence / polyclinique des hôpitaux s'y adresse plus facilement.

Le nombre d'urgences vitales ne semble pas avoir augmenté significativement vu que le nombre des interventions du SAMU est pratiquement resté stable (légère tendance à la hausse) ces dernières années. Mais la question de l'accessibilité « rapide », respectivement dans des délais jugés acceptables par le public, de la médecine de ville, aux heures où le requièrent les clients doit être posée, de nombreuses plaintes et lettres ouvertes stigmatisent ce problème et en appellent à des solutions efficaces (et efficientes) .

## Passages Imagerie (+ IRM) \*

Clinique	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	EVO %
SL.Et	36 076	38 027	38 528	43 346	46 163	46 698	48 468	53 610	53 914	62 141	72%
StJ.Wi	8 545	9 123	9 497	12 028	11 750	13 046	16 115	16 787	17 317	16 440	92%
CHL Total	90 678	97 630	99 540	100 213	102 728	103 483	101 654	105 864	112 630	110 874	22%
CHL	67 226	70 634	70 634	68 971	70 312	69 937	67 323	72 321	74 863	110 874	64%
FNM	23 452	26 996	28 906	31 242	32 416	33 546	34 331	33 543	37 767	0	61%
CST.lu	36 230	37 220	37 821	40 237	43 827	45 882	48 602	50 743	54 083	58 331	61%
CHK Total	39 839	44 301	44 069	46 499	47 513	48 890	41 576	45 421	48 141	44 913	13%
HK									22 346	43 790	95%
Bohler	1 998	2 036	1 941	2 082	1 746	1 839	2 318	2 325	1 976	1 123	-43%
CSE	19 948	22 829	23 124	24 991	24 312	26 055	17 519	20 237	12 519	0	-37%
CSC	17 893	19 436	19 004	19 426	21 455	20 996	21 739	22 859	11 300	0	-36%
CHEM	65 570	71 609	73 053	73 026	74 795	73 759	82 395	85 964	88 162	88 889	36%
HVEA	52 683	58 773	59 617	59 881	61 491	60 045	68 618	72 172	75 703	82 195	56%
HVD	12 887	12 836	13 436	13 145	13 304	13 714	13 777	13 792	12 459	6 694	-48%
SMEA	24 350	22 116	21 722	21 897	19 971	20 774	19 457	18 827	17 194	17 790	-26%
HPMA	34 231	39 272	40 422	39 834	39 656	39 144	42 094	44 924	47 238	49 612	44%
<b>Totaux</b>	<b>335 519</b>	<b>359 298</b>	<b>364 652</b>	<b>377 080</b>	<b>386 403</b>	<b>391 676</b>	<b>400 361</b>	<b>422 140</b>	<b>438 679</b>	<b>448 990</b>	<b>33%</b>
<b>Evo95</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>109</b>	<b>112</b>	<b>115</b>	<b>117</b>	<b>119</b>	<b>126</b>	<b>131</b>	<b>134</b>	
<b>Evo 98</b>				<b>100</b>	<b>102</b>	<b>104</b>	<b>106</b>	<b>112</b>	<b>116</b>	<b>119</b>	

Source: UCM données de la budgétisation



## Evolution des IRM au GDL \* et transferts afférents à l'étranger

	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre d'équipements au G-D de Luxbg	1	1-2	2	4	5**
Nombre d'examen au G-D de Luxbg*	6511	9287	10021	16432	24696
Nombre de transferts autorisés pour examens à l'étranger	738	709	370	218	142

\* extrapolation sur base des données du Service de radioprotection

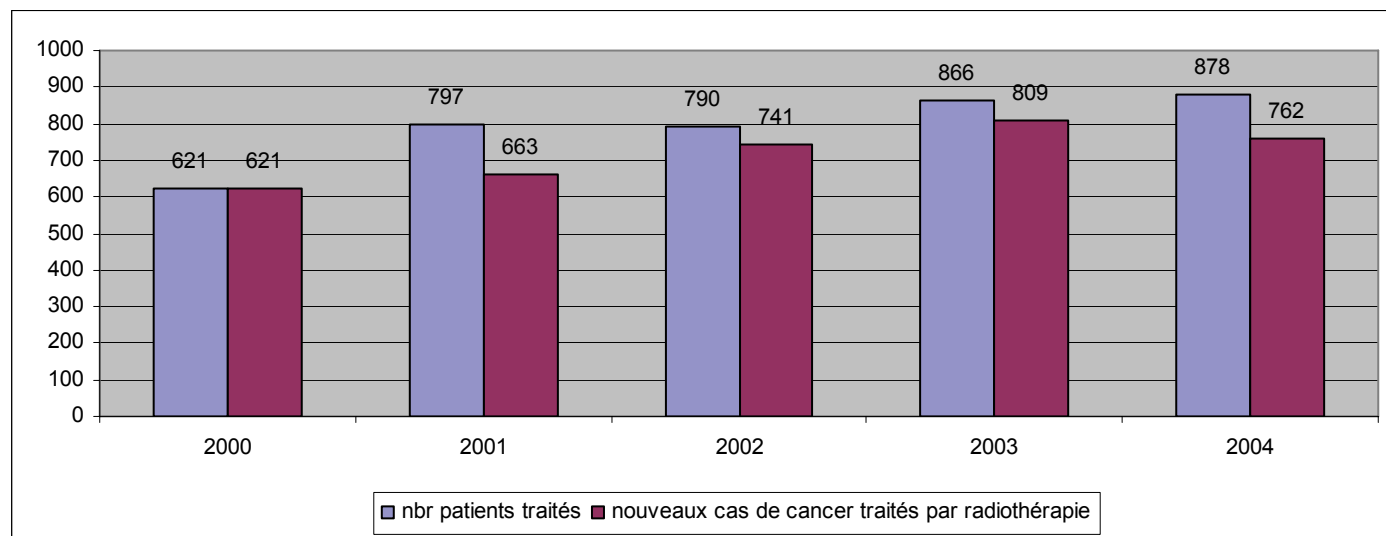
\*\*un 6ième équipement a été autorisé pour l'Hôpital Princesse Marie-Astrid à Niederkorn et est en voie de planification

### Commentaire:

Les prestations de radiologie, dont notamment les scanners et l'IRM, ont augmenté en moyenne de 34% depuis 1995; la tendance générale de cette augmentation étant assez homogène pour les différents hôpitaux.

En ce qui concerne l'IRM, la sollicitation pour ces examens s'est tellement accrue que cet équipement, multiplié par 5 en 4 ans et de densité élevée par rapport à nos pays voisins, accuse des délais d'attente (cas unique au pays) qui, hormis les urgences, varient selon les saisons de 15 jours à 3 mois. Ce problème a été signalé à la Commission Permanente pour le secteur hospitalier et devra également trouver une solution lors de la planification des équipements lourds à l'occasion du prochain plan hospitalier.





**Données épidémiologiques sur la population des patients**

(2004, nouveaux cas, localisation anatomique et lieu de provenance du transfert vers le CFB)

Provenance du transfert par thérapie	Tumeurs du sein	Métastases	Tumeurs du tube digestif	Tumeurs urologiques	Tumeurs de la tête et du cou	Tumeurs du poumon et autres localisations thoraciques	Tumeurs gynécologiques	Tumeurs du système nerveux	Hématologie	Tumeurs cutanées	Tumeurs des régions mal définies	Localisations non tumorales	Tumeurs de l'os et des tissus et mous	TOTAL
CHL	115	38	22	18	11	16	15	19	11	6	3	3	1	<b>278</b>
CHEM	50	31	7	13	13	16	12	1	3	1	2	2	2	<b>153</b>
CST	26	11	12	2	12	10	5	4	4	0	2	4	0	<b>92</b>
HSL	19	10	6	11	8	6	4	1	0	2	2	0	2	<b>71</b>
FFE	18	8	9	11	2	2	3	1	1	1	0	0	0	<b>56</b>
HPMA	10	11	8	2	2	3	5	1	4	4	0	0	2	<b>52</b>
BOHLER	11	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	<b>16</b>
CSM	0	1	2	7	1	2	0	1	0	0	1	0	0	<b>15</b>
CSJ Wiltz	3	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	<b>6</b>
CHNP	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	<b>2</b>
Etranger	11	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	2	<b>20</b>
<b>Provenance non-hospitalière</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>263</b>	<b>112</b>	<b>68</b>	<b>65</b>	<b>52</b>	<b>56</b>	<b>50</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>762</b>

Sources: Extrait du rapport annuel 2005 du Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)

**Commentaire:**

Avec l'INCCI, le CFB est le seul service à éditer un rapport annuel d'activités; une telle publication est également prévue à l'avenir pour les autres services nationaux.

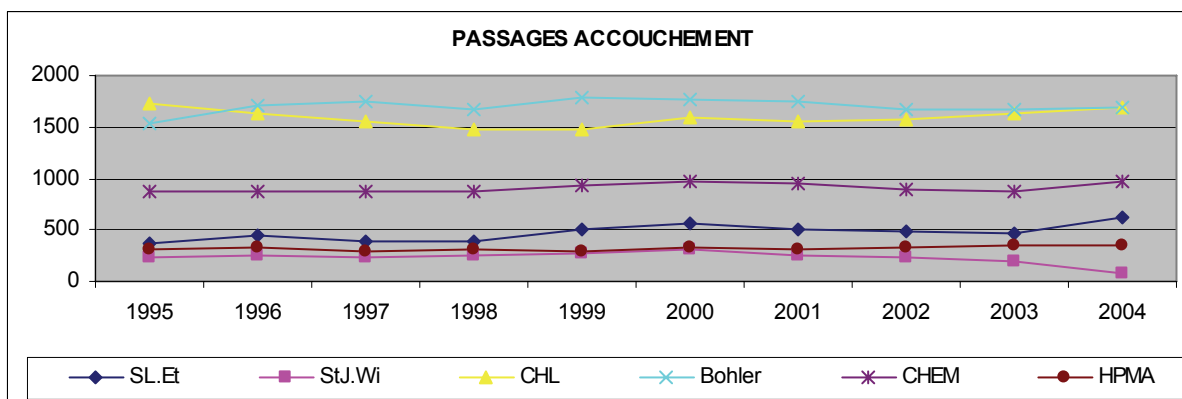
A l'illustration du fait que, depuis l'ouverture du CFB, qui est doté des équipements les plus modernes et performants et constamment mis à jour, le nombre de transferts à l'étranger pour radiothérapie est pratiquement tombé à zéro (quelques rares cas spéciaux ne relèvent pas du CFB), ce qui signe de l'acceptance de cette institution, dont la capacité d'exploitation est saturée, mais qui réussit néanmoins à prendre en charge dans les délais utiles tous les nouveaux cas lui adressés, dont heureusement le nombre se stabilise.

Néanmoins, il ne ressort (pas encore) des rapports du CFB quelle est finalement sa plus-value en termes de résultats de ce traitement, souvent adjuvant ou complémentaire, sur le devenir de l'état de santé des patients pris en charge. Toutefois, pour les prochaines éditions de son rapport annuel, le CFB s'est engagé à publier et à comparer les effets iatrogènes de la radiothérapie afin de pouvoir, en cas de besoin, progresser encore à ce niveau.

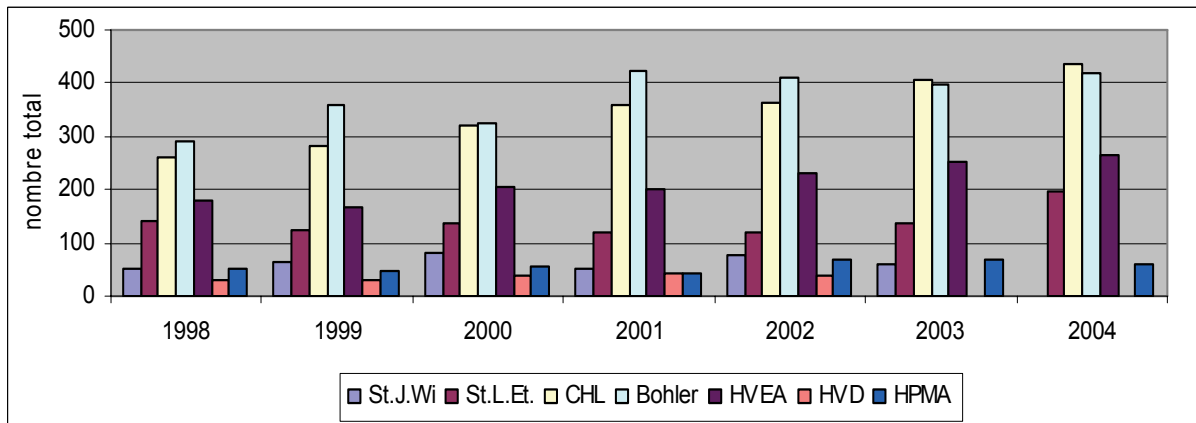
## Passages bloc d'accouchement \*

Clinique	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	EVO %
SL.Et	365	437	383	397	510	564	499	488	471	613	67%
St.J.Wi	230	245	240	248	266	304	243	239	197	73	-68%
CHL	1732	1 630	1 563	1 467	1 470	1 596	1 559	1 575	1 627	1 689	-2%
Bohler	1543	1708	1743	1679	1791	1775	1753	1672	1673	1687	9%
CHEM	865	879	866	866	931	964	952	899	867	979	13%
HVEA	687	644	674	733	723	769	744	713	867	979	42%
HVD	178	235	192	133	208	195	208	186	0	0	4%
HPMA	305	325	299	301	294	322	315	324	343	359	17%
<b>Totaux</b>	<b>5040</b>	<b>5224</b>	<b>5094</b>	<b>4958</b>	<b>5262</b>	<b>5525</b>	<b>5321</b>	<b>5197</b>	<b>5178</b>	<b>5400</b>	<b>7%</b>
<b>EVO</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>101</b>	<b>98</b>	<b>104</b>	<b>110</b>	<b>106</b>	<b>103</b>	<b>103</b>	<b>107</b>	

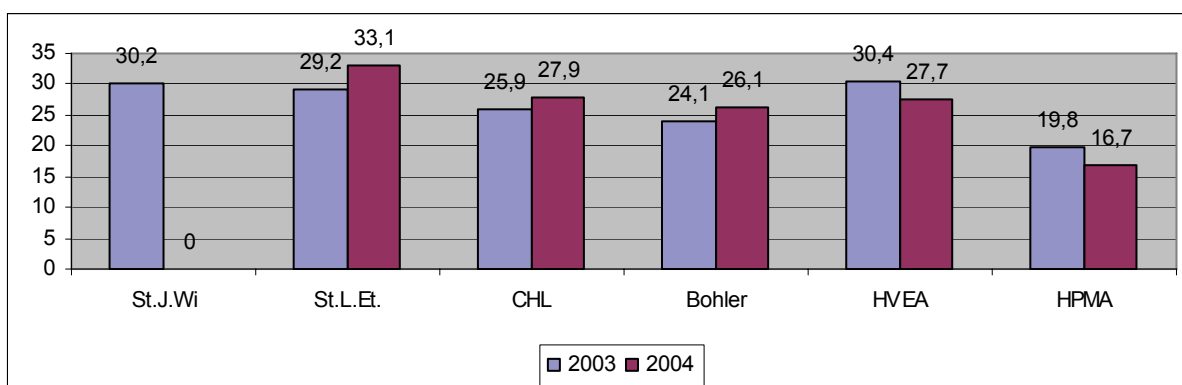
Source: UCM données de la budgétisation



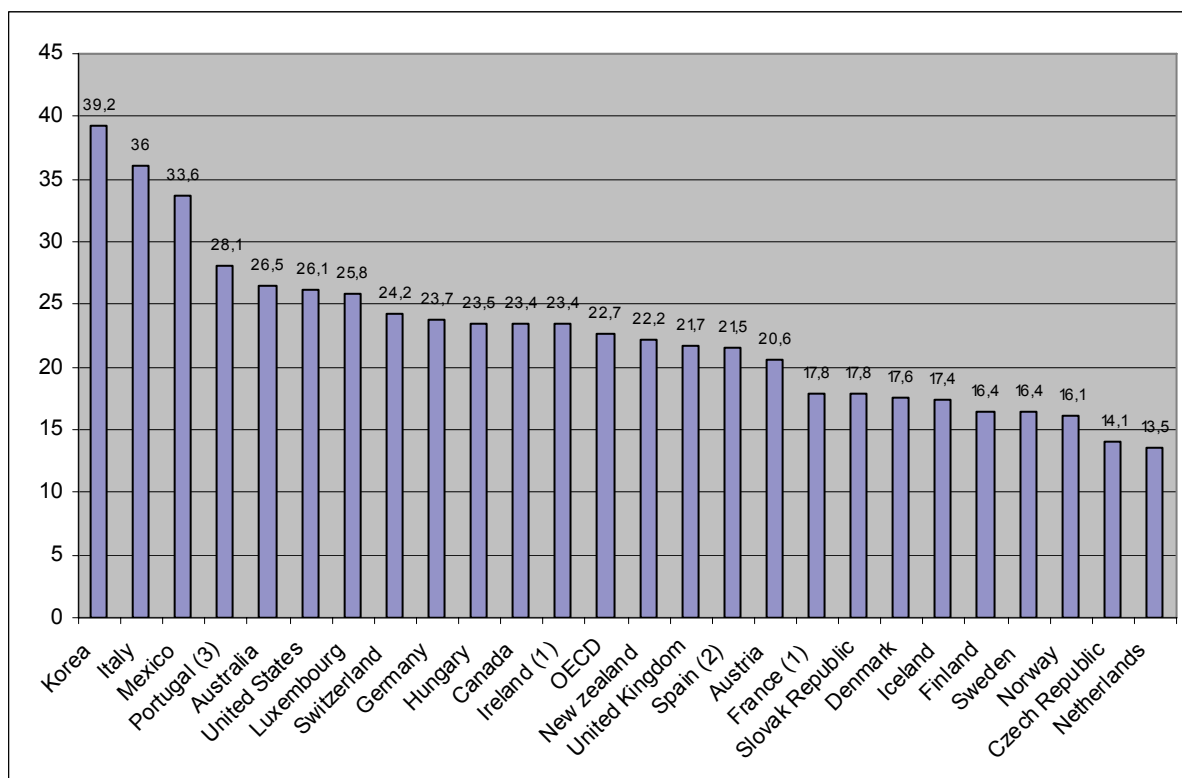
## Césariennes: Profil d'évolution



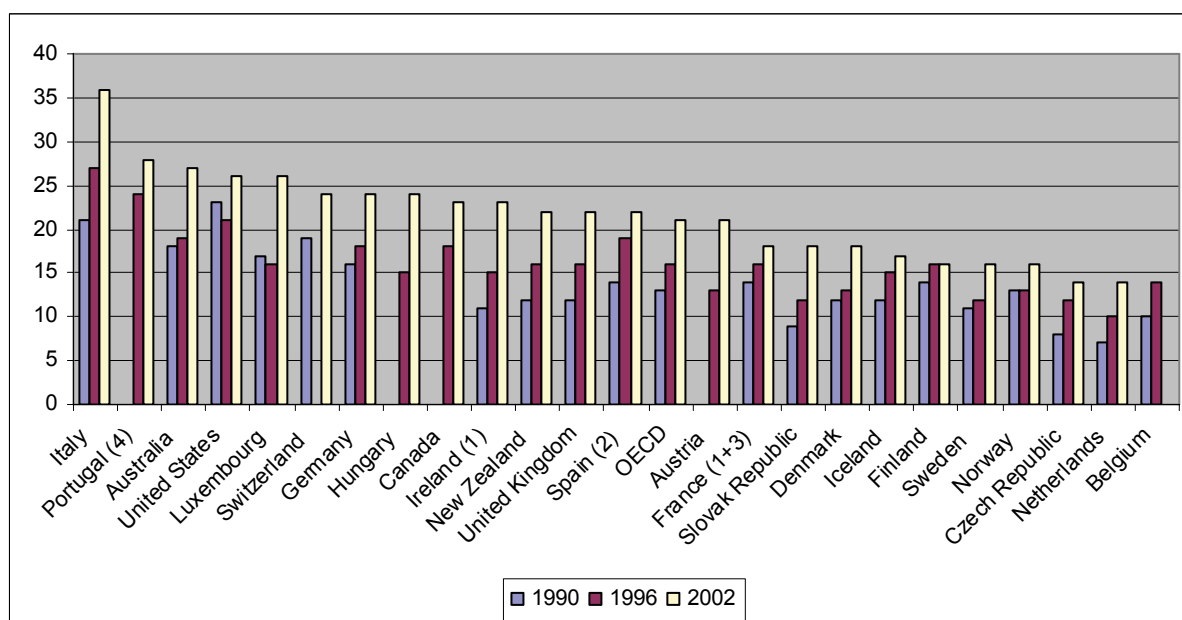
## Césariennes: Proportion selon les maternités en 2003 et 2004



## Caesarean sections per 100 live births 2002



## Caesarean sections: rise per 100 births, 1990 to 2002



Notes: (1) 2001 (2) 2000 (3) 1997

(4) in Portugal, births only include those taking place in public hospitals, therefore resulting in an over-estimation of caesarean rates

Source: OECD Health Data 2005

## Accouchements \* : évolution du nombre

	Tarif médecin (d'après nomenclature médicale)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
St. Joseph Wiltz	6A11 *	190	195	213	189	161	139	11
	6A12 **	1	1	2		1		1
	6A61 ***	52	65	81	53	77	60	0
	<b>TOTAL Assistance médicale</b>	<b>243</b>	<b>261</b>	<b>296</b>	<b>242</b>	<b>239</b>	<b>199</b>	<b>12</b>
	% césariennes	21,4%	24,9%	27,4%	21,9%	32,2%	30,2%	0,0%
	<b>NOMBRE passages salle d'accouchement signalés par l'hôpital</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>304</b>	<b>243</b>	<b>239</b>	<b>197</b>	<b>73</b>
St. Louis Ettelbruck	6A11 *	336	382	413	369	363	325	394
	6A12 **	3	2	3	2	2	4	2
	6A61 ***	141	122	138	119	119	136	196
	<b>TOTAL Assistance médicale</b>	<b>480</b>	<b>506</b>	<b>554</b>	<b>490</b>	<b>484</b>	<b>465</b>	<b>592</b>
	% césariennes	29,4%	24,1%	24,9%	24,3%	24,6%	29,2%	33,1%
	<b>NOMBRE passages salle d'accouchement signalés par l'hôpital</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>564</b>	<b>499</b>	<b>488</b>	<b>471</b>	<b>613</b>
CHL Luxbg	6A11 *	1 215	1 114	1 208	1 121	1 144	1 150	1 113
	6A12 **	16	11	8	13	15	17	10
	6A13 °							3
	6A61 ***	259	280	320	358	362	407	435
	<b>TOTAL Assistance médicale</b>	<b>1 490</b>	<b>1 405</b>	<b>1 536</b>	<b>1 492</b>	<b>1 521</b>	<b>1 574</b>	<b>1 561</b>
	% césariennes	17,4%	19,9%	20,8%	24,0%	23,8%	25,9%	27,9%
	<b>NOMBRE passages salle d'accouchement signalés par l'hôpital</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>1 596</b>	<b>1 559</b>	<b>1 575</b>	<b>1 627</b>	<b>1 689</b>
Centre Hospitalier du Kirchberg  Cl. Dr Bohler	6A11 *	1 311	1 341	1 363	1 250	1 206	1 236	1 182
	6A12 **	16	18	5	4	7	8	6
	6A61 ***	289	361	324	422	409	396	419
	<b>TOTAL Assistance médicale</b>	<b>1 616</b>	<b>1 720</b>	<b>1 692</b>	<b>1 676</b>	<b>1 622</b>	<b>1 640</b>	<b>1 607</b>
	% césariennes	17,9%	21,0%	19,1%	25,2%	25,2%	24,1%	26,1%
	<b>NOMBRE passages salle d'accouchement</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>1 775</b>	<b>1 753</b>	<b>1 672</b>	<b>1 674</b>	<b>1 687</b>
Hopital Ville Esch	6A11 *	545	552	553	529	479	577	693
	6A12 **	4	7	2	2	2	1	3
	6A61 ***	179	165	206	199	230	253	267
	<b>TOTAL Assistance médicale</b>	<b>728</b>	<b>724</b>	<b>761</b>	<b>730</b>	<b>711</b>	<b>831</b>	<b>963</b>
	% césariennes	24,6%	22,8%	27,1%	27,3%	32,3%	30,4%	27,7%
	<b>NOMBRE passages salle d'accouchement</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>769</b>	<b>744</b>	<b>713</b>	<b>867</b>	<b>979</b>
Hopital Ville Dudelage	6A11 *	106	171	156	160	144	-	-
	6A12 **		1	2			-	-
	6A61 ***	28	32	37	43	37	-	-
	<b>TOTAL Assistance médicale</b>	<b>134</b>	<b>204</b>	<b>195</b>	<b>203</b>	<b>181</b>	-	-
	% césariennes	20,9%	15,7%	19,0%	21,2%	20,4%	-	-
	<b>NOMBRE passages salle d'accouchement</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>195</b>	<b>208</b>	<b>186</b>	-	-

\* accouchement unique / \*\* gemellaire / \*\*\* césarienne / ° accouchement multiple

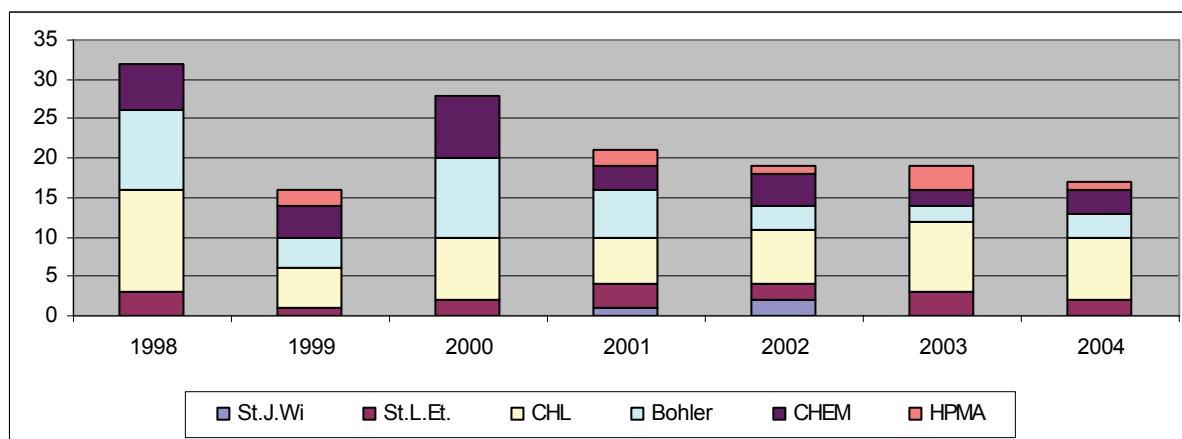
## Evolution du nombre d'accouchements \* (suite)

	Tarif médecin (d'après nomenclature médicale)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
HPMA Niederkorn	6A11 *	292	281	324	275	256	270	294
	6A12 **	5	5	1	2	1	1	
	6A61 ***	50	46	55	42	69	67	59
	<b>TOTAL Assistance médicale</b>	<b>347</b>	<b>332</b>	<b>380</b>	<b>319</b>	<b>326</b>	<b>338</b>	<b>353</b>
	% césariennes	14,4%	13,9%	14,5%	13,2%	21,2%	19,8%	16,7%
	<b>NOMBRE passages salle d'accouchement</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>322</b>	<b>315</b>	<b>324</b>	<b>343</b>	<b>359</b>
Accouch. ambulat. ou établissement non-identifié	6A11 *	36	45	40	33	64	38	72
	6A61 ***	3	2	1	1	3	4	6
<b>TOTAL actes assistance médicale</b>		<b>5 080</b>	<b>5 201</b>	<b>5 456</b>	<b>5 187</b>	<b>5 154</b>	<b>5 093</b>	<b>5 172</b>
	6A11 *	4 031	4 081	4 270	3 926	3 817	3 735	3 759
	6A12 **	48	47	24	24	31	35	28
	6A13 °	0	0	0	0	0	0	3
	6A61 ***	1 001	1 073	1 162	1 237	1 306	1 323	1 382
	% césariennes	19,7%	20,6%	21,3%	23,8%	25,3%	26,0%	26,7%
<b>TOTAL passages salle d'accouchement</b>		<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>5 525</b>	<b>5 321</b>	<b>5 197</b>	<b>5 178</b>	<b>5 400</b>

\* accouchement unique / \*\* gemellaire / \*\*\* césarienne / ° accouchement multiple

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

## Morts-nés: évolution 1998 - 2004 en fonction des hôpitaux



Source: Direction de la Santé, Serv. des statistiques

### Commentaire:

Ce graphique, plutôt rassurant quand à l'évolution récente (*attention aux petits nombres*), n'est pas standardisé par rapport au nombre d'accouchements des maternités respectives.

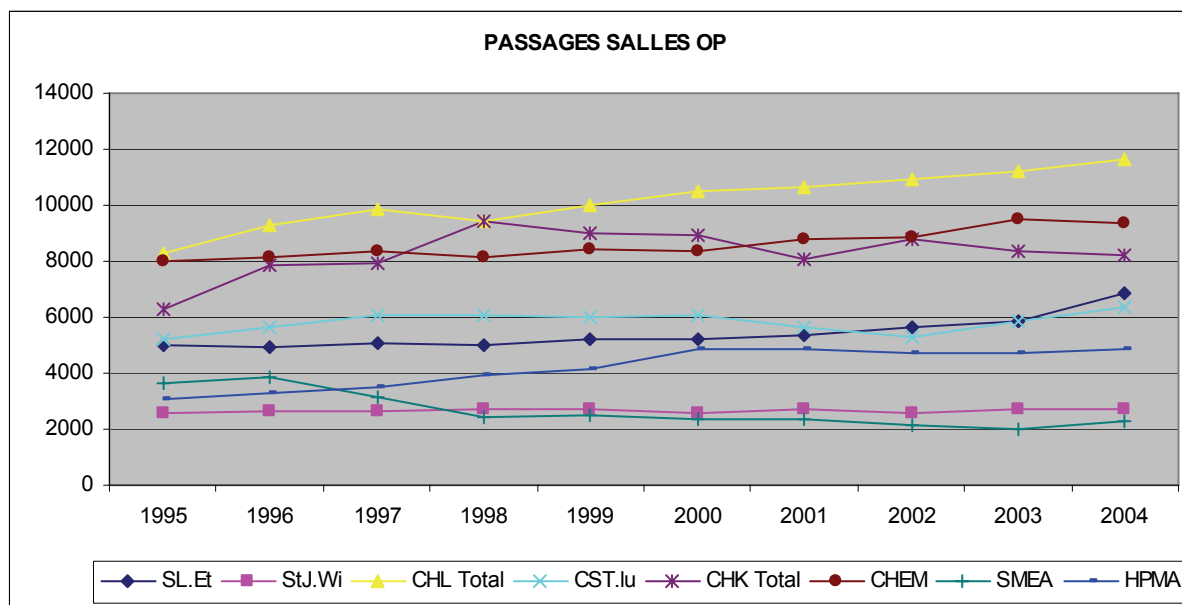
A supposer que la définition du mort-né est homogène partout, ce graphique pourrait représenter en tout cas un point de comparaison sur bases des données internationales. Il faut voir ce graphique aussi en relation avec les données sur les fausses couches (*spontanées ou provoquées tardives*) et la mortalité péri- et néonatale, et le mettre en relation avec le devenir (*absence d'handicaps graves compatibles avec une vie normale*) des enfants réanimés mais ayant eu une souffrance fœtale prolongée.

Sans mésestimer l'apport de ce graphique - un mort-né est un mort-né et c'est dramatique pour les jeunes parents. Une étude plus approfondie - rapport de santé périnatale - est en cours.

## Passages salles OP \*

Clinique	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	EVO %
SL.Et	5 018	4 962	5 059	5 032	5 202	5 181	5 344	5 631	5 879	6 874	36%
St.J.Wi	2 536	2 662	2 635	2 687	2 702	2 594	2 740	2 579	2 748	2 693	6%
<b>CHL Total</b>	<b>8 287</b>	<b>9 295</b>	<b>9 824</b>	<b>9 413</b>	<b>9 979</b>	<b>10 532</b>	<b>10 631</b>	<b>10 916</b>	<b>11 226</b>	<b>11 630</b>	<b>40%</b>
CHL	5 076	5 315	5 460	5 209	5 739	5 937	6 129	6 339	6 818	11 630	129%
FNM	3 211	3 980	4 364	4 384	4 240	4 595	4 502	4 577	4 408	0	37%
CST.lu	5 193	5 672	6 085	6 044	6 013	6 076	5 638	5 267	5 838	6 356	22%
<b>CHK Total</b>	<b>6 255</b>	<b>7 887</b>	<b>7 943</b>	<b>9 455</b>	<b>9 030</b>	<b>8 957</b>	<b>8 037</b>	<b>8 818</b>	<b>8 355</b>	<b>8 218</b>	<b>31%</b>
HK								2 892	6 274		116%
CSE	1 672	1 750	1 843	3 311	2 911	3 120	2 179	2 832	1 538	0	-8%
CSC	3 016	4 323	4 196	4 302	4 241	4 044	3 841	4 099	2 037	0	-32%
Bohler	1 567	1 814	1 904	1 842	1 878	1 793	2 017	1 887	1 888	1 944	24%
<b>CHEM</b>	<b>8 014</b>	<b>8 144</b>	<b>8 389</b>	<b>8 152</b>	<b>8 436</b>	<b>8 338</b>	<b>8 754</b>	<b>8 876</b>	<b>9 486</b>	<b>9 355</b>	<b>17%</b>
HVEA	6 479	6 642	6 895	6 975	7 096	7 060	7 366	7 575	8 241	8 772	35%
HVD	1 535	1 502	1 494	1 177	1 340	1 278	1 388	1 301	1 245	583	-62%
SMEA	3 668	3 845	3 160	2 407	2 487	2 332	2 323	2 166	2 004	2 277	-37%
HPMA	3 089	3 282	3 531	3 901	4 124	4 837	4 886	4 749	4 701	4 829	56%
<b>Totaux</b>	<b>42060</b>	<b>45749</b>	<b>46626</b>	<b>47271</b>	<b>47973</b>	<b>48847</b>	<b>48353</b>	<b>49002</b>	<b>50237</b>	<b>52232</b>	<b>24%</b>
Evo 95	100	108,8	110,9	112,4	114,1	116,1	115	116,5	119,4	124,2	
Evo 98				100	101	103	102	104	106	110	

Source: UCM données de la budgétisation



### Commentaire:

Les prestations de salle d'opération ont augmenté de 24% depuis 1995.

Si grâce aux banques de données internationales, les comparaisons pourront être étendues et affinées progressivement à l'avenir, la nomenclature nationale restera un handicap pour ces comparaisons; à cet égard, il faudra, dès lors la corrélérer avec un code international des procédures.

Les cartes sanitaires précédentes ont également publié le détail des interventions par salle d'OP et par établissement. Elles ont ainsi mis en exergue certaines pratiques interpellantes qu'il n'y a pas lieu de cautionner sans les analyser de plus près. Mais il ne sert à rien que la carte sanitaire révèle des anomalies, si personne ne se sent interpellé pour les analyser de plus près et le cas échéant les corriger.

A qui de prendre le relais de la carte sanitaire ? Il faut revoir notre système de contrôle, il ne s'agit pas seulement d'une question de coûts, mais de prévention d'abus et donc également d'éthique. Il relève également d'une bonne politique de santé resp. de sécurité sociale de prévoir un système de contrôle cohérent et une répartition coordonnée des rôles et des tâches auprès des administrations.

## Comparaison de l'évolution des actes opératoires \* les plus fréquents

	Cataracte	Amygdalectomie Adenotomie	Ligature stripping veines	Appendicetomie	Cholécystectomie	Arthrotomie genou	Hernie inguinale crurale autre	Prostatectomies
<b>Nomenclature luxemb.</b>	4G53 4G61 4G62 4G63 4G64	3L41 3L42 3L43	2F61 2F62 2F63 2F64	2D71 2D72	2B21	2 K46	2A21 2A22 2A23 2A24	5A21 5A22

Procédures chirurgicales 1 (reprises par OECD) : **1999** (CIM-MC versus Nomenclature actes méd. lux)

Hôpitaux aigus								
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999</i>	383	690	198	258	132	402	243	7
<i>% Rég. Hosp. NORD 1999</i>	17%	22%	19%	28%	20%	20%	17%	7%
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	1 124	1 456	570	394	275	683	687	56
<i>% Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	51%	47%	54%	43%	42%	34%	48%	59%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999</i>	688	973	292	274	249	952	491	32
<i>% Rég. Hosp. SUD 1999</i>	31%	31%	28%	30%	38%	47%	35%	34%
INCCI 1999								
<b>Nombre Total H aigus 1999</b>	<b>2 195</b>	<b>3 119</b>	<b>1 060</b>	<b>926</b>	<b>656</b>	<b>2 037</b>	<b>1 421</b>	<b>95</b>

Procédures chirurgicales 1 (reprises par OECD) : **2004** (CIM-MC versus Nomenclature actes méd. lux)

Hôpitaux aigus								
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	436	629	247	184	137	314	211	34
<i>% Rég. Hosp. NORD 2004</i>	15%	24%	19%	25%	17%	14%	15%	22%
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	1 595	1 371	657	273	369	702	745	77
<i>% Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	54%	53%	51%	37%	46%	32%	53%	51%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	907	591	394	281	297	1 174	446	41
<i>% Rég. Hosp. SUD 2004</i>	31%	23%	30%	38%	37%	54%	32%	27%
INCCI 2004								
<b>Nombre Total H aigus 2004</b>	<b>2 938</b>	<b>2 591</b>	<b>1 298</b>	<b>738</b>	<b>803</b>	<b>2 190</b>	<b>1 402</b>	<b>152</b>

<b>Remarques:</b>	
5A21 = prostatectomie pour adénome	<b>(la nomenclature actuelle ne permet pas de préciser s'il s'agit de prostatectomies transurétrales ou non)</b>
5A22 = Prostatectomie totale pour cancer	
<b>Les codes 5U45 et 5U46 de la nomenclature actuelle comprennent un certain nombre de résections de la prostate qui ne peut être précisé correctement</b>	
5U45 = électroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale y compris une éventuelle ligature des canaux déférents	
5U46 = électroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale y compris une éventuelle ligature des canaux déférents, combinée à une urétrotomie interne	

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire:

Si le nombre des interventions chirurgicales a bien augmenté dans son ensemble, nous constatons que le « hit-parade » des interventions chirurgicales n'a guère changé en 5 ans.

Les activités chirurgicales les plus fréquentes sont immuablement les mêmes et par ordre décroissant ce sont celles pour 1) la cataracte, 2) les amygdales, 3) les hernies, 4) les césariennes, 5) les curetages, 6) le stripping de veines, 7) les prothèses totales de hanche, etc ...

Grâce à l'OECD, il sera possible à l'avenir de faire un benchmarking international pour comparer les fréquences de ces interventions avec les pratiques au niveau d'autres pays (et notamment nos voisins).

## Comparaison de l'évolution des actes opératoires \* les plus fréquents

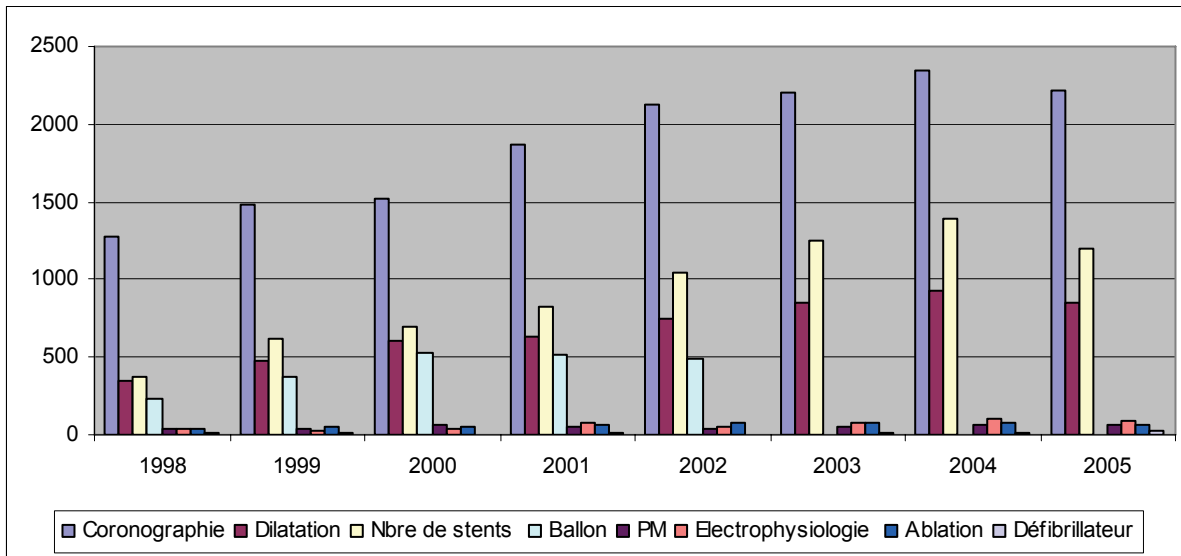
	Prostatec- tomie (autre)	Curetage utérus gravide	Curetage utérus non gravide	Mastecto- mie	Césarienne	Tumeur cutanée	Prothèse hanche	Prothèse genou
<b>Nomenclature luxemb.</b>	5U45 5U46	6A71	6G86	2S41 2S42	6A61	2 G57	2E90 2E96	2E91 2E97
<b>Procédures chirurgicales 1 (reprises par OECD) : 1999</b> (CIM-MC versus Nomenclature actes méd. lux)								
<b>Hôpitaux aigus</b>								
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999</i>	65	98	153	21	187	44	143	51
<i>% Rég. Hosp. NORD 1999</i>	8%	13%	18%	12%	17%	9%	17%	12%
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	448	480	439	123	641	279	447	175
<i>% Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	53%	63%	51%	72%	60%	54%	53%	42%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999</i>	332	183	275	26	243	194	260	195
<i>% Rég. Hosp. SUD 1999</i>	39%	24%	32%	15%	23%	38%	31%	46%
INCCI 1999								
<b>nbre Total H aigus 1999</b>	<b>845</b>	<b>761</b>	<b>867</b>	<b>170</b>	<b>1 071</b>	<b>517</b>	<b>850</b>	<b>421</b>
<b>Procédures chirurgicales 1 (reprises par OECD) : 2004</b> (CIM-MC versus Nomenclature actes méd. lux)								
<b>Hôpitaux aigus</b>								
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	112	48	91	27	196	37	167	55
<i>% Rég. Hosp. NORD 2004</i>	14%	8%	11%	17%	14%	5%	17%	9%
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	381	421	464	91	854	412	494	299
<i>% Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	47%	70%	59%	57%	62%	56%	49%	46%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	319	129	238	41	326	283	350	291
<i>% Rég. Hosp. SUD 2004</i>	39%	22%	30%	26%	24%	39%	35%	45%
INCCI 2004	1							
<b>nbre Total H aigus 2004</b>	<b>813</b>	<b>598</b>	<b>793</b>	<b>159</b>	<b>1 376</b>	<b>732</b>	<b>1 011</b>	<b>645</b>
<b>Remarques:</b>								
5A21 = prostatectomie pour adénome	<b>(la nomenclature actuelle ne permet pas de préciser s'il s'agit de prostatectomies transurétrales ou non)</b>							
5A22 = Prostatectomie totale pour cancer								
<b>Les codes 5U45 et 5U46 de la nomenclature actuelle comprennent un certain nombre de résections de la prostate qui ne peut être précisé correctement</b>								
5U45 = électroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale y compris une éventuelle ligature des canaux déférents								
5U46 = électroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale y compris une éventuelle ligature des canaux déférents, combinée à une urétrotomie interne								

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

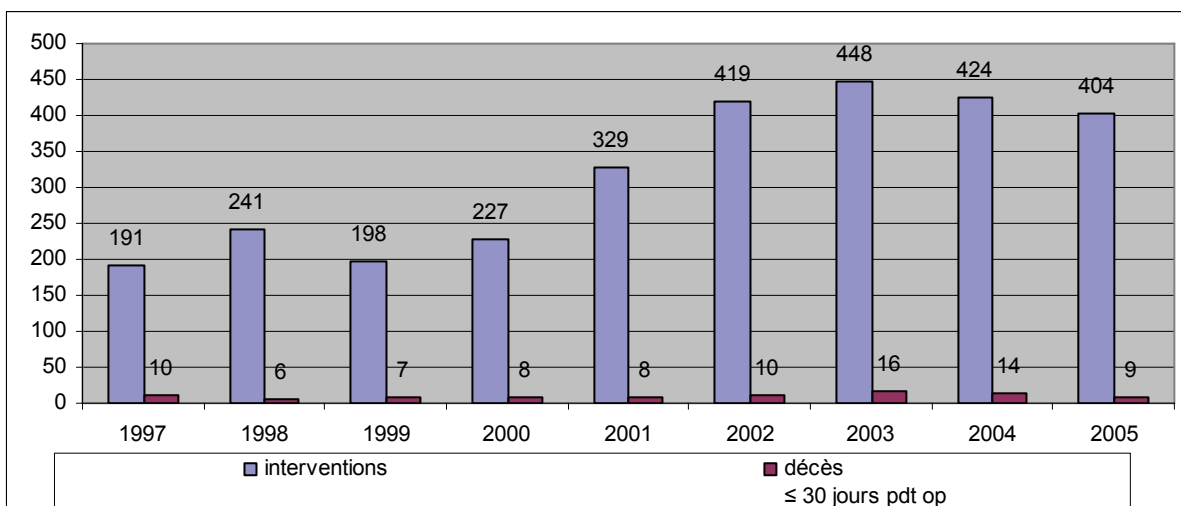
P.S. Pour des raisons de volume de cette édition, il a été renoncé à tracer ici l'évolution des 10 dernières années de l'ensemble des interventions chirurgicales notamment par hôpital; cette publication sera faite ultérieurement.



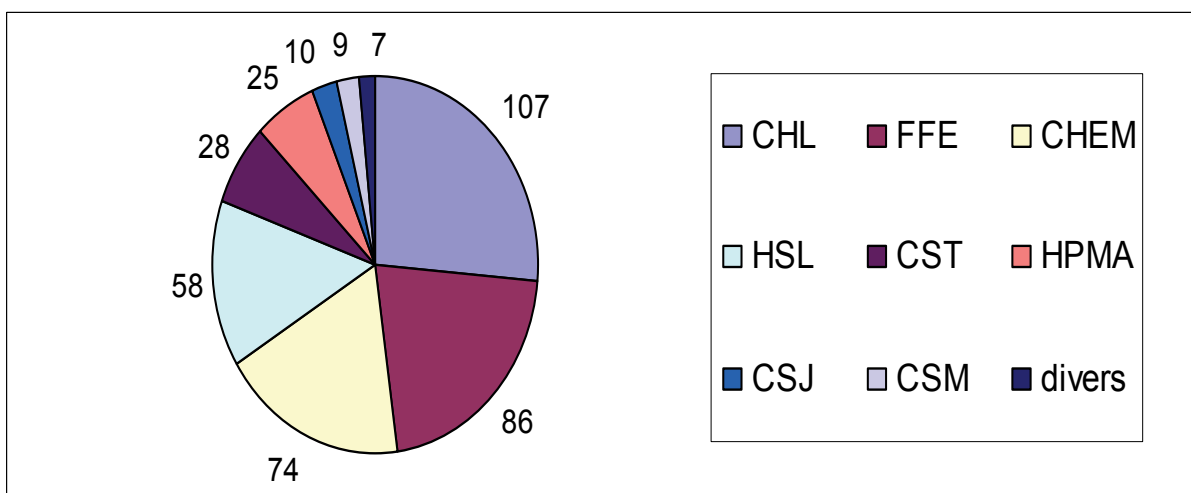
**GDL: INCCI - Evolution de la cardiologie interventionnelle de 1998 à 2005 (extraits du rapport d'activités 2005 de l'INCCI)**



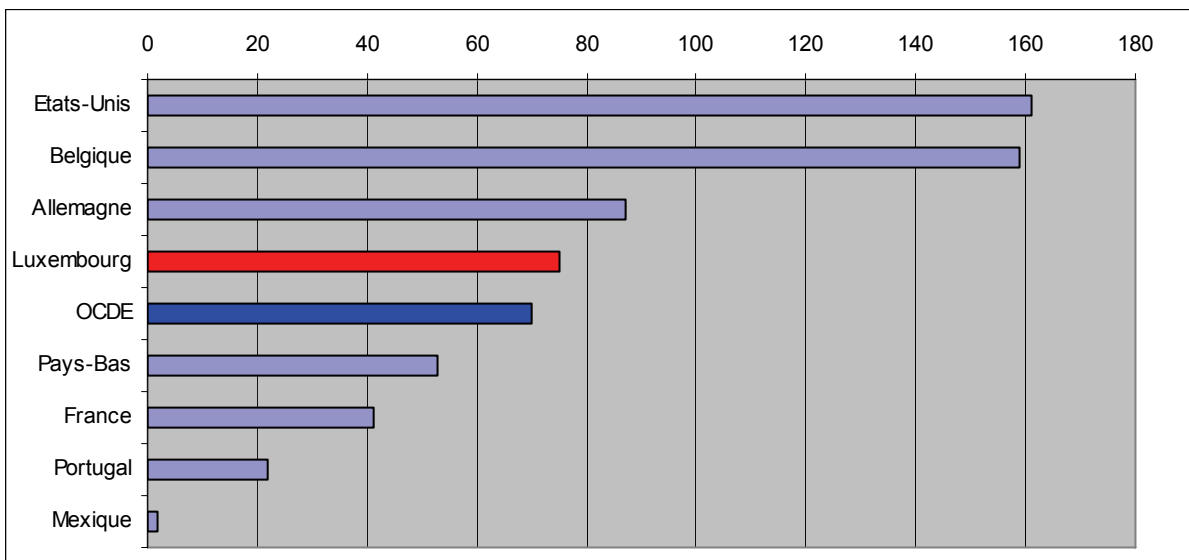
**GDL: INCCI - Interventions et décès en chirurgie cardiaque de 1997 à 2005**



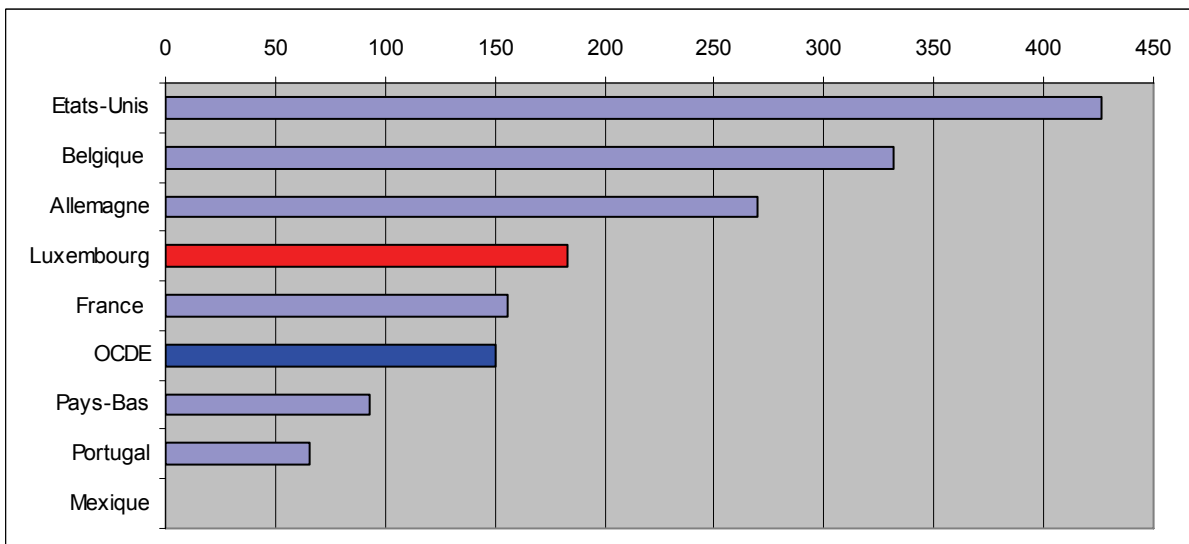
**GDL: INCCI - 2004 Hôpitaux de provenance des cas de chirurgie cardiaque**



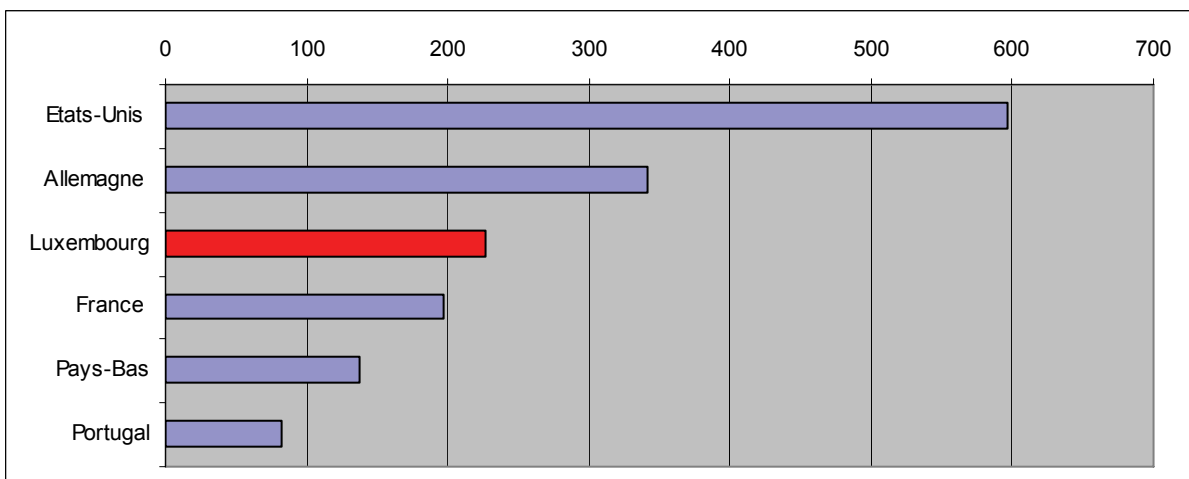
**Pontages coronariens: nombre pour 100.000 habitants en 2003**



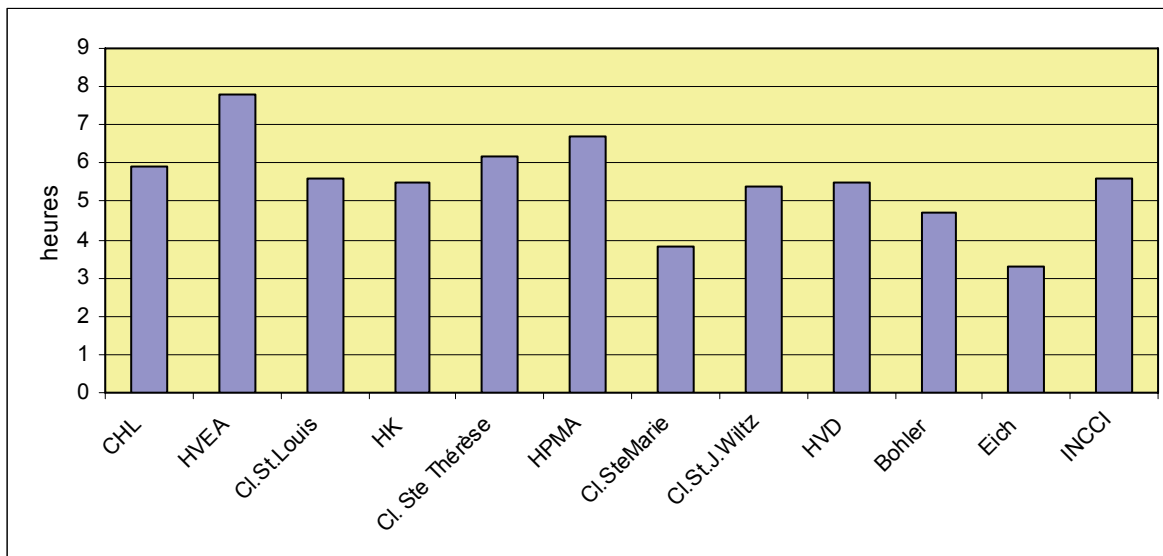
**Angioplasties coronaires: nombre pour 100.000 habitants en 2003**



**Interventions de revascularisation et mortalité due aux crises cardiaques**

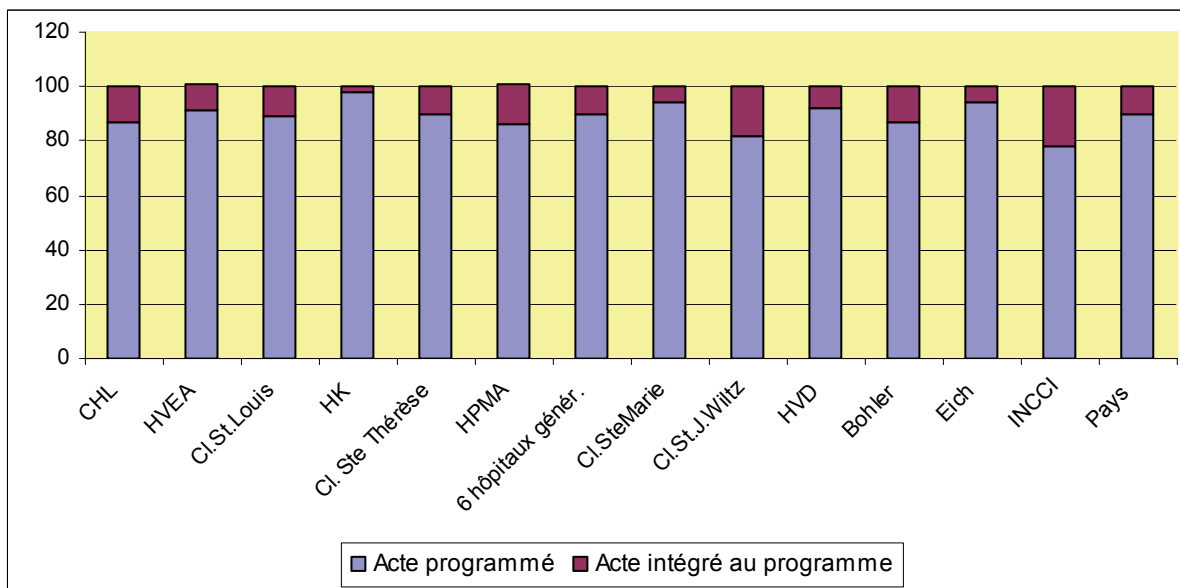


## Occupation moyenne \* (en heures) des salles OP ( jours ouvrables 2003)



Source: UCM/CRP—SANTE/SASS

## Salles OP: type d'activités 2003

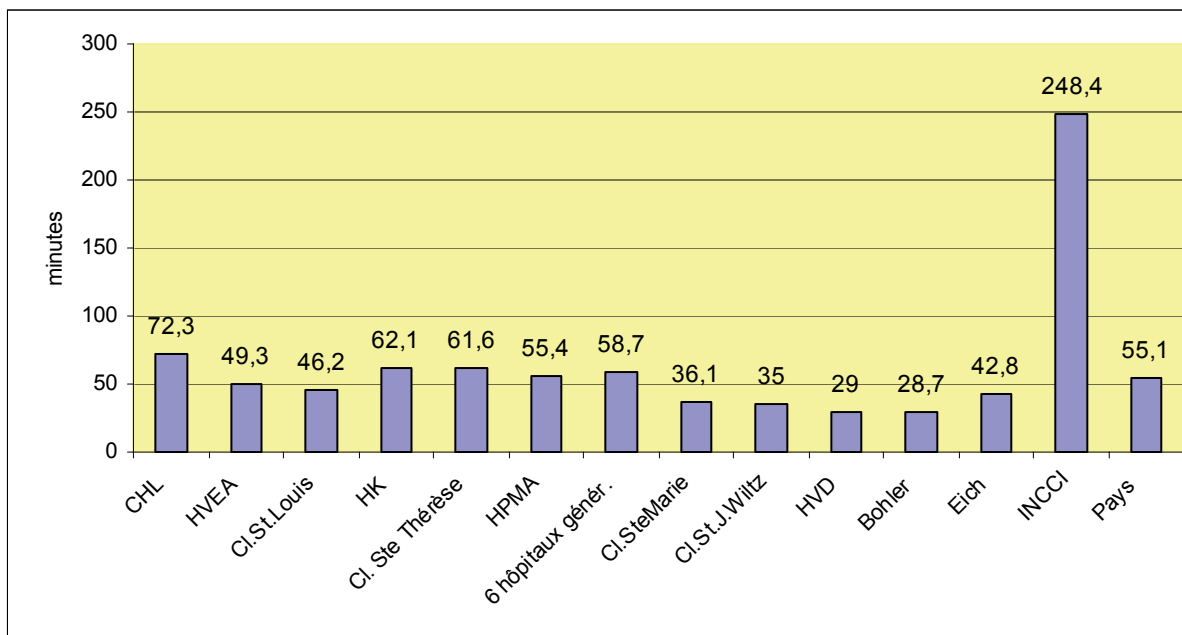


Source: UCM/CRP—SANTE/SASS

### Commentaire:

- 1) Il s'agit de l'occupation moyenne des salles d'opération. Pour l'interprétation avertie de ce graphique, il faut corréliser cette occupation aux temps opératoires ainsi qu'au spectre des activités, qui devraient être en lien avec le classement de l'hôpital au plan hospitalier et la (fréquence de) participation au service d'urgence des établissements dont il s'agit.
- 2) En ce qui concerne le rapport actes programmés/intégrés, on peut déduire qu'à missions égales (service d'urgence, maternité), les salles d'op. les mieux organisées sont celles qui ont le pourcentage le plus élevé d'actes programmés (c.f. gestion de la discipline des opérateurs).

## Durée moyenne (en minutes) de l'acte opératoire (incision-suture) en 2003

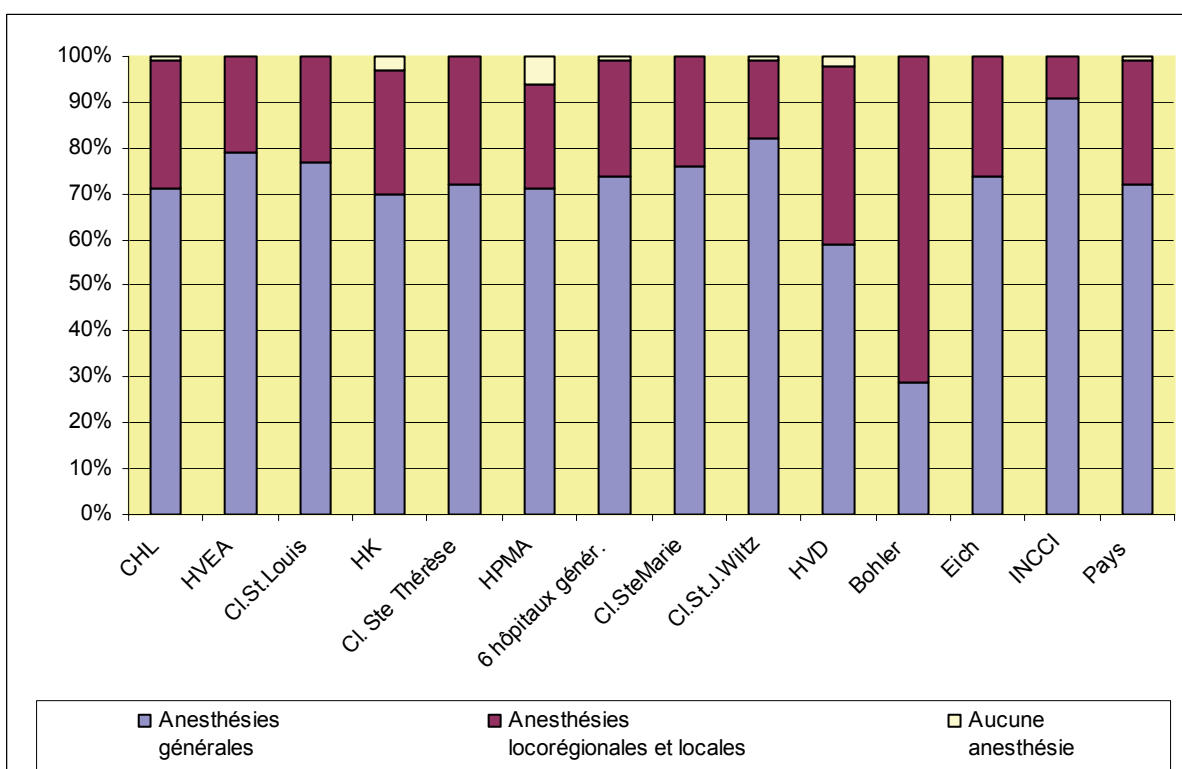


Source: UCM/CRP—SANTE/SASS

### Remarque :

- 1) Il s'agit d'un case-mix d'interventions. Pour être plus précis, il faudrait détailler en fonction du type des interventions chirurgicales.
- 2) Le calcul des moyennes pour le pays et l'ensemble des hôpitaux généraux a été pondéré par le total annuel d'autres OP dans chaque hôpital.

## Activités \* —salles d'opération 2003: type d'anesthésie en %

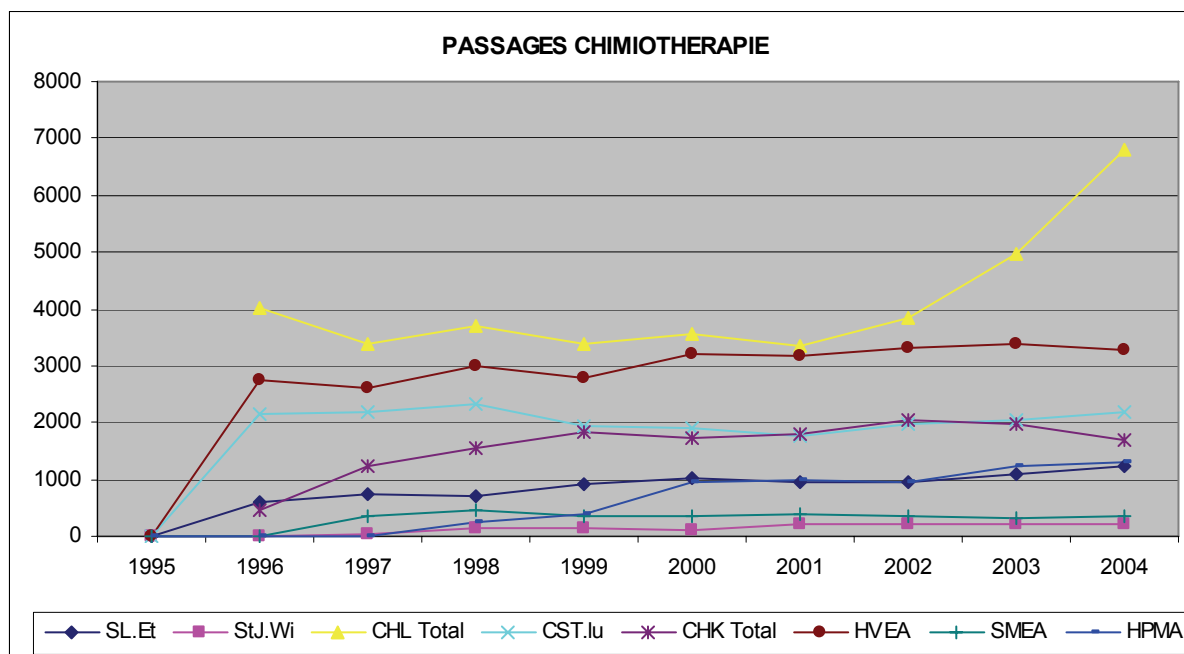


Source: UCM/CRP—SANTE/SASS

## Passages Chimiothérapie \*

Clinique	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	EVO
SL.Et	0	582	735	713	903	1 013	943	934	1 081	1 220	210%
St.J.Wi	0	0	38	142	130	112	213	204	194	212	558%
CHL Total		4 014	3 375	3 703	3 366	3 558	3 344	3 825	4 981	6 804	70%
CHL	0	3 443	2 714	3 126	2 990	3 087	2 992	3 223	4 241	6 804	198%
FNM	0	571	661	577	376	471	352	602	740	0	130%
CST.lu	0	2 155	2 188	2 315	1 932	1 901	1 745	1 956	2 030	2 178	101%
CHK Total		459	1 221	1 538	1 831	1 730	1 801	2 047	1 988	1 675	265%
HK								988	1 675	170%	
CSE	0	459	476	689	788	827	655	1 013	548	0	119%
CSC	0	0	745	849	1 043	903	1 146	1 034	452	0	61%
HVEA	0	2 732	2 624	3 008	2 769	3 198	3 156	3 298	3 374	3 275	120%
SMEA	0	0	368	467	336	351	388	366	320	346	94%
HPMA	0	0	0	247	402	943	975	955	1 221	1 310	530%
<b>Totaux</b>	<b>0</b>	<b>9 942</b>	<b>10 549</b>	<b>12 133</b>	<b>11 669</b>	<b>12 806</b>	<b>12 565</b>	<b>13 585</b>	<b>15 189</b>	<b>17 020</b>	<b>%</b>
<b>Evo 95</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>122</b>	<b>117</b>	<b>129</b>	<b>126</b>	<b>137</b>	<b>153</b>	<b>171</b>	
<b>Evo 98</b>				<b>100</b>	<b>96</b>	<b>106</b>	<b>104</b>	<b>112</b>	<b>125</b>	<b>140</b>	

Source: UCM données de la budgétisation



### Commentaire :

Les passages de chimiothérapie ont augmenté de 71% depuis 1996, il s'agit de données de facturation pour une unité d'œuvre rajoutée plus tardivement.

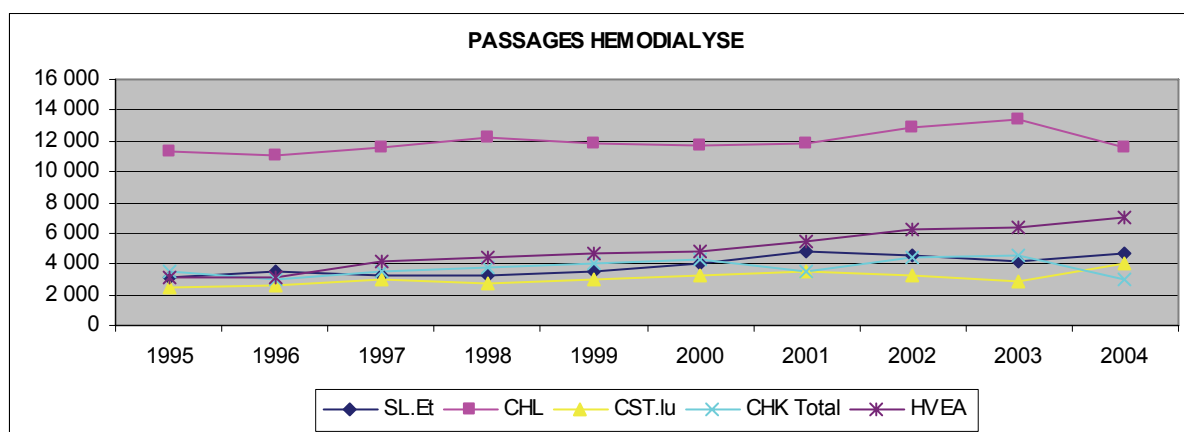
Avant d'interpréter davantage ces données et leur évolution récente, il y a lieu de vérifier si la méthodologie de facturation est appliquée de la même façon constante pour tous.

Néanmoins, il reste le constat que les chimiothérapies, facturées comme telles, ont augmenté énormément.

Une étude d'experts sur l'organisation, l'implémentation des droits des patients dont il est question à la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, ainsi que sur l'application de protocoles conformes aux acquis de la science, les prémisses de sécurité, de continuité et de qualité de prise en charge, y compris les soins palliatifs et les relais au-delà de l'hôpital, mais aussi sur l'évaluation des résultats et de la satisfaction des patients et de leurs proches, pourrait fournir des recommandations précieuses pour l'attribution de ces services aux hôpitaux. En effet, les services d'oncologie correspondent à une évidente nécessité compte tenu de la réalité des cancers et de la fréquence d'hospitalisation que nécessite leurs prises en charge. Les cancers sont en effet une des premières causes de sollicitation des hôpitaux, mais également de mortalité, donc aussi de soins palliatifs.

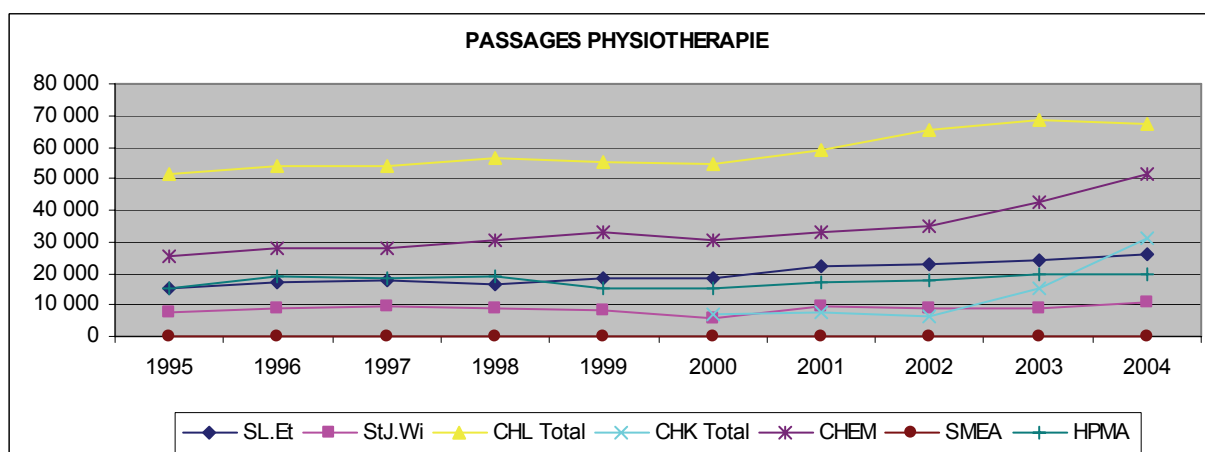
## Passages Hémodialyse \*

Clinique	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	EVO
SL.Et	3 065	3 543	3 191	3 280	3 530	4 080	4 809	4 515	4 101	4 722	154%
CHL	11 288	11 084	11 545	12 254	11 847	11 673	11 864	12 866	13 367	11 610	103%
CST.lu	2 490	2 655	2 936	2 677	3 011	3 273	3 500	3 235	2 826	4 044	162%
CHK Total	3 502	3 048	3 551	3 780	4 091	4 314	3 476	4 449	4 537	3 026	-14%
HK									2 068	3 026	146%
CSE	3 502	3 048	3 551	3 780	4 091	4 314	3 476	4 449	2 469	0	71%
HVEA	3 181	3 104	4 099	4 435	4 671	4 813	5 494	6 186	6 344	6 960	219%
<b>Totaux</b>	<b>23 526</b>	<b>23 434</b>	<b>25 322</b>	<b>26 426</b>	<b>27 150</b>	<b>28 153</b>	<b>29 143</b>	<b>31 251</b>	<b>31 175</b>	<b>30 362</b>	<b>129%</b>
<b>Evo</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>112</b>	<b>115</b>	<b>120</b>	<b>124</b>	<b>133</b>	<b>133</b>	<b>129</b>	



## Passages Physiothérapie \*

Clinique	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	EVO
SL.Et	15 551	16 996	17 811	16 635	18 200	18 649	21 916	22 741	24 000	26 234	169%
St.J.Wi	7 714	8 992	9 725	8 599	8 275	5 554	9 294	8 852	8 691	10 734	139%
CHL Total	51 411	53 958	53 772	56 447	55 335	54 331	58 840	65 714	68 741	67 374	31%
CHL	30 162	31 125	31 502	34 354	34 282	33 965	36 694	43 128	44 600	46 187	153%
CST.lu	21 249	22 833	22 270	22 093	21 053	20 366	22 146	22 586	24 141	21 187	100%
CHK Total						7 000	7 854	6 418	14 953	31 095	344%
HK									12 755	31 095	244%
CSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
CSC	0	0	0	0	0	7 000	7 854	6 418	2 198		31%
CHEM	25 293	28 061	27 766	30 428	33 212	30 724	32 885	34 957	42 493	51 391	103%
HVEA	25 293	28 061	27 766	30 428	33 212	30 724	32 885	34 957	36 987	46 218	183%
HVD	0	0	0	0	0	0	0	0	5 506	5 173	94%
SMEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	/
HPMA	15 030	18 990	18 327	19 018	15 359	15 147	16 853	17 514	19 777	19 645	131%
<b>Totaux</b>	<b>114 999</b>	<b>126 997</b>	<b>127 401</b>	<b>131 127</b>	<b>130 381</b>	<b>131 405</b>	<b>147 642</b>	<b>156 196</b>	<b>178 655</b>	<b>206 473</b>	<b>180%</b>
<b>Evo</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>111</b>	<b>114</b>	<b>113</b>	<b>114</b>	<b>128</b>	<b>136</b>	<b>155</b>	<b>180</b>	



## Activités médico—techniques : **Constats**

De 1998 à 2004, la population résidente a augmenté de 6 %, mais elle n'a guère vieilli dans son ensemble; la proportion des transferts à l'étranger (voir page 141) reste insignifiante par rapport à la consommation de soins de santé au pays, surtout en ce qui concerne les séjours stationnaires, mais a augmenté.

Le nombre de médecins a augmenté de 20 % ; cette augmentation est encore plus sensible pour les médecins spécialistes (+22 %), pratiquement tous agréés à un hôpital.

Pendant cette même période, le personnel hospitalier a augmenté de 11,4 %.

Au niveau des hôpitaux aigus, on constate une augmentation de l'activité qui provient essentiellement du secteur médico-technique. En effet :

- les accouchements ont évolué au même rythme que la population générale (+7%),
- les interventions chirurgicales ont augmenté de 10%,
- les prestations de laboratoire de 15%,
- les actes de dialyse de 17%,
- les actes d'imagerie médicale de 19%,
- les actes de chimiothérapie de 40%,
- la fréquentation des polycliniques (et services d'urgence) connaît une augmentation qui remporte la palme avec une augmentation de > 41 % des passages.

Ce dernier constat pourrait d'ailleurs être le reflet d'une diminution de l'accessibilité des médecins généralistes ; il illustre l'interdépendance des secteurs pré-hospitalier et hospitalier.

Les raisons de l'augmentation disproportionnelle de cette activité par rapport à l'augmentation de la population équitablement répartie sur quasi tous les établissements, sont certainement à rechercher dans:

- la création au GDL de nouveaux services tels que la radiothérapie et l'INCCI ;
- l'introduction moins officielle de nouvelles activités comme p.ex. la chirurgie de la main ;
- l'acquisition de nouveaux équipements comme suite au progrès, p.ex. les scanners et surtout les équipements de résonance magnétique,

mais l'hypothèse la plus plausible paraît bien être l'accroissement du nombre de médecins et surtout de médecins spécialistes agréés aux hôpitaux.

Ceci explique aussi que le même phénomène de croissance s'observe au niveau du secteur extra-hospitalier (laboratoires, physiothérapie).

Rappelons également que le recrutement et l'agrément des médecins aux hôpitaux relève de la seule faculté des organismes gestionnaires, que le conventionnement obligatoire ne limite pas l'exercice des activités à leur spécialité et que, mise à part la déontologie, il n'y a ni règles, ni contraintes, ni contrôle de l'activité médicale dont l'opportunité et la démarche sont laissées à la discrétion de chaque praticien. Curieusement la question de l'utile et du nécessaire, par ailleurs postulat de base pour justifier l'intervention de l'assurance maladie, ne semble pas posée à ce niveau stratégique. D'autre part, les médecins ne sont que trop rarement rétro-informés sur les résultats, les coûts et les performances objectives de leurs pratiques.

La carte sanitaire ne peut pas démontrer le bien fondé, ni l'utilité, ni le bénéfice de ces accroissements d'activités dont l'impact se mesurera peut-être plus tardivement. Pourtant la question se pose de qui relève la compétence d'apprécier et de contrôler si ces accroissements correspondent à l'utile et au nécessaire d'une d'évidence based medicine (EBM). Et s'il y a également une plus-value mesurable pour le patient ?

Evolution du nombre de lits budgétisés * (Total) et des lits occupés en moyenne															
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005							
<b>Hôpitaux aigus</b>															
<b>SJoseph Wiltz</b>	87	65	87	64	87	59	87	59	87	60	87	59	87	53	82
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	273	209	273	212	273	206	273	207	273	221	273	211	275	220	275
SsTotal R. H. NORD	360	274	360	276	360	265	360	266	360	281	360	270	362	273	357
<b>CHL total</b>	650	428	650	434	650	443	650	433	650	437	650	443	650	422	579
Chl Luxembourg	498	301	498	316	498	319	498	315	498	315	498	322	650	422	579
Chl Eich	152	127	152	118	152	124	152	118	152	122	152	121	0	0	0
<b>CSThérèse Lux.</b>	250	199	250	197	250	196	250	195	250	204	250	205	250	190	226
<b>CHK total</b>	458	368	458	322	458	326	398	306	398	296	735	486	412	292	405
H. Kirchberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	337	227	337	254	337
H.Bohler	75	44	75	44	75	43	75	42	75	39	75	38	75	38	68
Cl. Ste Elisabeth Lu	162	135	162	128	162	133	162	127	162	127	162	119	0	0	0
Cl. Sacré Cœur Lu	146	122	146	117	146	119	146	122	146	117	146	102	0	0	0
Cl. St. François Lu	75	67	75	33	75	31	15	15	15	13	15	0	0	0	0
SsTotal R. H. CENTRE	1358	995	1358	953	1358	965	1298	934	1298	937	1635	1134	1312	904	1 210
<b>CHEM total</b>	487	314	487	314	487	301	487	304	487	298	487	291	487	301	440
HV Esch-Alzette	379	242	379	249	379	245	379	250	379	252	379	250	379	278	440
HV Dudelange	108	72	108	65	108	56	108	54	108	46	108	41	108	23	0
<b>CSMarie Esch</b>	127	90	127	87	127	83	127	78	127	81	127	75	127	70	118
<b>HPMA Niederkorn</b>	216	179	216	177	216	160	216	166	216	169	216	165	216	154	202
SsTotal R. H. SUD	830	583	830	578	830	544	830	548	830	548	830	531	830	525	760
<b>Total aigus</b>	2548	1852	2548	1807	2548	1775	2488	1749	2488	1766	2825	1935	2504	1702	2 327
<b>Etablissements hospitaliers spécialisés</b>															
INCCI	-	-	-	-	-	-	15	5	15	11	15	12	15	12	15
CNRF Hamm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	42	52	-	52
HIS Steinfort	30	27	30	27	30	28	30	27	30	26	30	26	30	27	30
CHNP Ettelbruck	-	-	318	296	318	294	318	290	318	296	318	289	318	-	237
Baclesse	-	-	-	10	0	10	0	10	0	10	0	10	0	10	10
Colpach	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total pays</b>	2 578	2 896	2 906	2 861	2 861	3 240	2 929	2 671							

Source: UCM données de la budgétisation / les chiffres en rouge sont ceux indiqués par l'HK, mais non encore validés par l'UCM

**Remarques:**

- 1) Les cliniques Ste Elisabeth, Sacré-Coeur et St François ont cessé leurs activités en 07/2003;
- 2) L'Hôpital Kirchberg a débuté ses activités en 07/2003;
- 3) Le CHL et la Clinique d'Eich ont fusionné avec effet au 01.01.2004;
- 4) L'HVEA et HVD ont fusionné avec effet au 01.07.2004 pour devenir le CHEM;
- 5) Pour des raisons de meilleurs comparabilité, nous avons fictivement avancé ces évolutions dans le temps.

**Définition:**

On entend par **lits**, « les lits qui sont de façon continue à disposition des patients en distinguant les lits aigus, de convalescence et de rééducation ».

- 1) Les lits aigus: ce sont tous les lits des hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés à l'exception de ceux visés dans le troisième point suivant.
- 2) Les lits de convalescence: ce sont ceux de l'établissement de convalescence relevant du présent plan hospitalier.
- 3) Les lits de rééducation: ce sont ceux des établissements ayant pour mission la rééducation sous ses différentes formes, à savoir la rééducation fonctionnelle et la réadaptation, la rééducation gériatrique et la prévention de la dépendance, la réhabilitation et la réadaptation des malades souffrant de troubles psychiques.

Ne sont pas considérés comme lits, les emplacements situés dans une enceinte géographique et fonctionnelle distincte et exclusivement à disposition des patients pour le réveil post anesthésique et pour les prises en charge ambulatoires.

Afin de favoriser notamment l'activité ambulatoire, diminuer les durées moyennes de séjour et, partant, les coûts et les risques, le nombre de lits a été limité par planification, alors que tel n'est pas le cas pour le nombre de places de traitement ambulatoire.

Source: Plan hospitalier 2001 (règlement grand-ducal)

**Commentaire:**

De 1998 à 2004, le nombre de lits aigus des hôpitaux aigus a diminué de 221 unités (8,7%) ce qui correspond à la taille d'un hôpital comparable à la taille de la Clinique Ste Thérèse.

Par contre, celui des établissements spécialisés a augmenté, en partie du fait de leur transfert plus tardif sous le régime de la budgétisation et opposable à l'UCM), (CHNPE en 99, CNRF 2003).

Pendant cette période, le nombre total de lits budgétisés par l'UCM a augmenté de 93 unités.

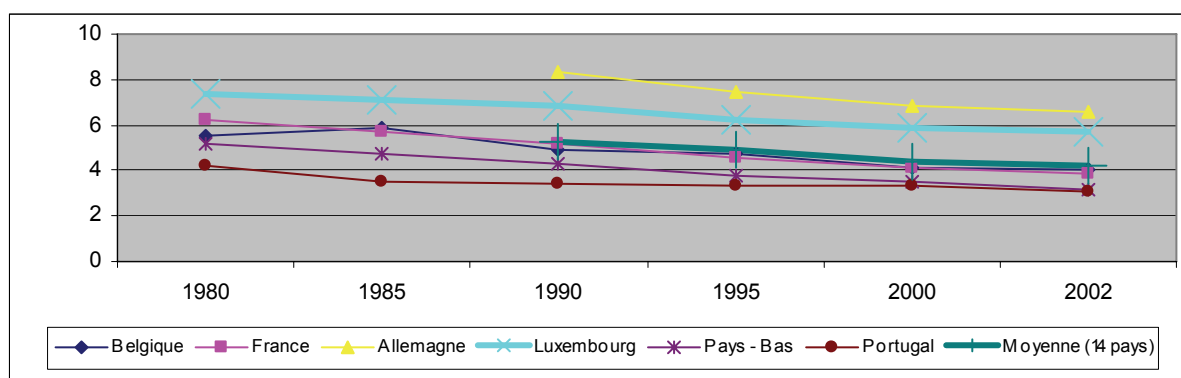


## GDL: Evolution des lits hospitaliers \*

Année	Nombre de lits des établissements hospitaliers							
	Nombre de lits au total	Lits suivant leur catégorie						
		Lits méd. - chirurgie-spécialité	Lits maternité	Lits de pédiatrie et chir. Infantile	Lits de neuro-psychiatrie (CHNP)	Lits de soins intensifs	Lits moyen séjour	Lits long séjour
1986	4616	2203	144	142	1002	107	364	654
1987	4661	2212	144	128	984	107	351	735
1988	4669	2213	144	131	1002	110	306	763
1989	4642	2213	144	131	1002	110	306	736
1990	4483	2180	144	112	852	113	306	776
1991	4438	2180	144	112	797	113	306	786
1992	4429	2171	144	112	797	113	306	786
1993	4560	2231	144	126	734	127	279	919
> 94: Reclassement des lits suite au plan hospitalier de 1994								
1994	4443		2437		524		275	1064
1995	4425		2510		527		344	1044
1996	4425		2510		527		344	1044
1997	4427		2512		527	Lits de rééducation fonctionnelle	344	1044
1998	4433		2518		527		344	1044
1999	3219		2518		527*		174	0*
2000	3023		2481		368	42 + 30	102	
2001	3035		2493		368	42 + 30	102	
2002	3035		2493		368	42 + 30	102	
2003	3045		2493		368	52 + 30	102	
2004	3045		2493		368	52 + 30	102	
2005	2871		2307		237 + 50	72 + 105	100	
Objectif 2005 (plan hospitalier): 5 %0 de lits aigus								
* déclassement lits long séjour; ne relèvent plus de l'empire des établissements hospitaliers								

Source: Direction de la Santé, Serv. Statistique

## Lits de soins aigus pour 1000 habitants de 1980 à 2002



Source: OECD 2005

### Projection de la densité lits aigus:

Sur base des données de l'évolution de la population du STATEC et si le nombre de lits reste le même qu'en 2005, le GDL comptera 0,49 lits aigus par 100.000 habitants en 2010, 0,47 lits aigus en 2015, 0,46 lits aigus en 2020, 0,44 lits aigus en 2025 et 0,41 lits aigus en 2050. En comparaison internationale, la densité de lits aigus (planifiés) apparaît plutôt « confortable ».

Toutefois, il y aurait lieu de vérifier le taux d'occupation mais aussi du moins pour certains établissements, si les lits planifiés peuvent matériellement être dressés et servir, sous des conditions de confort acceptables à l'exploitation.

Nombre de lits de soins intensifs budgétisés * / (occupés en moyenne)																
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005								
<b>Hôpitaux aigus</b>																
<b>SJoseph Wiltz</b>	5	4,7	5	4,5	5	4,1	5	4,2	5	4,1	5	3,7	5	4	5	
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	13	11,5	13	11,8	13	11,6	13	11,3	13	11,8	13	11,8	16	13,3	16	
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD</i>	18		18		18		18		18		18		21		21	
<b>CHL total</b>	53	38	53	40,	53	40	53	41	53	41,5	53	43	53	41	53	
Chl Luxembourg	45		45		45		45		45		45		53		53	
Chl Eich	8		8		8		8		8		8		0		0	
<b>CSThérèse Lux.</b>	14	10	14	10,5	14	9	14	9	14	9	14	8	14	8	12	
<b>CHK total</b>	15	10	15	9	15	11	15	9	15	9		9	22	11	22	15
H. Kirchberg	0		0		0		0		0		22		22		22	
H.Bohler	0		0		0		0		0		0		0		0	
Cl. Ste Elisabeth Lu	9		9		9		9		9		9		0		0	
Cl. Sacré Cœur Lu	6		6		6		6		6		6		0		0	
Cl. St. François Lu	0		0		0		0		0		0		0		0	
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</i>	82		82		82		82		82		104		89		87	
<b>CHEM total</b>	29	27	29	25	34	24	34	25	34	24	34	25	34	26	34	
HV Esch-Alzette	25		25		30		30		30		30		30		34	
HV Dudelange	4		4		4		4		4		4		4		0	
<b>CSMarie Esch</b>	7	4	6	49	6	3	6	9	6	3	6	3	6	3	6	3,5
<b>HPMA Niederkorn</b>	6	6	6	9	8	8	8	8,5	9	8	9	8	9	8	9	8
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD</i>	42		41		48		48		49		49		49		49	
<b>Total aigus</b>	142		141		148		148		149		171		159		157	
<b>Etablissemments hospitaliers spécialisés</b>																
INCCI	-		-		-		8		8		8		8		8	
CNRF Hamm	-		-		-		-		-		0		0		0	
HIS Steinfort	0		0		0		0		0		0		0		0	
CHNP Ettelbruck	-		0		0		0		0		0		0		0	
Baclesse	-		-		0		0		0		0		0		0	
Colpach	-		-		-		-		-		-		-		-	
<b>Total pays</b>	142		141		148		156		157		179		167		165	

Source: UCM données de la budgétisation

Remarques:

- 1) Les cliniques Ste Elisabeth, Sacré-Coeur et St François ont cessé leurs activités en 07/2003;
- 2) L'Hôpital Kirchberg a débuté ses activités en 07/2003;
- 3) Le CHL et la Clinique d'Eich ont fusionné avec effet au 01.01.2004;
- 4) L'HVEA et HVD ont fusionné avec effet au 01.07.2004 pour devenir le CHEM;
- 5) Pour des raisons de meilleurs comparabilité, nous avons fictivement avancé ces évolutions dans le temps.

### Commentaire:

Les lits de soins intensifs font partie du nombre total de lits fixés au plan hospitalier.

L'attribution du nombre de lits de soins ou de surveillance intensifs aux établissements est affaire de négociation entre l'établissement et l'UCM, qui prend l'avis de la C.P.H. et peut se référer à la charge de travail via le PRN. Il y a lieu de tenir compte de ce mécanisme de décision lors de l'interprétation des tableaux relatifs aux journées de soins intensifs et du % des journées de soins intensifs dans le total des journées.

Une attribution plus valide de l'attribution du nombre de lits de soins intensifs pourrait se faire sur base d'instruments spécifiques et internationalement comparables tels que OMEGA, APACHE ou TISSS; en effet le PRN, qui traduit bien la charge de travail des soignants, ne peut pas valider l'indication médicale pour ce qui est de la nécessité d'hospitalisation en soins intensifs.

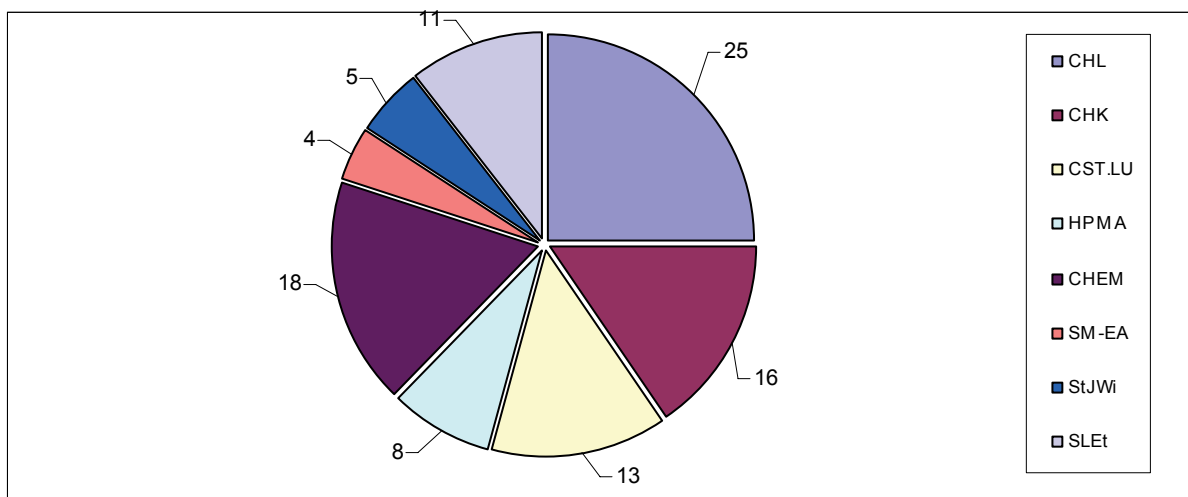
Admissions/sorties: Nombre total							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hôpitaux aigus</b>							
<b>SJoseph Wiltz</b>	5 232	5 324	5 318	5 411	5 265	5 467	5 547
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	9 669	9 941	9 990	10 532	11 209	11 256	11 043
<b>SsTotal Rég. Hosp. NORD</b>	<b>14 901</b>	<b>15 265</b>	<b>15 308</b>	<b>15 943</b>	<b>16 474</b>	<b>16 723</b>	<b>16 590</b>
<b>CHL total</b>	<b>23 848</b>	<b>24 981</b>	<b>25 400</b>	<b>25 801</b>	<b>26 394</b>	<b>26 421</b>	<b>26 117</b>
Chl Luxembourg	16 631	17 638	17 773	18 175	18 498	18 544	26 117
Chl Eich	7 217	7 343	7 627	7 626	7 896	7 877	0
<b>CSThérèse Lux.</b>	<b>8 966</b>	<b>9 028</b>	<b>9 406</b>	<b>9 945</b>	<b>11 607</b>	<b>12 792</b>	<b>13 924</b>
<b>CHK total</b>	<b>14 962</b>	<b>14 931</b>	<b>15 413</b>	<b>15 072</b>	<b>14 824</b>	<b>14 725</b>	<b>16 144</b>
H. Kirchberg	0	0	0	0	0	5 620	12 883
H.Bohler	3 476	3 564	3 467	3 495	3 293	3 223	3 261
Cl. Ste Elisabeth Lu	5 850	5 443	5 693	5 772	5 337	2 669	0
Cl. Sacré Cœur Lu	5 636	5 924	5 925	5 616	5 863	3 048	0
Cl. St. François Lu	0	0	328	189	331	165	0
<b>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</b>	<b>47 776</b>	<b>48 940</b>	<b>50 219</b>	<b>50 818</b>	<b>52 825</b>	<b>53 938</b>	<b>56 185</b>
<b>CHEM total</b>	<b>17 211</b>	<b>18 332</b>	<b>18 121</b>	<b>18 155</b>	<b>18 239</b>	<b>18 946</b>	<b>18 532</b>
HV Esch-Alzette	14 549	15 601	15 445	15 503	15 885	17 038	17 524
HV Dudelange	2 662	2 731	2 676	2 652	2 354	1 908	1 008
<b>CSMarie Esch</b>	<b>4 259</b>	<b>4 394</b>	<b>4 372</b>	<b>4 405</b>	<b>4 307</b>	<b>4 093</b>	<b>4 069</b>
<b>HPMA Niederkorn</b>	<b>7 398</b>	<b>7 689</b>	<b>8 808</b>	<b>8 622</b>	<b>8 202</b>	<b>8 097</b>	<b>8 545</b>
<b>SsTotal Rég. Hosp. SUD</b>	<b>28 868</b>	<b>30 415</b>	<b>31 301</b>	<b>31 182</b>	<b>30 748</b>	<b>31 136</b>	<b>31 146</b>
<b>Total aigus</b>	<b>91 545</b>	<b>94 620</b>	<b>96 828</b>	<b>97 943</b>	<b>100 047</b>	<b>101 797</b>	<b>103 921</b>
<b>Etablissemets hospitaliers spécialisés</b>							
INCCI	-	-	-	237	484	509	500
CNRF Hamm	-	-	-	-	-	n.d.	n.d.
HIS Steinfort	n.d.	n.d.	200	203	381	206	n.d.
CHNP Ettelbruck	-	n.d.	1 113	1 278	1 318	1 317	1 260
Baclesse	-	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Colpach	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total pays</b>	<b>91 545</b>	<b>94 620</b>	<b>98 141</b>	<b>99 661</b>	<b>102 230</b>	<b>103 829</b>	<b>105 681</b>

Source: UCM données de la budgétisation

Remarques:

- 1) Les cliniques Ste Elisabeth, Sacré-Coeur et St François ont cessé leurs activités en 07/2003;
- 2) L'Hôpital Kirchberg a débuté ses activités en 07/2003;
- 3) Le CHL et la Clinique d'Eich ont fusionné avec effet au 01.01.2004;
- 4) L'HVEA et HVD ont fusionné avec effet au 01.07.2004 pour devenir le CHEM;
- 5) Pour des raisons de meilleurs comparabilité, nous avons fictivement avancé ces évolutions dans le temps.
- 6) Il ne s'agit pas de 103.829, respectivement de 105681 personnes différentes qui ont été admises, 1 personne peut avoir été admise plusieurs fois, tel est nettement le cas lors de traitements de chimiothérapie, resp. de transfert (ex. aigu rééducation) d'un établisse-

### Répartition en % des 105.681 admissions en 2004 \*



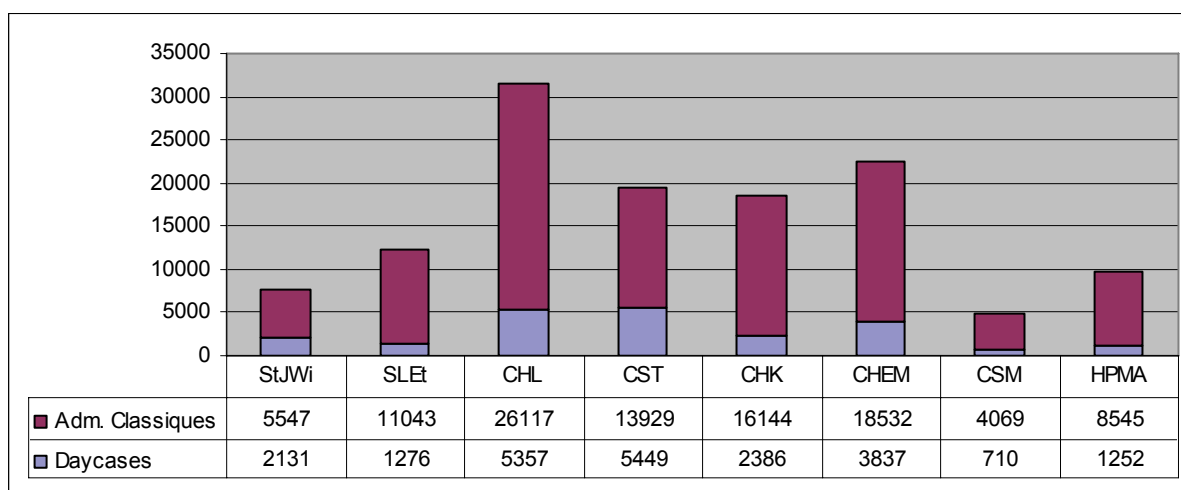
Day cases : Evolution *							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hôpitaux aigus</b>							
<b>SJoseph Wiltz</b>				1 804	1 623	1 893	2 131
<b>HSLouis Ettelbruck</b>				1 668	1 721	1 873	1 276
<b>SsTotal Rég. Hosp. NORD</b>				3 472	3 344	3 766	3 407
<b>CHL total</b>				5 022	5 549	4 983	5 357
Chl Luxembourg				3 230	3 479	3 169	5 357
Chl Eich				1 792	2 070	1 814	-
<b>CSThérèse Lux.</b>				2 424	3 839	4 412	5 449
<b>CHK total</b>				1 986	1 848	2 191	2 386
H. Kirchberg				-	-	1 188	1 918
H.Bohler				558	477	457	468
Cl. Ste Elisabeth Lu				820	531	184	-
Cl. Sacré Cœur Lu				608	674	362	-
Cl. St. François Lu				0	166	0	-
<b>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</b>				11418	13084	13777	15578
<b>CHEM total</b>				3 437	3 682	3 987	3 837
HV Esch-Alzette				3 071	3 382	3 628	3 635
HV Dudelange				366	300	359	202
<b>CSMarie Esch</b>				722	599	673	710
<b>HPMA Niederkorn</b>				944	854	972	1 252
<b>SsTotal Rég. Hosp. SUD</b>				5103	5135	5632	5799
<b>Total aigus</b>				19 993	21 563	23 175	24 784

Source: UCM données de la budgétisation **Définition:** entrée et sortie le même jour

Remarques:

- 1) Les cliniques Ste Elisabeth, Sacré-Coeur et St François ont cessé leurs activités en 07/2003;
- 2) L'Hôpital Kirchberg a débuté ses activités en 07/2003;
- 3) Le CHL et la Clinique d'Eich ont fusionné avec effet au 01.01.2004;
- 4) L'HVEA et HVD ont fusionné avec effet au 01.07.2004 pour devenir le CHEM;
- 5) Pour des raisons de meilleurs comparabilité, nous avons fictivement avancé ces évolutions dans le temps.

## 2004: Rapport Day cases — admissions classiques



Source: UCM / J.-P. J. , CN

### Commentaire:

Le virage ambulatoire, en comparaison internationale, se fait lentement au GDL.

Les causes sont à rechercher plus que probablement dans la relative pléthore de lits (voir aussi statistiques sur les densité et taux d'occupation des lits et comparaisons internationales) ainsi que dans le manque d'incitants financiers, pour le médecin et pour l'hôpital, de s'organiser plus rigoureusement.

## Hospitalisation de jour 2004: admissions / sorties

	<1	1-9	10-14	15-29	30-39	40-49	50-64	65-74	75-89	90 plus	Total	% <14	% <64	% <74	% <90
<b>Hôpitaux aigus</b>															
<b>SJoseph Wiltz</b>		309	88	332	380	320	346	249	104	3	2 131	19%	83%	95%	100%
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	8	178	51	208	221	219	198	107	83	3	1 276	19%	85%	93%	100%
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD</i>	8	487	139	540	601	539	544	356	187	6	3 407	19%	84%	94%	100%
<b>CHL total</b>	89	1 074	247	509	763	735	1 063	525	334	19	5 358	26%	84%	93%	100%
Chl Luxembourg	89	1 074	247	509	763	735	1 063	525	334	19	5 358	26%	84%	93%	100%
Chl Eich															
<b>CSThérèse Lux.</b>		241	56	579	601	833	1 323	886	891	40	5 450	5%	67%	83%	99%
<b>CHK total</b>	11	271	27	238	314	179	212	119	81	6	1 458	21%	86%	94%	100%
H. Kirchberg	11	271	27	110	103	100	169	114	79	6	990	31%	80%	91%	99%
H.Bohler				128	211	79	43	5	2		468	0%	98%	100%	100%
Cl. Ste Elisabeth Lu															
Cl. Sacré Cœur Lu															
Cl. St. François Lu															
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</i>	100	1 586	330	1 326	1 678	1 747	2 598	1 530	1 306	65	12 266	16%	76%	89%	99%
<b>CHEM total</b>	37	661	111	509	569	654	662	358	264	13	3 838	21%	83%	93%	100%
HV Esch-Alzette	37	647	108	473	540	611	622	340	246	12	3 636	22%	84%	93%	100%
HV Dudelange		14	3	36	29	43	40	18	18	1	202	8%	82%	91%	99%
<b>CSMarie Esch</b>		23	6	73	106	132	177	108	78	5	708	4%	73%	88%	99%
<b>HPMA Niederkorn</b>		89	36	146	212	228	331	114	93	3	1 252	10%	83%	92%	100%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD</i>	37	773	153	728	887	1 014	1 170	580	435	21	5 798	17%	82%	92%	100%
INCCI							3	4	4		11	0%	27%	64%	100%
<b>Total aigus</b>	145	2 846	622	2 594	3 166	3 300	4 315	2 470	1 932	92	21 482	17%	79%	91%	100%

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

## Hospitalisation de jour 2004: comparaison 99 — 04 (par âge)

Nombre d'admissions/sorties par tranches d'âge en 1999 (hospitalisations de jour)									
	<1	1-9	10-14	15-29	30-39	40-49	50-64	65-74	75-89
<b>Hôpitaux aigus</b>									
SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999	26	656	119	496	491	369	425	170	83
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999	92	1 555	188	1 104	1 397	1 146	1 501	822	440
SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999	60	692	144	590	748	604	707	557	290
INCCI 1999									
<b>Total aigus 1999</b>	<b>178</b>	<b>2 903</b>	<b>451</b>	<b>2 190</b>	<b>2 636</b>	<b>2 119</b>	<b>2 633</b>	<b>1 549</b>	<b>813</b>
Nombre d'admissions/sorties par tranches d'âge en 2004 (hospitalisations de jour)									
	<1	1-9	10-14	15-29	30-39	40-49	50-64	65-74	75-89
<b>Hôpitaux aigus</b>									
SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004	8	487	139	540	601	539	544	356	187
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004	100	1 586	330	1 326	1 678	1 747	2 598	1 530	1 306
SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004	37	773	153	728	887	1 014	1 170	580	435
INCCI 2004							3	4	4
<b>Total aigus 2004</b>	<b>145</b>	<b>2 846</b>	<b>622</b>	<b>2 594</b>	<b>3 166</b>	<b>3 300</b>	<b>4 315</b>	<b>2 470</b>	<b>1 932</b>
Nombre d'admissions/sorties par tranches d'âge en 1999 (hospitalisations de jour)									
	90 plus	Total	% <14	% <64	% <74	% <90			
<b>Hôpitaux aigus</b>									
SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999	6	2 841	28,19%	90,88%	96,87%	99,79%			
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999	29	8 274	22,18%	84,40%	94,33%	99,65%			
SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999	14	4 406	20,34%	80,46%	93,10%	99,68%			
INCCI 1999									
<b>Total aigus 1999</b>	<b>49</b>	<b>15 521</b>	<b>22,76%</b>	<b>84,47%</b>	<b>94,45%</b>	<b>99,68%</b>			
Nombre d'admissions/sorties par tranches d'âge en 2004 (hospitalisations de jour)									
	90 plus	Total	% <14	% <64	% <74	% <90			
<b>Hôpitaux aigus</b>									
SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004	6	3 407	18,61%	83,89%	94,34%	99,82%			
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004	65	12 266	16,44%	76,35%	88,82%	99,47%			
SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004	21	5 798	16,61%	82,13%	92,14%	99,64%			
INCCI 2004		11	0,00%	27,27%	63,64%	100,00%			
<b>Total aigus 2004</b>	<b>92</b>	<b>21 482</b>	<b>16,82%</b>	<b>79,08%</b>	<b>90,58%</b>	<b>99,57%</b>			

## Hospitalisation de jour: causes d'admissions / de sortie (ICD 10) (1)

	Chap I	Chap II	Chap III	Chap IV	Chap V	Chap VI	Chap VII	Chap VIII	Chap IX	Chap X	Chap XI
	Certaines maladies Infectieuses et parasitaires	Tumeurs	Maladies du sang et des organes hématopoiétiques et certains troubles du système immunitaire	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Troubles mentaux et du comportement	Maladies du système nerveux	Maladies de l'œil et de ses annexes	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies de l'appareil respiratoire	Maladies de l'appareil digestif
ICD 10	A00 - B99	C00-D48	D50-D89	E00-E90	F00-F99	G00-G99	H00-H59	H60-H95	I00-I99	J00-J99	K00-K93
Hôpitaux aigus											
<b>SJoseph Wiltz</b>	23	218	42	8	13	31	21	347	111	597	219
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	24	63		20	40	64	6	131	105	70	53
SsTotal Rég. Hosp. NORD	47	281	42	28	53	95	27	478	216	667	272
% Rég. Hosp. NORD	24,87%	13,26%	9,72%	11,16%	17,26%	9,57%	5,51%	46,14%	18,27%	37,70%	10,43%
<b>CHL total</b>	<b>69</b>	<b>735</b>	<b>159</b>	<b>31</b>	<b>81</b>	<b>253</b>	<b>146</b>	<b>91</b>	<b>349</b>	<b>387</b>	<b>1 176</b>
Chl Luxembourg	69	735	159	31	81	253	146	91	349	387	1 176
Chl Eich											
<b>CSThérèse Lux.</b>	<b>29</b>	<b>439</b>	<b>203</b>	<b>150</b>	<b>63</b>	<b>458</b>	<b>153</b>	<b>131</b>	<b>256</b>	<b>203</b>	<b>663</b>
<b>CHK total</b>	<b>15</b>	<b>109</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>41</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>119</b>	<b>190</b>	<b>67</b>
H. Kirchberg	9	37		3	41	25		31	119	190	67
H.Bohler	6	72									
Cl. Ste Elisabeth Lu											
Cl. Sacré Cœur Lu											
Cl. St. François Lu											
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE	113	1 283	362	184	185	736	299	253	724	780	1 906
% Rég. Hosp. CENTRE	59,79%	60,55%	83,80%	73,31%	60,26%	74,12%	61,02%	24,42%	61,25%	44,09%	73,08%
<b>CHEM total</b>	<b>25</b>	<b>342</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>72</b>	<b>151</b>	<b>292</b>	<b>288</b>
HV Esch-Alzette	25	338	18	25	50	82	54	72	144	275	271
HV Dudelange		4		2	1	18			7	17	17
<b>CSMarie Esch</b>	<b>1</b>	<b>97</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>110</b>	<b>232</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>55</b>
<b>HPMA Niederkorn</b>	<b>3</b>	<b>115</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>60</b>		<b>1</b>	<b>73</b>	<b>5</b>	<b>87</b>
SsTotal Rég. Hosp. SUD	29	554	28	39	69	161	164	305	235	322	430
% Rég. Hosp. SUD	15,34%	26,14%	6,48%	15,54%	22,48%	16,21%	33,47%	29,44%	19,88%	18,20%	16,49%
INCCI		1				1			7		
<b>Nombre Total H aigus</b>	<b>189</b>	<b>2 119</b>	<b>432</b>	<b>251</b>	<b>307</b>	<b>993</b>	<b>490</b>	<b>1 036</b>	<b>1 182</b>	<b>1 769</b>	<b>2 608</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire:

Ce tableau montre simplement la répartition des **hospitalisations de jour** par établissement et par catégorie de diagnostic.

En tenant compte de la taille des établissements et de l'attribution des services spécialisés, il révèle des écarts interpellant, parfois explicables (*le CHL a un service national de maladies infectieuses*), parfois inexplicables logiquement (ex. tumeurs) ce qui peut laisser conclure à des pratiques fort variables en fonction des prestataires et probablement à l'absence d'implémentation généralisée de clinical pathways conformes aux acquis de la science.

## Hospitalisation de jour: causes d'admission / de sortie (ICD 10) (2)

	Chap XII	Chap XIII	Chap XIV	Chap XV	Chap XVI	Chap XVII	Chap XVIII	Chap XIX	Chap XXI		
	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Maladies de l'appareil génito-urinaire	Grossesse, accouchements et puerpéralité	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	<b>TOTAL chap. I-XIX et chap XXI et inconnus</b>	% des hospit. dont le diagnostic n'est pas connu
<b>ICD 10</b>	<b>L00-L99</b>	<b>M00-M99</b>	<b>N00-N99</b>	<b>O00-O99</b>	<b>P00-P96</b>	<b>Q00-Q99</b>	<b>R00-R99</b>	<b>S00-T98</b>	<b>Z00-Z99</b>		
<b>Hôpitaux aigus</b>											
<b>SJoseph Wiltz 2004</b>	<b>24</b>	<b>246</b>	<b>39</b>	<b>20</b>		<b>1</b>	<b>52</b>	<b>84</b>	<b>1</b>	<b>2 121</b>	<b>1,13%</b>
<b>HSLouis Ettelbruck 2004</b>	<b>15</b>	<b>124</b>	<b>196</b>	<b>41</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>31</b>	<b>192</b>	<b>1</b>	<b>1 257</b>	<b>4,93%</b>
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	39	370	235	61	4	16	83	276	2	3 378	2,55%
<i>% Rég. Hosp. NORD 2004</i>	17,03%	8,55%	13,68%	8,71%	11,11%	5,52%	16,50%	18,90%	1,02%	15,79%	
<b>CHL total 2004</b>	<b>64</b>	<b>356</b>	<b>372</b>	<b>193</b>	<b>10</b>	<b>230</b>	<b>100</b>	<b>348</b>	<b>99</b>	<b>5 348</b>	<b>1,85%</b>
Chl Luxembourg 2004	64	356	372	193	10	230	100	348	99	5 348	1,85%
Chl Eich 2004										0	
<b>CSThérèse Lux. 2004</b>	<b>19</b>	<b>2 205</b>	<b>234</b>				<b>28</b>	<b>169</b>	<b>5</b>	<b>5 438</b>	<b>0,55%</b>
<b>CHK total 2004</b>	<b>9</b>	<b>43</b>	<b>234</b>	<b>249</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>60</b>	<b>71</b>	<b>47</b>	<b>1 435</b>	<b>8,01%</b>
H. Kirchberg 2004	9	43	144	4	2	5	59	71		968	11,26%
H.Bohler 2004			90	245			1		47	467	1,28%
Cl. Ste Elisabeth Lu 2004										0	
Cl. Sacré Cœur Lu 2004										0	
Cl. St. François Lu 2004										0	
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	92	2 604	840	442	12	235	188	588	151	12 221	2,00%
<i>% Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	40,17%	60,19%	48,89%	63,14%	33,33%	81,03%	37,38%	40,27%	76,65%	57,13%	
<b>CHEM total 2004</b>	<b>47</b>	<b>953</b>	<b>530</b>	<b>170</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>504</b>	<b>6</b>	<b>3 831</b>	<b>2,92%</b>
HV Esch-Alzette 2004	40	881	507	165	20	38	31	486	3	3 629	2,87%
HV Dudelange 2004	7	72	23	5				18	3	202	3,96%
<b>CSMarie Esch 2004</b>	<b>12</b>	<b>84</b>	<b>3</b>				<b>24</b>	<b>19</b>		<b>705</b>	<b>2,84%</b>
<b>HPMA Niederkorn 2004</b>	<b>39</b>	<b>315</b>	<b>110</b>	<b>27</b>		<b>1</b>	<b>176</b>	<b>73</b>	<b>38</b>	<b>1 246</b>	<b>7,54%</b>
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	98	1 352	643	197	20	39	231	596	44	5 782	3,91%
<i>% Rég. Hosp. SUD 2004</i>	42,79%	31,25%	37,43%	28,14%	55,56%	13,45%	45,92%	40,82%	22,34%	27,03%	
INCCI 2004							1			11	9,09%
<b>Nombre Total H aigus 2004</b>	<b>229</b>	<b>4 326</b>	<b>1 718</b>	<b>700</b>	<b>36</b>	<b>290</b>	<b>503</b>	<b>1 460</b>	<b>197</b>	<b>21 392</b>	<b>2,60%</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire:

Ce tableau révèle que le nombre de diagnostics inconnus pour les hospitalisations de jour est très élevé pour certains hôpitaux, ce qui soulève problème, par rapport à d'autres qu'il convient de féliciter pour leur taux très bas. Il est par ailleurs probable que ces anomalies soient le fait de quelques rares prestataires individuels, ce qui soulève de nouveau la problématique de l'absence de (possibilités) de contrôles. En effet le système actuel du flux des informations fait que dans de nombreux établissements les directeurs ne sont pas au courant de ce qu'y font les médecins. Aucune législation ne prévoit que les prestataires ne doivent leur communiquer les diagnostics des patients y pris en charge, alors que pour les établissements, qui ont clairement des responsabilités à cet égard (ex. maladies contagieuses, infections nosocomiales), la planification des services est fonction des diagnostics pris en charge .



## Hospitalisation de jour: causes d'admission / de sortie (ICD 10) (3)

	Chapitre I	Chapitre II	Chapitre III	Chapitre IV	Chapitre V	Chapitre VI	Chapitre VII	Chapitre VIII	Chapitre IX	Chapitre X	Chapitre XI
	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Tumeurs	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Troubles mentaux et du comportement	Maladies du système nerveux	Maladies de l'œil et de ses annexes	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies de l'appareil respiratoire	Maladies de l'appareil digestif
<b>ICD 10</b>	<b>A00 - B99</b>	<b>C00-D48</b>	<b>D50-D89</b>	<b>E00-E90</b>	<b>F00-F99</b>	<b>G00-G99</b>	<b>H00-H59</b>	<b>H60-H95</b>	<b>I00-I99</b>	<b>J00-J99</b>	<b>K00-K93</b>
<b>Hôpitaux aigus</b>											
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999</i>	19	132	17	4	58	91	25	521	95	447	189
<i>% Rég. Hosp. NORD 1999</i>	10%	9%	8%	4%	20%	17%	11%	55%	0%	33%	23%
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	121	875	160	49	129	332	58	177	518	443	366
<i>% Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	66%	62%	78%	52%	44%	60%	25%	19%	0%	33%	44%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999</i>	44	402	29	41	109	127	150	241	249	457	271
<i>% Rég. Hosp. SUD 1999</i>	24%	29%	14%	44%	37%	23%	64%	26%	-	34%	33%
<b>Nombre Total H aigus 1999</b>	<b>184</b>	<b>1 409</b>	<b>206</b>	<b>94</b>	<b>296</b>	<b>550</b>	<b>233</b>	<b>939</b>	<b>862</b>	<b>1 347</b>	<b>826</b>
<b>Hôpitaux aigus</b>											
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	47	281	42	28	53	95	27	478	216	667	272
<i>% Rég. Hosp. NORD 2004</i>	25%	13%	10%	11%	17%	10%	6%	46%	18%	38%	10%
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	113	1 283	362	184	185	736	299	253	724	780	1 906
<i>% Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	60%	61%	84%	73%	60%	74%	61%	24%	61%	44%	73%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	29	554	28	39	69	161	164	305	235	322	430
<i>% Rég. Hosp. SUD 2004</i>	15%	26%	6%	16%	22%	16%	33%	29%	20%	18%	16%
INCCI 2004		1				1			7		
<b>Nombre Total H aigus 2004</b>	<b>189</b>	<b>2 119</b>	<b>432</b>	<b>251</b>	<b>307</b>	<b>993</b>	<b>490</b>	<b>1 036</b>	<b>1 182</b>	<b>1 769</b>	<b>2 608</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire:

Les hospitalisations de jour ont fort progressés notamment pour les prises en charge des tumeurs et maladies du sang, les maladies endocriniennes, les maladies du système nerveux et autres les maladies du système ostéo-articulaire.

Ce phénomène qui s'inscrit dans la tendance internationale ; il n'y a eu encore aucune plainte des usagers. Cette évolution, limite par ailleurs les risques liés au séjour d'hospitalisation, diminue le coût de prise en charge et par conséquent, est à priori, à considérer comme très positive.

Ce phénomène vers des prises en charge plus courtes (hospitalisation de jour) devrait encore s'accroître à l'avenir et s'élargir à d'autres groupes de pathologies, comme la chirurgie, grâce à des approches moins invasives, aux maladies mentales pour la prise en charge desquelles la création de cliniques de jour est en passe de réalisation.

## Hospitalisation de jour: causes d'admission / de sortie (ICD 10) (4)

	Chapitre XII	Chapitre XIII	Chapitre XIV	Chapitre XV	Chapitre XVI	Chapitre XVII	Chapitre XVIII	Chapitre XIX	Chapitre XXI		
	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Maladies de l'appareil génito-urinaire	Grossesse, accouchement et puerpéralité	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	<b>TOTAL chap. I-XIX et chap XXI et inconnus</b>	% des hospit. dont le diagnostic n'est pas connu
<b>ICD 10</b>	<b>L00-L99</b>	<b>M00-M99</b>	<b>N00-N99</b>	<b>O00-O99</b>	<b>P00-P96</b>	<b>Q00-Q99</b>	<b>R00-R99</b>	<b>S00-T98</b>	<b>Z00-Z99</b>		
<b>Hôpitaux aigus</b>											
SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999	54	292	295	57	8	7	102	366	4	2 818	1%
% Rég. Hosp. NORD 1999	22%	13%	24%	8%	12%	4%	24%	25%	3%	20%	
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999	62	1 095	529	449	15	163	251	562	100	6 572	2%
% Rég. Hosp. CENTRE 1999	25%	50%	44%	65%	22%	87%	60%	38%	72%	48%	
SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999	128	800	388	189	46	18	64	555	35	4 370	1%
% Rég. Hosp. SUD 1999	52%	37%	32%	27%	67%	10%	15%	37%	25%	32%	
<b>Nombre Total H aigus 1999</b>	<b>244</b>	<b>2 187</b>	<b>1 212</b>	<b>695</b>	<b>69</b>	<b>188</b>	<b>417</b>	<b>1 483</b>	<b>139</b>	<b>13 760</b>	<b>1%</b>
<b>Hôpitaux aigus</b>											
SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004	39	370	235	61	4	16	83	276	2	3 378	3%
% Rég. Hosp. NORD 2004	17%	9%	14%	9%	11%	6%	16%	19%	1%	16%	
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004	92	2 604	840	442	12	235	188	588	151	12 221	2%
% Rég. Hosp. CENTRE 2004	40%	60%	49%	63%	33%	81%	37%	40%	77%	57%	
SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004	98	1 352	643	197	20	39	231	596	44	5 782	4%
% Rég. Hosp. SUD 2004	43%	31%	37%	28%	56%	13%	46%	41%	22%	27%	
INCCI 2004							1			11	0
<b>Nombre Total H aigus 2004</b>	<b>229</b>	<b>4 326</b>	<b>1 718</b>	<b>700</b>	<b>36</b>	<b>290</b>	<b>503</b>	<b>1 460</b>	<b>197</b>	<b>21 392</b>	<b>0</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire:

Sans préjudice du bienfait de la diminution des durées de séjour (voir commentaires page précédente), ce tableau n'est cependant pas assez explicite pour constater si les mécanismes de financement n'ont pas provoqué des hospitalisations de jour pour des actes qui auparavant étaient prestés en ambulatoire, ce qui expliquerait, du moins partiellement, l'accroissement de la fréquence des admissions. Il faudrait une étude rétrospective plus approfondie pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

## Day cases: certains diagnostics choisis \* (classification selon l'OECD)

ICD 10	nbre H 25	% total H 25	nbre I 83	% total I 83	nbre J 03	% total J 03	nbre K 35	% total K35	nbre K 40-46	% total K40-46	nbre M 23	% total M 23	nbre C 00 - D89	% total C 00 - D 89
<b>Hôpitaux aigus</b>														
SJoseph Wiltz 2004	2	1%	65	19%	12	92%	2	25%	3	1%	4	1%	260	10%
HSLouis Ettelbruck 2004	4	1%	8	2%	1	8%	1	12%	14	5%	59	10%	63	2%
SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004	6	2%	73	21%	13	100%	3	37%	17	6%	63	10%	323	13%
<b>CHL total 2004</b>	<b>122</b>	<b>43%</b>	<b>50</b>	<b>14%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>3</b>	<b>37%</b>	<b>152</b>	<b>53%</b>	<b>12</b>	<b>2%</b>	<b>894</b>	<b>35%</b>
Chl Luxembourg 2004	122	43%	50	14%		0%	3	37%	152	53%	12	2%	894	35%
Chl Eich 2004		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
<b>CSThérèse Lux. 2004</b>	<b>67</b>	<b>24%</b>	<b>110</b>	<b>31%</b>		<b>0%</b>		<b>0%</b>	<b>15</b>	<b>5%</b>	<b>333</b>	<b>55%</b>	<b>642</b>	<b>25%</b>
<b>CHK total 2004</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>10</b>	<b>4%</b>	<b>14</b>	<b>2%</b>	<b>109</b>	<b>4%</b>
H. Kirchberg 2004		0%		0%		0%		0%	10	4%	14	2%	37	1%
H.Bohler 2004		0%		0%		0%		0%		0%		0%	72	3%
Cl. Ste Elisabeth Lu 2004		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
Cl. Sacré Cœur Lu 2004		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004	189	67%	160	46%	0	0%	3	37%	177	62%	359	59%	1 645	64%
<b>CHEM total 2004</b>	<b>8</b>	<b>3%</b>	<b>85</b>	<b>24%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>12%</b>	<b>85</b>	<b>30%</b>	<b>180</b>	<b>30%</b>	<b>360</b>	<b>14%</b>
HV Esch-Alzette 2004	8	3%	85	24%		0%	1	12%	83	29%	140	23%	356	14%
HV Dudelange 2004		0%		0%		0%		0%	2	1%	40	7%	4	0%
<b>CSMarie Esch 2004</b>	<b>81</b>	<b>29%</b>		<b>0%</b>		<b>0%</b>		<b>0%</b>		<b>0%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>101</b>	<b>4%</b>
<b>HPMA Niederkorn 2004</b>		<b>0%</b>	<b>33</b>	<b>9%</b>		<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>12%</b>	<b>6</b>	<b>2%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>121</b>	<b>5%</b>
SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004	89	31%	118	34%	0	0%	2	25%	91	32%	187	31%	582	23%
INCCI 2004		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	0%
<b>Total H aigus 2004</b>	<b>284</b>	<b>100%</b>	<b>351</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>285</b>	<b>100%</b>	<b>609</b>	<b>100%</b>	<b>2 551</b>	<b>100%</b>

H 25	Cataracte sénile
I 83	Varices des membres inférieurs
J 03	Amygdalite aiguë
K 35	Appendicite aiguë
K 40-46	Hernies
M 23	Lésion interne du genou
C 00 -D 89	Tumeurs et maladies du sang

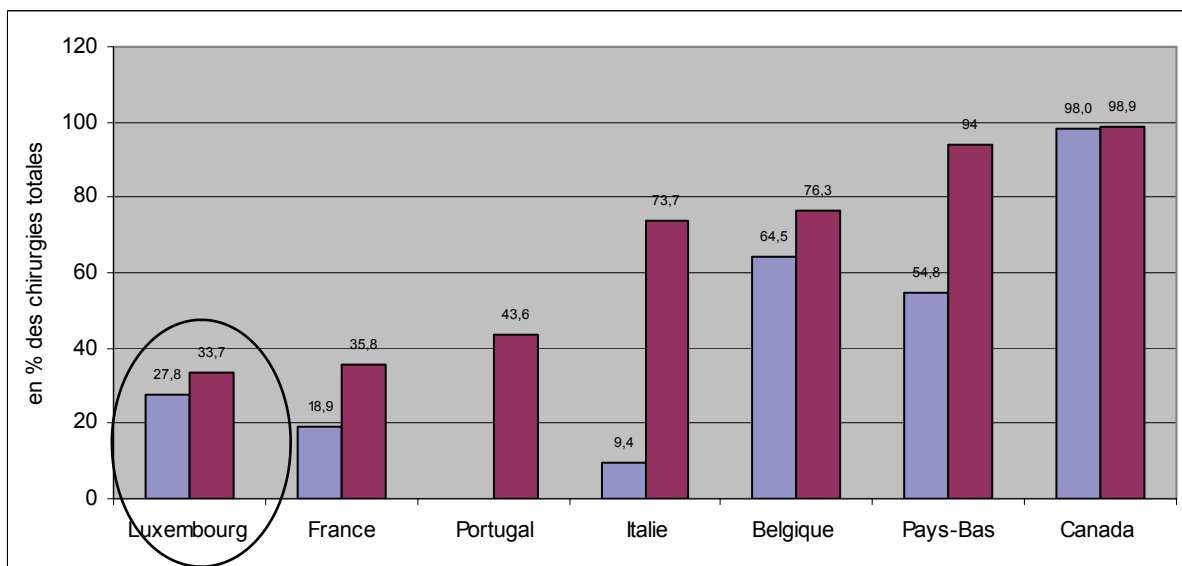
Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire:

L'écart du nombre de prises en charge de jour entre les hôpitaux démontre que les pratiques sont encore très hétérogènes, d'un établissement voire d'un prestataire à l'autre.

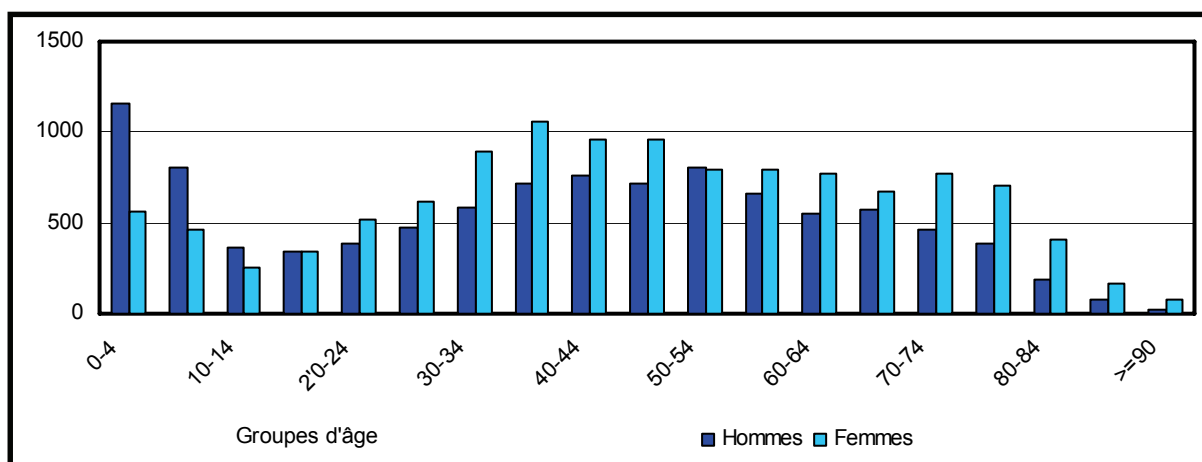
Ce tableau démontre qu'en prenant exemple sur les plus performants, il y a par conséquent moyen de stimuler encore les prises en charge ambulatoires, moins coûteuses et aussi efficaces.

**Chirurgie de la cataracte:**  
pourcentage d'opérations effectuées en ambulatoire, 1997 et 2003

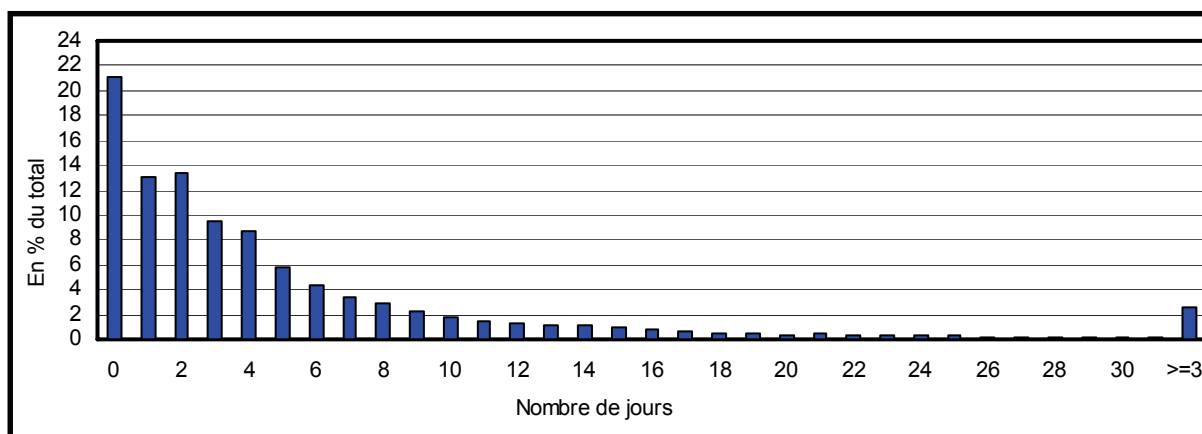


Source: OECD ECO-SANTE, Health Data 2005, 3ème édition

**Nombre de cas d'hospitalisation de jours en 2004 par groupes d'âge (hôpitaux aigus)**

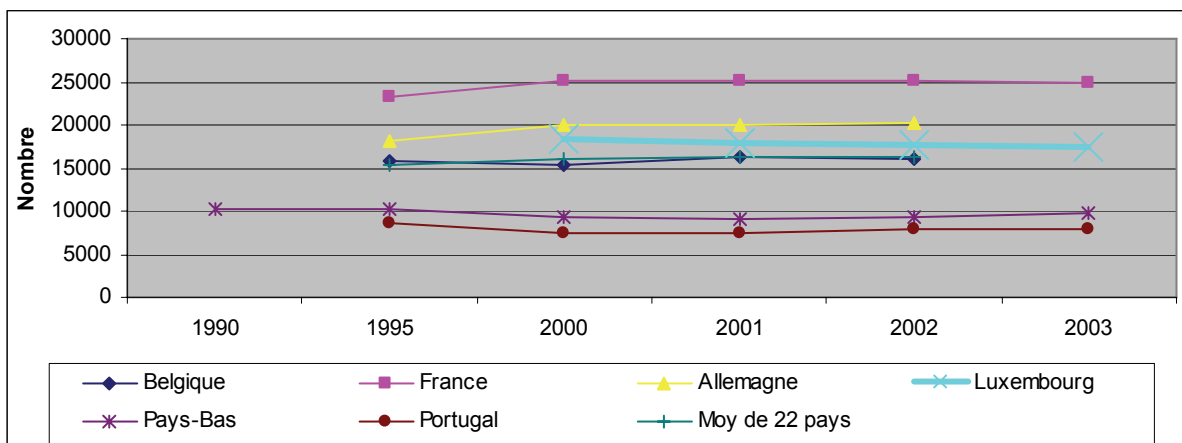


**Répartition des cas d'hospitalisation selon la durée en 2004 (hôpitaux aigus)**

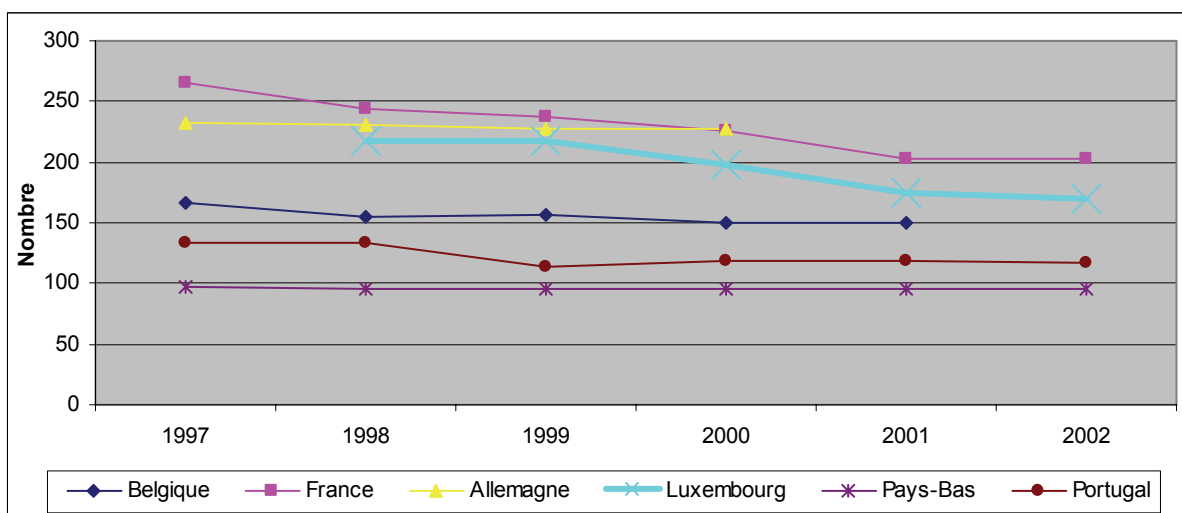


Source: IGSS: Rapport général 2005

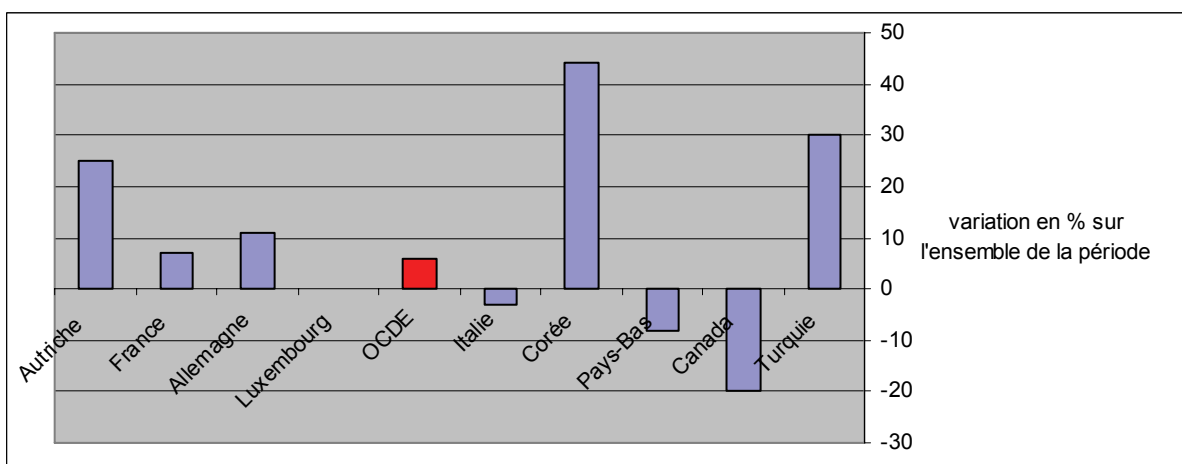
## Hospitalisation: Admissions, par 100.000 personnes, 1990—2003



## Hospitalisation: taux de sortie pour le diagnostic d'appendicite / 100.000 personnes



## Variations du taux de sortie de l'hôpital pour 1000 habitants de 1995 à 2002



Sources: OECD Health Data 2005

## Remarque sur les pratiques ambulatoires

Si la carte sanitaire reproduit ici (voir détails en annexe) la fréquence des hospitalisations au delà de 24 heures, valide pas pour autant l'opportunité.

**Pour éviter le recours abusif à des hospitalisations et aux frais y liés et pour encourager le virage ambulatoire moins frais, la Belgique applique la liste suivante :**

025 Interventions sur le système nerveux pour affections des nerfs périphériques
071 Interventions intraoculaires excepté cristallin
072 Interventions extra- oculaires excepté sur l'orbite
073 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
093 Interventions sur sinus et mastoïde
094 Interventions sur la bouche
097 Adénoïdectomie et amygdalectomie
098 Autres interventions sur oreille, nez, bouche, gorge
114 Pathologies dentaires et orales
115 Autres diagnostics d'oreille, nez, bouche, gorge
179 Ligature de veine et stripping
226 Interventions sur anus et orifices de sortie artificiels
313 Interventions des membres inf. et genoux excepté pied
314 Interventions du pied
315 Interventions épaule, coude et avant-bras
316 Interventions majeure sur la main, le poignet
317 Interventions des tissus mous
318 Enlèvement matériel de fixation interne
319 Enlèvement matériel du système musculosquelettique
320 Autres interventions du système musculosquelettique et tissu conjonctif
361 Greffe cutanée et/ou débridement excepté ulcère et cellulite
364 Autres interventions sur les seins, la peau et le tissu sous – cutané
446 Interventions urétrales et transurétrales
483 Interventions sur les testicules
484 Autres interventions sur le système génital masculin
501 Autres diagnostics à propos des organes génitaux masculins
513 Interventions sur utérus / annexe, pour carcinome in situ et aff. Bénignes
515 Interventions sur vagin, col et vulve
516 Ligature tubaire par voie laparoscopie
517 Dilatation, curetage, conisation
544 Avortement, avec dilation, aspiration, curetage ou hystérotomie
850 Interventions avec des diagnostics d'autre contact avec services de santé

Pour être retenus comme séjours classiques inappropriés, les séjours classiques doivent appartenir aux 32 diagnostics ci-dessus et présenter un taux de sévérité équivalent à 1.

Les patients ne peuvent pas être admis via le service d'urgence et doivent avoir moins de 75 ans.

Il est aussi tenu compte de certaines caractéristiques médicales (ex. exclusion des accouchements et du cadre de pathologies graves et à hauts risques de mortalité).

Sur base d'une étude du Credes (France) publiée dans « Questions d'économie de la santé », n° avril 2002, nous avons comparé, **pour certains gestes marqueurs comparables les potentialités de taux de chirurgie ambulatoire** avec les **pratiques** en France (2002) et au Grand-Duché (2003).

Acte opératoire	Taux potentiels	Pratique en ambulatoire en France	Nbre actes au GDL	Pratique en ambulatoire au GDL
Drainage trans-tympanique	90 > 98 %	90 %	544	90 %
Cure de Phimosis	83 > 98 %	83 %	731	71 %
Décompression du canal carpien	72 > 92 %	72 %	680	83%
Amygdalectomie et ou adénotomie	93 > 95 %	63 %	1622	29 %
Chirurgie de la cataracte	77 > 91 %	27 %	2045	10%
Chirurgie testiculaire	81 > 84 %	32 %	300	25 %
Arthroscopie du genou	72 > 75 %	24 %	1477	24 %
Chirurgie des varices	65 > 68 %	15 %	927	30 %

En l'absence d'incitants (notamment financiers), la pratique ambulatoire au Grand-Duché (voir aussi page 104), tout comme les durées moyennes de séjour des cas afférents hospitalisés, sont fort variables et sont probablement à mettre en relation inverse avec le taux d'occupation des lits des établissements concernés, ce qui laisse supposer une potentialité d'économies non négligeable si des incitants au virage ambulatoire étaient introduits.

**Les 20 premières causes d'hospitalisations \* (classique et de jour)  
en 2003 et 2005 dans les hôpitaux (catégories ICD 10)**

Hommes	2003		Femmes	2003		Total	2005	
	2003	2005		2003	2005		2003	2005
Tumeurs malignes C00-C97	9%	9,3%	Accouchement O80-O84	10,6%	10,9%	Tumeurs malignes C00-C97	7%	7,7%
Cardiopathies ischémiques I20-I25	8%	6,2%	Tumeurs malignes C00-C97	6,3%	6,5%	Arthropathies M00-M25	6%	6%
Arthropathies M00-M25	6%	5,6%	Arthropathies M00-M25	6,1%	6,3%	Accouchement O80-O84	6%	6%
Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	4%	4%	<b>Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu</b>	4,0%	3,7%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	5%	4,2%
Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N51	4%	3,3%	Affections du cristallin H25-H28	3,3%	3,8%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	4%	3,4%
Hernies K40-K46	3%	3,3%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,2%	2,9%	<b>Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu</b>	4%	3,5%
<b>Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu</b>	3%	3,3%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	3,2%	2,6%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3%	3,3%
Autres formes de cardiopathies I30-I52	3%	3,5%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,1%	3,1%	Affections du cristallin H25-H28	3%	3,3%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives F10-F19	3%	3,6%	Tumeurs bénignes D10-D36	3,0%	2,6%	Dorsopathies M40-M54	3%	3,1%
Dorsopathies M40-M54	3%	3,4%	Dorsopathies M40-M54	2,6%	2,9%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2%	2,1%
Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	3%	2,7%	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	2,4%	2,4%	Hernies K40-K46	2%	2%
Affections du cristallin H25-H28	2%	2,6%	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	2,4%	2,6%	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives F10-F19	2%	2,3%
Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	2%	2,2%	Autres maladies de l'intestin K55-K63	2,1%	2%	Tumeurs bénignes D10-D36	2%	1,8%
Autres maladies de l'intestin K55-K63	2%	1,7%	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs I80-I89	2,0%	2%	Autres maladies de l'intestin K55-K63	2%	1,8%
Lithiases urinaires N20-N23	2%	1,8%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,8%	1,8%	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	2%	1,9%
Symptômes et signes généraux R50-R69	2%		Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	1,8%	1,6%	Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N51	2%	1,5%
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures J40-J47	2%	1,5%	Symptômes et signes généraux R50-R69	1,2%	1,1%	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs I80-I89	2%	1,7%
Lésions traumatiques du genou et de la jambe S80-S89	1%		Maladies de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum K20-K31	1,1%		Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	2%	1,6%
Lésions traumatiques de la tête S00-S09	1%	1,4%	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives F10-F19	1,1%	1,2%	Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	1%	1,6%
Autres maladies de l'appareil respiratoire J95-J99	1%	1,5%	Hernies K40-K46	1,1%		Symptômes et signes généraux R50-R69	1%	

1) D'après la classification ICD (CIM) 10 à 3 digits/positions (Classification Internationale des Maladie 10e édition) ;

**Commentaire:**

Comme on peut le vérifier à l'aide des éditions précédentes de la carte sanitaire (1998, 19991 et 2000), ce classement est quasi le même, à l'exception des diagnostics inconnus qui sont progressé par rapport au passé. Or si des diagnostics inconnus peuvent exister, ils ne devraient pas être l'œuvre uniquement de certains prestataires isolés; en effet une telle pratique serait de nature à discréditer la validité des déclarants et à relativiser celle des statistiques sur cette base, ce d'autant plus qu'il n'y a aucune vérification de la validité des diagnostics de sortie (ni de décès d'ailleurs) ce qui n'est pas normal et devrait être changé.

Ceci étant, il ressort de la répétitivité annuelle des diagnostics et de leurs fréquences que la très grande majorité des causes d'admission à l'hôpital sont prévisibles et programmables et que, dès lors, une gestion proactive par établissement est parfaitement possible. Dans ce cas, il ne devrait plus guère y avoir de pénurie de lits disponibles; l'anticipation de ce phénomène relève par conséquent très largement de la qualité de la gestion locale au niveau des établissements.

## GDL: évolution des interventions chirurgicales les plus fréquentes \*

	CODE (2)	1998	1999	2000	2003	2004
Cataracte	4G53 4G61 4G62 4G63 4G64	2159	2195	2307	2045	2938
Arthrotomie du genou	2K46	1883	2037	1800	1477	2190
Curetage utérus	6G86 6A71	1565	1737	1530	1368	1327
Hernie inguinale + urinale	2A21	1223	1448	1361	927	1402
Césarienne	6A41	1001	1071	1102	1342	1376
Amygdalectomie	3L41 3L42 3L43	2068	3119	2012	739	2591
Varices	2F61 2F64	866	1060 (847)	862	1018	1298
Appendicectomie	2D71 2D72	920	926	862	711	738
Phimosi		n.d.	671	827	731	n.d.
Prothèse de hanche	2E90 2E96	n.d.	850	n.d.	697	1011
Prothèse du genou	2E91 2E97	n.d.	421	n.d.	n.d.	645

n.d. = pas de données      (1) = ICD / (2) = nomenclature des actes

### Commentaire:

On aurait pu allonger cette liste, mais déjà sur base des diagnostics et des actes marqueurs retenus, on constate une remarquable constance dans le temps pour ce qui est des causes les plus fréquentes d'admission, de chirurgie et même de décès ( voir plus loin) à l'hôpital.

Il y a donc relativement peu d'imprévus dans l'activité hospitalière et, par conséquent, une gestion via des tableaux de bord à tous les niveaux est parfaitement possible.

Cette constance relative de l'activité plaide pour la pertinence d'établissement de procédures écrites, à jour et constamment accessibles. Une telle mesure qui se justifie pour sécuriser et améliorer les prises en charge est en tout cas un indicateur valide pour apprécier la qualité et le professionnalisme de la gestion à l'hôpital.

## Diagnostics de sortie \* en 1999 (comparaison internationale) par 100.000 habitants

	Belgium	Germany	France	Lux	Neth.	Portugal
Total hospital discharges by main ICD diagnosis	15 584	19 529	25 699	<b>20 845</b>	9 618	8 728
Infectious and parasitic diseases	389	365	425	<b>347</b>	118	200
Malignant neoplasms	976	1 815	1 147	<b>1 485</b>	791	507
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	410	567	610	<b>313</b>	179	173
Mental and behavioural disorders		1 037	509	<b>1 102</b>	138	112
Diseases of the nervous system and the sense organs	852	1 209	1 993	<b>753</b>	404	392
Disorders of the eye and adnexa		513	913		193	
Diseases of the ear and mastoid process		209	312		66	
Diseases of the circulatory system	2 351	3 369	2 244	<b>2 447</b>	1 474	1 046
Diseases of the respiratory system	1 440	1 266	1 393	<b>2 135</b>	673	718
Diseases of the digestive system	1 728	1 912	2 835	<b>1 905</b>	839	924
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	172	292	398	<b>216</b>	96	133
Diseases of the musculoskeletal system / connective tissue	1 349	1 450	1 507	<b>527</b>	681	259
Diseases of the genitourinary system	1 045	1 283	1 416		489	487
Complications of pregnancy, childbirth and puerperium	1 349	1 290	2 062	<b>31</b>	848	1 216
Certain conditions originating in the perinatal period	60	132	246	<b>134</b>	415	26
Congenital malformations and chromosomal abnormalities	115	136	200	<b>107</b>	86	77
Symptoms, signs, abnormal findings, ill-defined causes	629	784	1 496	<b>671</b>	689	121
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes		1 995	2 108		762	
External causes of injury and poisoning	1 678	1 995		<b>1 752</b>	762	696



## Admissions / sorties hospitalières \* 2004: Causes (1) (chap ICD 10)

	Chapitre I	Chapitre II	Chapitre III	Chapitre IV	Chapitre V	Chapitre VI	Chapitre VII	Chapitre VIII	Chapitre IX	Chapitre X	Chapitre XI
	Certaines maladies Infectieuses et parasitaires	Tumeurs	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	Troubles mentaux et du comportement	Maladies du système nerveux	Maladies de l'œil et de ses annexes	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies de l'appareil respiratoire	Maladies de l'appareil digestif
<b>ICD 10</b>	<b>A00 - B99</b>	<b>C00-D48</b>	<b>D50-D89</b>	<b>E00-E90</b>	<b>F00-F99</b>	<b>G00-G99</b>	<b>H00-H59</b>	<b>H60-H95</b>	<b>I00-I99</b>	<b>J00-J99</b>	<b>K00-K93</b>
<b>Hôpitaux aigus</b>											
<b>SJoseph Wiltz</b>	27	198	253	45	69	39	259	163	523	459	496
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	137	815	35	108	819	448	202	61	1 196	959	881
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD</i>	164	1 013	288	153	888	487	461	224	1 719	1 418	1 377
<i>% Rég. Hosp. NORD</i>	12,45%	12,81%	45,00%	10,20%	18,39%	16,27%	16,60%	35,56%	15,70%	21,80%	17,49%
<b>CHL total</b>	<b>565</b>	<b>2 365</b>	<b>141</b>	<b>298</b>	<b>1 119</b>	<b>845</b>	<b>690</b>	<b>109</b>	<b>3 064</b>	<b>1 814</b>	<b>1 866</b>
Chl Luxembourg	565	2 365	141	298	1 119	845	690	109	3 064	1 814	1 866
Chl Eich											
<b>CSThérèse Lux.</b>	<b>94</b>	<b>939</b>	<b>44</b>	<b>283</b>	<b>492</b>	<b>307</b>	<b>559</b>	<b>83</b>	<b>932</b>	<b>709</b>	<b>1 080</b>
<b>CHK total</b>	<b>135</b>	<b>1 148</b>	<b>42</b>	<b>130</b>	<b>1 057</b>	<b>354</b>	<b>234</b>	<b>74</b>	<b>1 662</b>	<b>990</b>	<b>1 019</b>
H. Kirchberg	131	756	42	118	1 057	353	234	74	1 661	990	1 017
H.Bohler	4	392		12		1			1		2
Cl. Ste Elisabeth Lu											
Cl. Sacré Cœur Lu											
Cl. St. François Lu											
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</i>	794	4 452	227	711	2 668	1 506	1 483	266	5 658	3 513	3 965
<i>% Rég. Hosp. CENTRE</i>	60,29%	56,32%	35,47%	47,40%	55,26%	50,32%	53,40%	42,22%	51,66%	54,00%	50,36%
<b>CHEM total</b>	<b>211</b>	<b>1 295</b>	<b>52</b>	<b>388</b>	<b>767</b>	<b>739</b>	<b>424</b>	<b>33</b>	<b>1 744</b>	<b>866</b>	<b>1 343</b>
HV Esch-Alzette	210	1 259	47	369	747	716	424	31	1 707	784	1 245
HV Dudelange	1	36	5	19	20	23		2	37	82	98
<b>CSMarie Esch</b>	<b>25</b>	<b>402</b>	<b>26</b>	<b>59</b>	<b>266</b>	<b>132</b>	<b>406</b>	<b>97</b>	<b>321</b>	<b>440</b>	<b>303</b>
<b>HPMA Niederkorn</b>	<b>123</b>	<b>737</b>	<b>45</b>	<b>189</b>	<b>239</b>	<b>129</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>1 071</b>	<b>263</b>	<b>886</b>
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD</i>	359	2 434	123	636	1 272	1 000	833	140	3 136	1 569	2 532
<i>% Rég. Hosp. SUD</i>	27,26%	30,79%	19,22%	42,40%	26,35%	33,41%	30,00%	22,22%	28,63%	24,12%	32,16%
INCCI		6	2						439	5	
<b>Nombre Total H aigus</b>	<b>1 317</b>	<b>7 905</b>	<b>640</b>	<b>1 500</b>	<b>4 828</b>	<b>2 993</b>	<b>2 777</b>	<b>630</b>	<b>10 952</b>	<b>6 505</b>	<b>7 874</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire (1) :

Ce tableau montre simplement la répartition des hospitalisations classiques (> 1 jour) par établissement et par catégorie.

En vue d'une interprétation de ces données, il faut lire ce tableau avec celui des admissions ≤ 1 jour des pages précédentes et rapprocher ces constats avec le tableau sur l'attribution des services médicaux.

(suite voir page suivante)

## Admissions / sorties hospitalières \* 2004: Causes (2) (chap ICD 10)

	Chapitre XII	Chapitre XIII	Chapitre XIV	Chapitre XV	Chapitre XVI	Chapitre XVII	Chapitre XVIII	Chapitre XIX	Chapitre XXI		
	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Maladies de l'appareil génito-urinaire	Grossesse, accouchements et puerpéralité	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	<b>TOTAL chap. I-XIX et chap XXI et inconnus</b>	Hospitalisations dont le diagnostic n'est pas connu en %
ICD 10	L00-L99	M00-M99	N00-N99	O00-O99	P00-P96	Q00-Q99	R00-R99	S00-T98	Z00-Z99		
<b>Hôpitaux aigus</b>											
<b>SJoseph Wiltz 2004</b>	23	243	106	89		1	115	221	8	3 384	1,39%
<b>HSLouis Ettelbruck 2004</b>	104	556	818	811	22	26	290	892	120	9 724	4,36%
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	127	799	924	900	22	27	405	1 113	128	13 108	3,59%
<i>% Rég. Hosp. NORD 2004</i>	17,84%	9,04%	16,24%	14,70%	3,99%	6,80%	17,13%	19,32%	15,78%	16,04%	
<b>CHL total 2004</b>	219	1 350	1 417	1 766	334	130	698	1 202	107	20 724	3,02%
Chl Luxembourg 2004	219	1 350	1 417	1 766	334	130	698	1 202	107	20 724	3,02%
Chl Eich 2004										0	
<b>CSThérèse Lux. 2004</b>	67	1 525	648	3		1	120	480	18	8 455	0,84%
<b>CHK total 2004</b>	103	1 728	746	1 925	9	26	486	1 262	173	13 658	2,60%
H. Kirchberg 2004	103	1 728	495	18	9	26	441	1 262	9	10 865	3,14%
H.Bohler 2004			251	1 907			45		164	2 793	0,50%
Cl. Ste Elisabeth Lu 2004										0	
Cl. Sacré Cœur Lu 2004										0	
Cl. St. François Lu 2004										0	
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	389	4 603	2 811	3 694	343	157	1 304	2 944	298	42 837	2,45%
<i>% Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	54,63%	52,11%	49,41%	60,34%	62,25%	39,55%	55,16%	51,09%	36,74%	52,43%	
<b>CHEM total 2004</b>	80	1 701	1 389	1 091	185	199	270	1 144	370	14 664	2,54%
HV Esch-Alzette 2004	72	1 599	1 344	1 088	185	199	262	1 093	132	13 861	2,51%
HV Dudelange 2004	8	102	45	3			8	51	238	803	3,11%
<b>CSMarie Esch 2004</b>	21	402	169			1	59	150	1	3 356	2,26%
<b>HPMA Niederkorn 2004</b>	91	1 323	396	437	1	12	326	410	14	7 257	7,61%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	192	3 426	1 954	1 528	186	212	655	1 704	385	25 277	3,96%
<i>% Rég. Hosp. SUD 2004</i>	26,97%	38,78%	34,35%	24,96%	33,76%	53,40%	27,71%	29,57%	47,47%	30,94%	
INCCI 2004	4	6				1		1		481	3,53%
<b>Nombre Total H aigus 2004</b>	<b>712</b>	<b>8 834</b>	<b>5 689</b>	<b>6 122</b>	<b>551</b>	<b>397</b>	<b>2 364</b>	<b>5 762</b>	<b>811</b>	<b>81 703</b>	<b>3,11%</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire (2):

Ce tableau démontre certes qu'on fait, malgré l'attribution différenciée de services spécialisés, encore trop de « tout partout », souvent à des niveaux de volumes qui sont en dessous du seuil généralement admis pour garantir une qualité optimale des soins.

Toutefois, une prudence d'interprétation de ce tableau s'impose puisqu'il se base sur des enregistrements ICD 10 à 3 digits, ce qui (au contraire de l'affinement des diagnostics à 4 digits) ne permet pas de juger de la « lourdeur » des cas.

Avant de tirer des conclusions plus définitives, il y a donc lieu d'affiner d'abord l'enregistrement des diagnostics, sans préjudice du fait qu'il faudra aussi se donner les moyens de mesurer les « out-come results » pour les bénéficiaires pris en charge, avant de pouvoir juger et agir de façon plus ciblée sur la qualité des prestations.

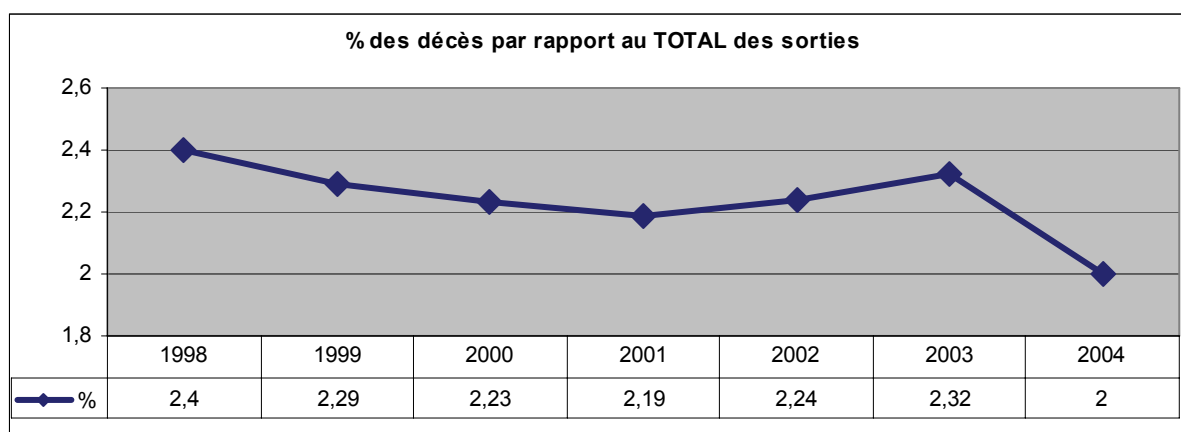
Hospitalisation classique: admissions / sorties 2004 par catégories d'âge (durée de séjour > 1 jour)											
	<1	1-9	10-14	15-29	30-39	40-49	50-64	65-74	75-89	90 plus	TOTAL
<b>Hôpitaux aigus</b>											
<b>SJoseph Wiltz 2004</b>		150	82	614	367	368	555	509	695	76	3 416
<b>HSLouis Ettelbruck 2004</b>	70	486	204	1 318	1 384	1 208	1 795	1 391	1 737	174	9 767
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	70	636	286	1 932	1 751	1 576	2 350	1 900	2 432	250	13 183
<b>CHL total 2004</b>	719	1 360	371	2 229	3 145	2 662	4 048	2 864	3 077	286	20 761
Chl Luxembourg 2004	719	1 360	371	2 229	3 145	2 662	4 048	2 864	3 077	286	20 761
Chl Eich 2004											
<b>CSThérèse Lux. 2004</b>		133	42	583	744	1 026	1 936	1 600	2 178	236	8 478
<b>CHK total 2004</b>	30	293	154	2 121	2 500	1 837	2 514	1 781	2 178	299	13 707
H. Kirchberg 2004	30	293	153	1 240	1 134	1 509	2 376	1 727	2 153	299	10 914
H.Bohler 2004			1	881	1 366	328	138	54	25		2 793
Cl. Ste Elisabeth Lu 2004											
Cl. Sacré Cœur Lu 2004											
Cl. St. François Lu 2004											
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	749	1 786	567	4 933	6 389	5 525	8 498	6 245	7 433	821	42 946
<b>CHEM total 2004</b>	225	666	200	1 676	1 709	1 876	2 751	2 435	2 908	248	14 694
HV Esch-Alzette 2004	225	629	185	1 617	1 644	1 796	2 636	2 277	2 656	223	13 888
HV Dudelange 2004		37	15	59	65	80	115	158	252	25	806
<b>CSMarie Esch 2004</b>		14	21	317	336	482	725	606	778	81	3 360
<b>HPMA Nieder Korn 2004</b>	2	78	118	902	888	1 026	1 569	1 280	1 283	147	7 293
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	227	758	339	2 895	2 933	3 384	5 045	4 321	4 969	476	25 347
INCCI 2004			1	3	6	23	160	171	124	1	489
<b>Total aigus 2004</b>	1 046	3 180	1 193	9 763	11 079	10 508	16 053	12 637	14 958	1 548	81 965
<b>Nombre d'admissions/sorties par tranches d'âge en 1999 (durée de séjour &gt; 1 journée entière)</b>											
	<1	1-9	10-14	15-29	30-39	40-49	50-64	65-74	75-89	90 plus	TOTAL
<b>Hôpitaux aigus</b>											
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999</i>	127	908	280	1 983	1 695	1 393	1 970	1 840	2 026	215	12 437
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	755	2 016	594	5 181	6 428	5 201	7 467	6 263	6 556	696	41 157
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999</i>	229	1 593	472	3 225	3 405	3 287	4 763	4 571	4 114	376	26 035
INCCI 1999											
<b>Total aigus 1999</b>	1 111	4 517	1 346	10 389	11 528	9 881	14 200	12 674	12 696	1 287	79 629

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

## Sorties par décès \* / lieu : évolution 98 — 04

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hôpitaux aigus</b>							
SJoseph Wiltz	86	72	64	66	67	86	66
HSLouis Ettelbruck	275	277	292	252	288	332	258
SsTotal Rég. Hosp. NORD	361	349	356	318	355	418	324
<b>CHL total</b>	472	489	483	462	513	509	497
Chl Luxembourg	295	326	345	316	368	383	405
Chl Eich	177	163	138	146	145	126	92
<b>CSThérèse Lux.</b>	323	290	288	297	296	311	301
<b>CHK total</b>	391	312	413	350	354	370	310
H. Kirchberg						164	307
H.Bohler	12	4	11	6	3	2	3
Cl. Ste Elisabeth Lu	190	133	184	138	172	111	
Cl. Sacré Cœur Lu	157	144	176	172	179	93	
Cl. St. François Lu	32	31	42	34			
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE	1186	1091	1184	1109	1163	1190	1108
<b>CHEM total</b>	465	458	418	454	470	489	431
HV Esch-Alzette	396	400	361	400	416	454	415
HV Dudelange	69	58	57	54	54	35	16
<b>CSMarie Esch</b>	96	94	55	101	92	92	56
<b>HPMA Niederkorn</b>	148	177	152	166	165	182	163
SsTotal Rég. Hosp. SUD	709	729	625	721	727	763	650
<b>Total aigus</b>	2256	2169	2165	2148	2245	2371	2082
<b>EH spécialisés</b>							
INCCI				2	6	17	13
CNRF Hamm						1	1
HIS Steinfort	18	15	28	22	18	13	24
CHNP Ettelbruck	35	30	19	23	16	20	18
Baclesse							
Colpach	2	5	4	8	3	16	7
<b>Total pays</b>	2311	2219	2212	2203	2288	2438	2145

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD



**Commentaire:**

97,5—98 % des personnes admises sortent vivantes de l'hôpital, mais faute de données on ne connaît ni leur destination (lieu de provenance, rééducation, long séjour, etc ...) ni l'effet de la prise en charge hospitalière sur leur état de santé (guéri, amélioré, rémission), ni leur satisfaction par rapport à leur motif d'hospitalisation.

On est donc loin du « **customer relationship management** » (CRM); or comme les hôpitaux sont par excellence des entreprises dont le but est d'améliorer le devenir des patients pris en charge, ce constat devrait être davantage thématiqué afin qu'il puisse devenir le point de départ d'une réflexion de fond sur une autre attitude de service centrée sur le bénéficiaire.

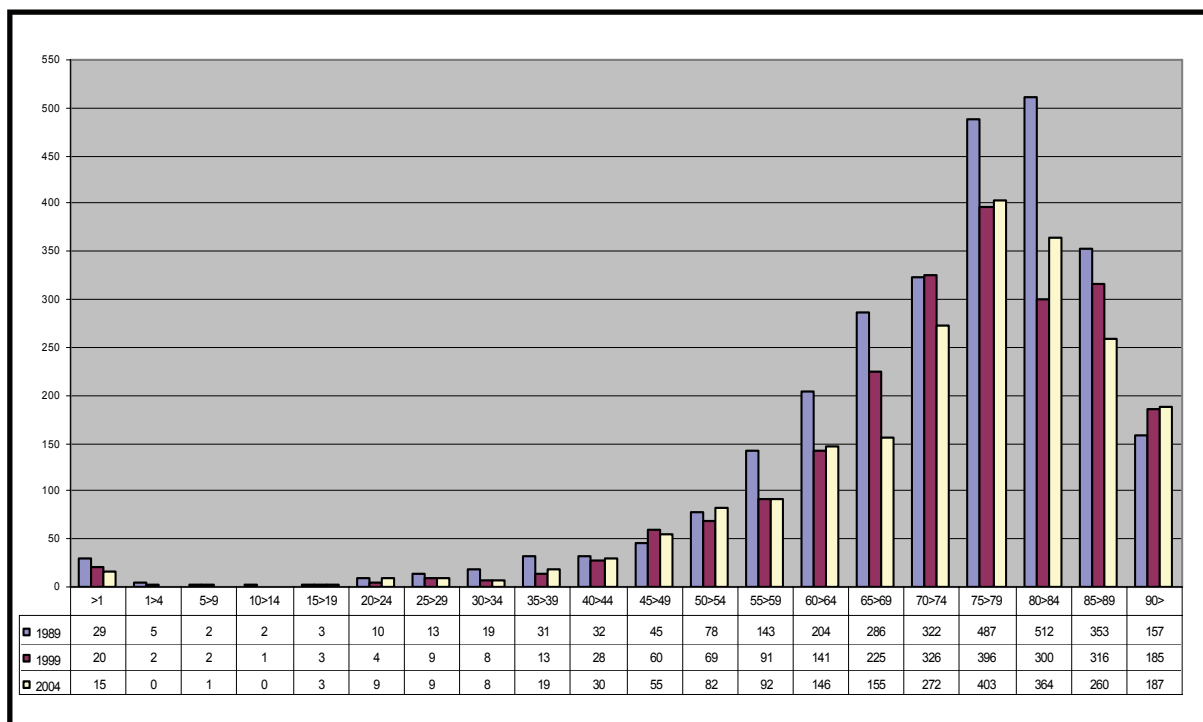
### Décès hospitaliers \* 2004: Diagnostics (classification ICD 10)

	Infec-tions	Tumeurs & malad. du sang	Endo-crino	Troubles mentaux	Système nerveux	Oeil et Oreille	Appareil circula-toire	Appareil respira-toire	Appareil digestif	Système ostéo-artic.	Système génito-urinaire	Grossese Péri-natalité malf.cong.	Symp-tômes signes	TOTAL
ICD 10	A00 - B99	C00- D48 D50- D89	E00- E90	F00- F99	G00- G99	H00- H59 H60- H95	I00- I99	J00- J99	K00- K93	M00- M99	N00- N99	O00- O99 P00- P96 Q00- Q99	R00- R99	
<b>Hôpitaux aigus</b>														
SJoseph Wiltz	0	23	1	0	0	0	24	12	3	0	0	1	1	65
HSLouis Ettelbruck	5	62	4	4	4	0	115	28	18	2	2	2	1	247
TOTAL NORD	5	85	5	4	4	0	139	40	21	2	2	3	2	312
CHL total	14	184	7	1	6	0	160	30	34	2	2	7	3	450
Chl Luxembourg	12	150	7		6		129	18	26	2	2	7	3	362
Chl Eich	2	34		1			31	12	8					88
CSThérèse Lux.	10	134	9	2	5	0	79	28	18	1	4	0	3	293
CHK total	8	89	7	6	3	0	121	20	28	4	4	4	4	298
H. Kirchberg	8	89	7	6	3	0	121	20	28	4	4	1	4	295
H.Bohler												3		3
TOTAL CENTRE	32	407	23	9	14	0	360	78	80	7	10	11	10	1041
CHEM total	14	176	4	8	10	0	129	38	27	3	3	3	3	418
HV Esch-Alzette	13	175	4	8	9	0	122	36	26	3	3	3	3	405
HV Dudelange	1	1			1		7	2	1					13
CSMarie Esch	1	18	0	0	2	0	26	6	2	0				55
HPMA Niederkorn	3	54	3	2	2	0	64	14	13	0	3	2	1	161
TOTAL SUD	18	248	7	10	14	0	219	58	42	3	6	5	4	584
<b>TOTAL H aigus</b>	<b>55</b>	<b>740</b>	<b>35</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>718</b>	<b>176</b>	<b>143</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>1987</b>
<b>% par cat.diag.</b>	<b>3</b>	<b>37</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

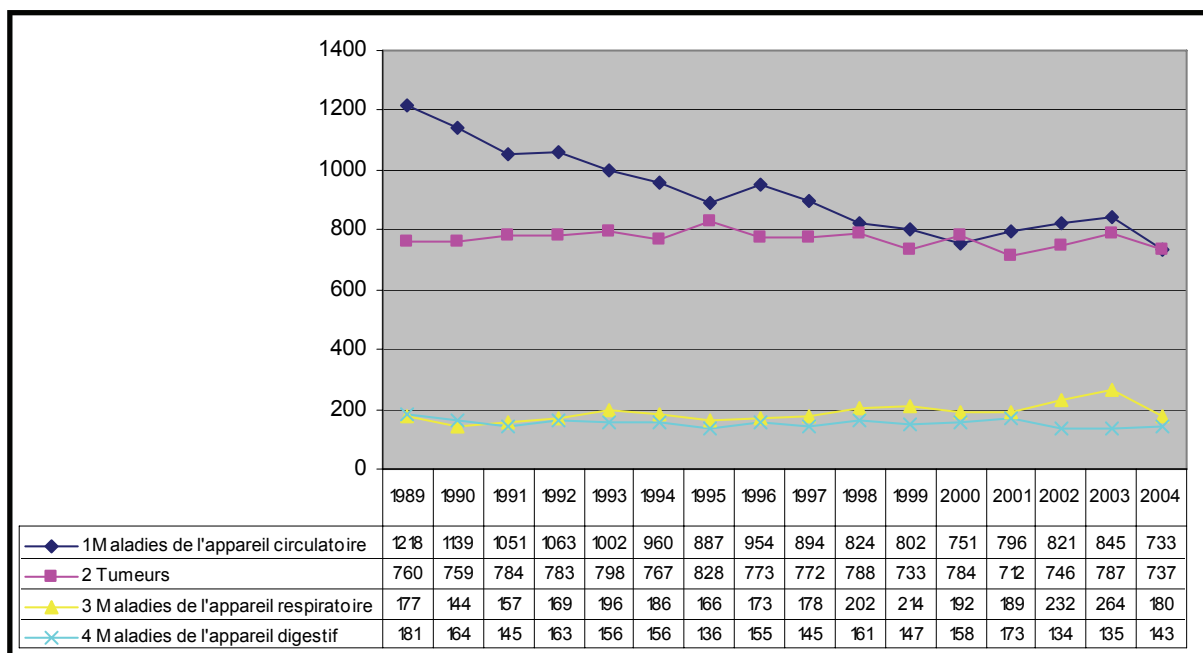
### Décès hospitaliers \* 1999: Diagnostics (classification ICD 10)

	Infec-tions	Tumeurs & malad. du sang	Endo-crino	Troubles mentaux	Système nerveux	Oeil et Oreille	Appareil Circu-latoire	Appareil respira-toire	Appareil digestif	Système ostéo-artic.	Système génito-urinaire	Grossese Péri-natalité malf.cong.	Symp-tômes signes	TOTAL
ICD 10	A00 - B99	C00- D48 D50- D89	E00- E90	F00- F99	G00- G99	H00- H59 H60- H95	I00- I99	J00- J99	K00- K93	M00- M99	N00- N99	O00- O99 P00- P96 Q00- Q99	R00- R99	
<b>Hôpitaux aigus</b>														
SJoseph Wiltz	3	22	1	0	1	0	32	19	4	0	1	0	1	84
HSLouis Ettelbruck	8	83	4	4	8	0	117	63	18	2	5	3	7	322
TOTAL NORD	11	105	5	4	9	0	149	82	22	2	6	3	8	406
CHL total	15	189	9	3	8	0	165	40	28	1	1	3	6	468
Chl Luxembourg	12	151	7	1	7	0	123	21	16	0	1	3	5	347
Chl Eich	3	38	2	2	1	0	42	19	12	1	0	0	1	121
CSThérèse Lux.	9	124	3	4	8	0	97	26	11	1	1	1	5	290
CHK total	9	81	10	4	5	0	177	34	24	2	3	2	4	
H. Kirchberg	3	37	9	3	3	0	76	8	14	2	1	0	1	157
CSElizabeth	2	21	1	1	1	0	56	15	6	0	1	0	2	106
CSacré Coeur	4	23	0	1	1	0	45	11	4	0	1	0	1	81
CSFrançois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H.Bohler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
TOTAL CENTRE	33	394	22	11	21	0	439	100	63	4	5	6	15	758
CHEM total	17	200	9	11	8	0	143	38	33	0	3	3	10	475
HV Esch-Alzette	16	194	8	8	7	0	129	36	29	0	3	3	8	441
HV Dudelange	1	6	1	3	1	0	14	2	4	0	0	0	2	34
CSMarie Esch	1	27	1	3	5	0	38	10	6	0	0	0	0	91
HPMA Niederkorn	2	64	2	1	1	0	56	30	11	0	2	3	10	182
TOTAL SUD	20	291	12	15	14	0	237	78	50	0	5	6	20	748
<b>TOTAL H aigus</b>	<b>64</b>	<b>790</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>835</b>	<b>260</b>	<b>135</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>43</b>	<b>1912</b>

## Décès hospitaliers: évolution (89-99-04) selon l'âge



## Décès hospitaliers: évolution des 4 causes les plus fréquentes de 1989—2004 (chap. ICD 10)



Source: Direction de la Santé, Serv. des statistiques

**GDL : Etablissements hospitaliers :  
Nombre total de journées d'hospitalisation \* (évolution 98-04)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Hôpitaux aigus							
<b>SJoseph Wiltz</b>	23 546	23 535	21 570	21 506	21 790	21 374	19 467
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	76 174	77 288	75 349	75 710	80 860	77 046	80 655
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD</i>	99 720	100 823	96 919	97 216	102 650	98 420	100 122
<b>CHL total</b>	156 035	158 277	162 099	158 306	159 622	161 830	154 300
Chl Luxembourg	109 871	115 320	116 760	115 054	115 063	117 556	154 300
Chl Eich	46 164	42 957	45 339	43 252	44 559	44 274	-
<b>CSThérèse Lux.</b>	72 718	71 901	71 798	71 297	74 444	74 677	69 419
<b>CHK total</b>	134 158	117 589	119 306	111 580	108 014	95 933	106 968
H. Kirchberg	0	0	0	0	0	39 134	92 900
H.Bohler	15 966	16 094	15 701	15 237	14 155	13 964	14 068
Cl. Ste Elisabeth Lu	49 237	46 732	48 586	46 346	46 385	23 063	0
Cl. Sacré Cœur Lu	44 395	42 768	43 499	44 373	42 656	19 772	0
Cl. St. François Lu	24 560	11 995	11 520	5 624	4 818	0	0
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</i>	362 911	347 767	353 203	341 183	342 080	332 440	330 687
<b>CHEM total</b>	114 798	114 847	110 440	110 972	108 588	106 259	110 193
HV Esch-Alzette	88 510	91 040	89 794	91 162	91 864	91 202	101 901
HV Dudelange	26 288	23 807	20 646	19 810	16 724	15 057	8 292
<b>CSMarie Esch</b>	33 042	31 767	30 422	28 493	29 535	27 237	25 772
<b>HPMA Niederkorn</b>	65 242	64 743	58 611	60 456	61 766	60 122	56 486
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD</i>	213 082	211 357	199 473	199 921	199 889	193 618	192 451
<b>Total aigus</b>	<b>675 713</b>	<b>659 947</b>	<b>649 595</b>	<b>638 320</b>	<b>644 619</b>	<b>624 478</b>	<b>623 260</b>
EH spécialisés							
INCCI	-	-	-	1 898	3 986	4 254	4 371
CNRF Hamm	-	-	-	-	-	15 268	n.d.
HIS Steinfort	9 978	10 046	10 166	9 828	9 689	9 433	9 719
CHNP Ettelbruck	-	107 918	107 604	105 907	108 235	105 560	n.d.
Baclesse	-	-	0	0	0	0	0
Colpach	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total pays</b>	<b>685 691</b>	<b>777 911</b>	<b>767 365</b>	<b>755 953</b>	<b>766 529</b>	<b>758 993</b>	<b>637 350</b>

Remarques

Il s'agit du total des journées opposables et non opposables à l'UCM.

Les chiffres en bleu sont ceux de l'HK, non encore validés par l'UCM.

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

**Commentaire:**

De 1998 à 2004, **le nombre total de journées des hôpitaux a baissé de 8%**, alors que celui des admissions a augmenté de 13,5%, ce qui est **attribuable à la baisse de la durée moyenne de séjour**.

En effet, les lits aigus occupés en moyenne sont passés de 1851 en 1998 à 1704 en 2004 (tenu compte des données de l'Hôpital du Kirchberg, non encore validées par l'UCM).

Cette baisse des journées et des LOM est observable pour tous les établissements à part l'Hôpital St Louis d'Ettelbruck.

La tendance est plus hétérogène pour les lits de soins intensifs, les nouveaux établissements profitant sûrement de leurs capacités accrues.

En effet, il n'existe pas de critères pour l'admission en soins intensifs, et le tableau (% des journées de soins intensifs/total journées) montre des disparités inexplicables logiquement. Par équité pour les patients et pour des raisons de coût, l'introduction d'un instrument de justification d'hospitalisation en soins intensifs sur base du dossier patient, tel que recommandé par la littérature (ex: APACHE, OMEGA, TISS ...), serait indiqué.

**GDL : Etablissements hospitaliers: Journées Soins intensifs \* (évolution 1998-2004)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hôpitaux aigus</b>							
<b>SJoseph Wiltz</b>	1 710	1 647	1 507	1 521	1 492	1 362	1 481
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	4 191	4 316	4 242	4 121	4 316	4 297	4 865
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD</i>	5 901	5 963	5 749	5 642	5 808	5 659	6 346
<b>CHL total</b>	13 719	14 579	14 794	14 975	15 161	15 537	15 083
Chl Luxembourg	11 257	12 376	12 372	12 512	12 940	13 325	15 083
Chl Eich	2 462	2 203	2 422	2 463	2 221	2 212	-
<b>CSThérèse Lux.</b>	3 728	3 850	3 344	3 127	3 234	2 826	2 859
<b>CHK total</b>	3 674	3 279	4 000	3 245	3 213	3 884	5 425
H. Kirchberg	0	0	0	0	0	2 357	5 425
H.Bohler	0	0	0	0	0	0	0
Cl. Ste Elisabeth Lu	2 355	2 054	2 497	1 908	1 868	887	0
Cl. Sacré Cœur Lu	1 319	1 225	1 503	1 337	1 345	640	0
Cl. St. François Lu	0	0	0	0	0	0	0
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</i>	21 121	21 708	22 138	21 347	21 608	22 247	23 367
<b>CHEM total</b>	9 870	9 288	8 545	9 092	8 799	9 227	9 482
HV Esch-Alzette	8 672	8 262	7 735	8 314	8 183	8 763	9 329
HV Dudelange	1 198	1 026	810	778	616	464	153
<b>CSMarie Esch</b>	1 302	1 411	1 075	1 251	1 216	1 247	1 297
<b>HPMA Niederkorn</b>	2 250	3 368	2 872	3 109	2 803	2 803	2 783
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD</i>	13 422	14 067	12 492	13 452	12 818	13 277	13 562
<b>Total aigus</b>	<b>40 444</b>	<b>41 738</b>	<b>40 379</b>	<b>40 441</b>	<b>40 234</b>	<b>41 183</b>	<b>43 275</b>
<b>EH spécialisés</b>							
INCCI	-	-	-	808	1 905	2 222	2 272
CNRF Hamm	-	-	-	-	-	0	0
HIS Steinfort	0	0	0	0	0	0	0
CHNP Ettelbruck	-	0	0	0	0	0	0
Baclesse	-	-	0	0	0	0	0
Colpach	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total pays</b>	<b>40 444</b>	<b>41 738</b>	<b>40 379</b>	<b>41 249</b>	<b>42 139</b>	<b>43 405</b>	<b>45 547</b>

**Remarques**

Il s'agit des journées de soins intensifs opposables et non opposables à l'UCM.

Pour ce qui est des chiffres en bleu, il s'agit des données de l'HK, non encore validées par l'UCM

<b>% des journées de Soins intensifs dans le Total des journées</b>							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hôpitaux aigus</b>							
<b>SJoseph Wiltz</b>	7,3%	7,0%	7,0%	7,1%	6,8%	6,4%	7,6%
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	5,5%	5,6%	5,6%	5,4%	5,3%	5,6%	6,0%
<b>CHL total</b>							
Chl Luxembourg	10,2%	10,7%	10,6%	10,9%	11,2%	11,3%	9,8%
Chl Eich	5,3%	5,1%	5,3%	5,7%	5,0%	5,0%	-
<b>CSThérèse Lux.</b>	5,1%	5,4%	4,7%	4,4%	4,3%	3,8%	4,1%
<b>CHK total</b>							
H. Kirchberg	-	-	-	-	-	6,0%	5,8%
H.Bohler	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cl. Ste Elisabeth Lu	4,8%	4,4%	5,1%	4,1%	4,0%	n.d.	-
Cl. Sacré Cœur Lu	3,0%	2,9%	3,5%	3,0%	3,1%	n.d.	-
Cl. St. François Lu	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-
<b>CHEM total</b>							
HV Esch-Alzette	9,8%	9,1%	8,6%	9,1%	8,9%	9,6%	9,2%
HV Dudelange	4,6%	4,3%	3,9%	3,9%	3,7%	3,1%	1,8%
<b>CSMarie Esch</b>	3,9%	4,4%	3,5%	4,4%	4,1%	4,6%	5,0%
<b>HPMA Niederkorn</b>	3,4%	5,2%	4,9%	5,1%	4,5%	4,7%	4,9%

Sources: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

**Commentaire:**

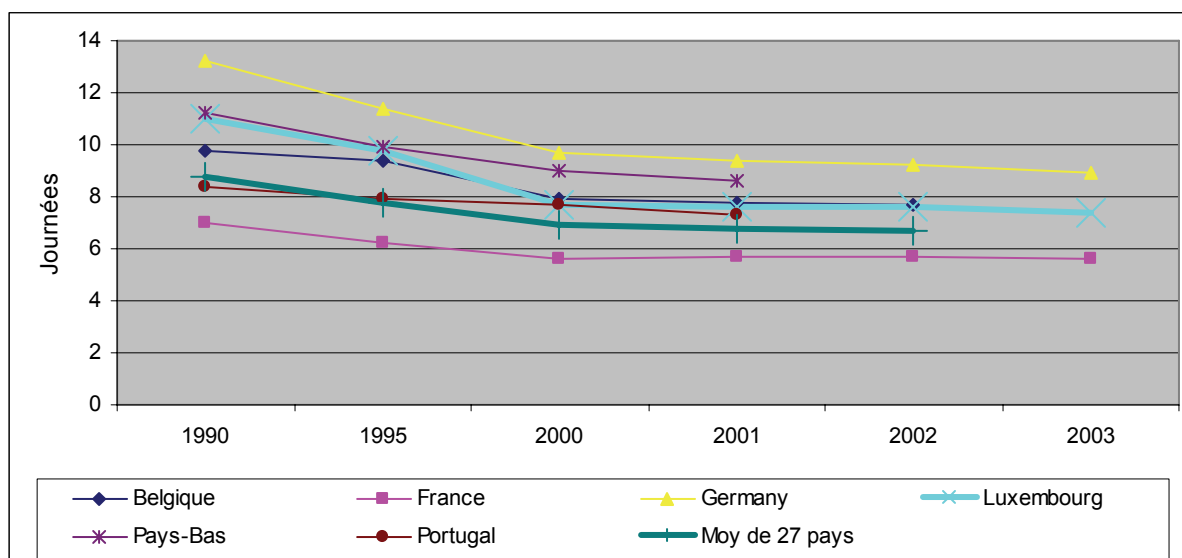
En l'absence d'instruments de mesure tels que APACHE, OMEGA ou TISS, on ne sait rien sur la justification du séjour des patients en soins intensifs, même s'il peut paraître étonnant que le % de séjour dans certains hôpitaux de proximité avoisine ou dépasse celui de certains hôpitaux généraux (et notamment de ceux qui assument le service d'urgence SAMU en permanence).



Hôpitaux aigus: Durée moyenne de séjour * (évolution 98-04)							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hôpitaux aigus</b>							
<b>SJoseph Wiltz</b>	5,24	5,10	4,71	5,35	5,50	5,43	5,44
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	8,61	8,67	8,41	8,25	8,20	8,01	8,25
<b>CHL total</b>							
Chl Luxembourg	7,18	6,99	7,09	7,19	7,16	7,26	6,88
Chl Eich	6,91	6,40	6,48	6,80	7,03	7,02	-
<b>CSThérèse Lux.</b>	8,51	8,26	8,05	8,83	8,49	8,06	7,65
<b>CHK total</b>							
H. Kirchberg	-	-	-	-	-	7,35	7,95
H.Bohler	5,12	5,11	5,23	4,83	4,67	4,75	4,55
Cl. Ste Elisabeth Lu	8,96	9,17	8,98	8,76	9,20	9,22	-
Cl. Sacré Cœur Lu	8,37	7,83	7,95	8,24	7,88	7,11	-
Cl. St. François Lu	n.d.	n.d.	30,97	26,90	29,30	29,30	-
<b>CHEM total</b>							
HV Esch-Alzette	6,83	6,59	6,51	6,98	6,89	6,72	7,00
HV Dudelange	10,36	9,48	8,54	8,29	8,06	9,44	10,81
<b>CSMarie Esch</b>	8,20	7,99	7,69	7,44	7,78	7,67	7,20
<b>HPMA Niederkorn</b>	9,64	9,10	7,44	7,43	7,93	8,17	7,39
<b>Moyenne GDL</b>	<b>7,8</b>	<b>7,7</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>	<b>7,4</b>	<b>7,3</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Durée moyenne de séjour, toutes conditions, de 1990 à 2003



Source: OECD Health Data 2005

#### Définition and deviations:

Average length of stay (ALOS) for acute care refers to the average number of days (with an overnight stay) that patients spend in an acute-care inpatient institution. It is generally measured by dividing the total number of days stayed for all patients in acute-care inpatient institutions during a year by the number of admissions or discharges.

The proposed definition of « acute care » includes all the functions of care covered under « curative care » as defined in the SHA Manual (OECD, 2000). However, there are variations across countries in the functions of care included / excluded in « acute care » which limits data comparability (e.g., whether or not beds for rehabilitation, palliative care and long-term care are included). Cross-country comparisons should therefore be interpreted with caution.

DMS certaines maladies (classement ICD 10) : 2004 (repris par OECD)											
	Cataracte sénile	Infarctus aigu myocarde	Tumeur maligne colon	Tumeur maligne bronches poumon	Tumeur maligne sein	Tumeur maligne prostate	Cholélithiase	Coxarthrose	Accouch. unique & spontané	Hyperplasie prostate	Fracture fémur
ICD 10	H 25	I 21	C 18	C 34	C 50	C 61	K 80	M 16	O 80	N 40	S 72
Hôpitaux aigus											
SJoseph Wiltz	1,97	8,07	6,76	11,44	11,67	-	4,04	15,17	3,43	-	18,75
HSLouis Ettlbruck	2,15	7,00	6,09	9,58	6,69	11,48	5,51	15,59	4,03	7,70	20,04
<b>CHL total</b>											
Chl Luxembourg	1,93	7,14	7,63	9,68	6,03	9,33	5,14	15,90	4,29	8,44	19,86
Chl Eich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>CSThérèse Lux.</b>	1,84	5,05	13,42	13,92	11,96	13,36	5,46	11,57	-	8,14	16,38
<b>CHK total</b>											
H. Kirchberg	1,98	9,13	15,68	9,15	9,04	7,95	9,00	15,63	-	4,95	20,40
H.Bohler	-	-	-	-	5,38	-	-	-	4,16	-	-
<b>CHEM total</b>											
HV Esch-Alzette	1,51	4,40	15,08	15,84	8,42	7,97	4,63	11,22	3,67	6,60	11,76
HV Dudelange	-	14,00	-	-	4,14	-	6,00	13,43	-	2,25	5,67
<b>CSMarie Esch</b>	1,97	12,00	14,44	7,23	12,20	17,52	7,63	19,70	-	7,71	49,83
<b>HPMA Niederkorn</b>	-	11,53	9,21	10,74	7,26	7,02	6,08	17,03	3,96	8,73	18,77
<b>DMS H aigus</b>	<b>1,87</b>	<b>7,22</b>	<b>10,31</b>	<b>10,83</b>	<b>7,77</b>	<b>10,01</b>	<b>5,80</b>	<b>13,77</b>	<b>4,07</b>	<b>7,19</b>	<b>18,24</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

**Remarques:**

DMS renseignée sous "DMS H aigus" = la moyenne nationale de tous les hôpitaux  
Il faudrait aussi considérer le nombre d'épisodes par code ICD et par hôpital, les DMS pouvant dévier fortement de la moyenne nationale en cas d'un nombre d'épisodes peu élevé.

Remarques:

- 1) Les cliniques Ste Elisabeth, Sacré-Coeur et St François ont cessé leurs activités en 07/2003;
- 2) L'Hôpital Kirchberg a débuté ses activités en 07/2003;
- 3) Le CHL et la Clinique d'Eich ont fusionné avec effet au 01.01.2004;
- 4) L'HVEA et HVD ont fusionné avec effet au 01.07.2004 pour devenir le CHEM;
- 5) Pour des raisons de meilleure comparabilité, nous avons fictivement avancé ces évolutions dans le temps.

Durée moyenne de séjour en 1999 Comparaison internationale (par chapitres ICD 10)	Germany	France	Luxembourg	Netherlands	Portugal
Infectious and parasitic diseases	5,30	9,50	<b>8,00</b>	11,10	11,40
Neoplasms		10,80	<b>10,30</b>	10,80	
Malignant neoplasms	7,40	13,00	<b>11,70</b>	11,20	13,30
Diseases of the blood (forming organs), immunological disorders	5,50	9,10	<b>9,00</b>	8,40	8,60
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	6,80	10,70	<b>7,80</b>	11,70	9,40
Mental and behavioural disorders	6,10	62,10	<b>12,90</b>	29,50	16,60
Diseases of the nervous system and the sense organs	5,50	5,90	<b>4,80</b>	7,10	4,90
Diseases of the circulatory system	7,40	10,20	<b>8,30</b>	10,50	8,50
Diseases of the respiratory system	5,50	8,10	<b>7,50</b>	9,10	5,40
Diseases of the digestive system	5,00	7,20	<b>7,10</b>	8,20	6,80
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	6,20	7,80	<b>6,80</b>	11,00	6,80
Diseases of musculoskeletal system/connective tissue	7,60	8,00	<b>7,00</b>	8,20	8,80
Diseases of the genitourinary system	4,10	6,20	<b>5,80</b>	7,00	6,00
Complications of pregnancy, childbirth and puerperium	3,40	3,90	<b>4,40</b>	4,50	3,60
Certain conditions originating in the perinatal period	10,80	9,80	<b>7,80</b>	7,50	7,90
Congenital malformations	4,20	7,10	<b>5,90</b>	7,70	6,00
Symptoms, signs, abnormal findings, ill-defined causes	3,50	7,10	<b>5,80</b>	6,90	5,30
Injury, poisoning, external causes		17,50	<b>5,90</b>	10,60	
External causes of injury and poisoning	6,10		<b>5,90</b>		9,50
Special admissions (including live births in hospitals)			<b>4,70</b>	4,60	
All categories not elsewhere classified					4,20
No diagnostics			<b>8,20</b>		
<b>Total</b>	<b>5,40</b>	<b>9,10</b>	<b>7,10</b>	<b>8,70</b>	<b>7,00</b>

Source: Eurostat, New Cronos Database (Health and Safety)

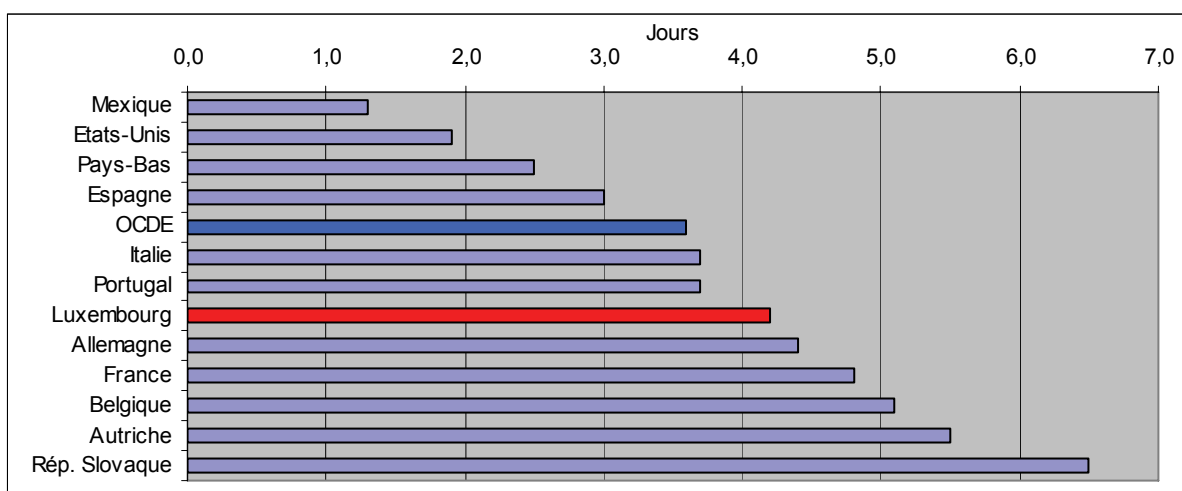
<b>GDL : Hôpitaux aigus 2004: Durée moyenne de séjour par tranches d'âge</b>										
	<1	1-9	10-14	15-29	30-39	40-49	50-64	65-74	78-89	90 plus
<b>Hôpitaux aigus</b>										
<b>SJoseph Wiltz 2004</b>		1,47	1,99	1,80	3,06	3,68	5,52	7,59	9,61	13,16
<b>HSLouis Ettelbruck 2004</b>	4,16	2,28	2,56	4,70	5,58	7,45	8,96	11,06	12,84	11,46
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	4,16	2,09	2,40	3,78	5,05	6,57	8,15	10,13	11,92	11,98
<b>CHL total 2004</b>	9,36	3,83	3,20	5,52	5,83	6,50	6,91	7,86	9,16	10,97
Chl Luxembourg 2004	9,36	3,83	3,20	5,52	5,83	6,50	6,91	7,86	9,16	10,97
Chl Eich 2004										
<b>CSThérèse Lux. 2004</b>		2,95	2,76	4,01	5,07	6,30	7,12	8,56	10,15	9,30
<b>CHK total 2004</b>	2,70	2,44	12,57	6,76	5,28	5,80	7,04	8,20	10,83	10,34
H. Kirchberg 2004	2,70	2,44	12,63	8,27	6,10	6,14	7,20	8,32	10,90	10,34
H.Bohler 2004			3,00	4,62	4,61	4,22	4,25	4,24	5,48	
Cl. Ste Elisabeth Lu 2004										
Cl. Sacré Cœur Lu 2004										
Cl. St. François Lu 2004										
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	9,09	3,54	5,72	5,87	5,53	6,23	6,99	8,14	9,94	10,26
<b>CHEM total 2004</b>	2,84	2,13	2,61	3,85	4,70	6,02	7,31	8,73	11,48	11,26
HV Esch-Alzette 2004	2,84	2,15	2,61	3,90	4,73	6,09	7,24	8,61	10,80	10,47
HV Dudelange 2004		1,86	2,53	2,51	3,83	4,48	9,03	10,53	18,63	18,28
<b>CSMarie Esch 2004</b>		1,57	1,90	3,65	5,11	5,83	6,32	8,61	9,70	13,44
<b>HPMA Niederkorn 2004</b>	6,00	2,10	2,45	3,59	4,33	5,42	7,00	9,05	12,50	15,02
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	2,86	2,12	2,51	3,75	4,63	5,81	7,07	8,81	11,47	12,79
INCCI 2004			1,00	6,00	2,17	6,57	8,19	9,08	9,83	8,00
<b>Total aigus 2004</b>	<b>7,41</b>	<b>2,91</b>	<b>4,00</b>	<b>4,83</b>	<b>5,21</b>	<b>6,14</b>	<b>7,20</b>	<b>8,68</b>	<b>10,77</b>	<b>11,31</b>
<b>Durée moyenne de séjour par tranches d'âge 1999</b>										
	<1	1-9	10-14	15-29	30-39	40-49	50-64	65-74	75-89	90 plus
<b>Hôpitaux aigus</b>										
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999</i>	4,76	2,68	2,84	3,91	4,62	6,94	8,99	11,23	13,63	14,26
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	8,35	3,72	3,10	5,09	5,35	6,26	7,53	9,95	12,60	15,32
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999</i>	2,77	2,38	2,80	4,28	5,24	6,49	7,62	9,96	13,82	16,40
INCCI 1999										
<b>Total aigus 1999</b>	<b>6,79</b>	<b>3,04</b>	<b>2,94</b>	<b>4,61</b>	<b>5,21</b>	<b>6,43</b>	<b>7,76</b>	<b>10,14</b>	<b>13,16</b>	<b>15,46</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

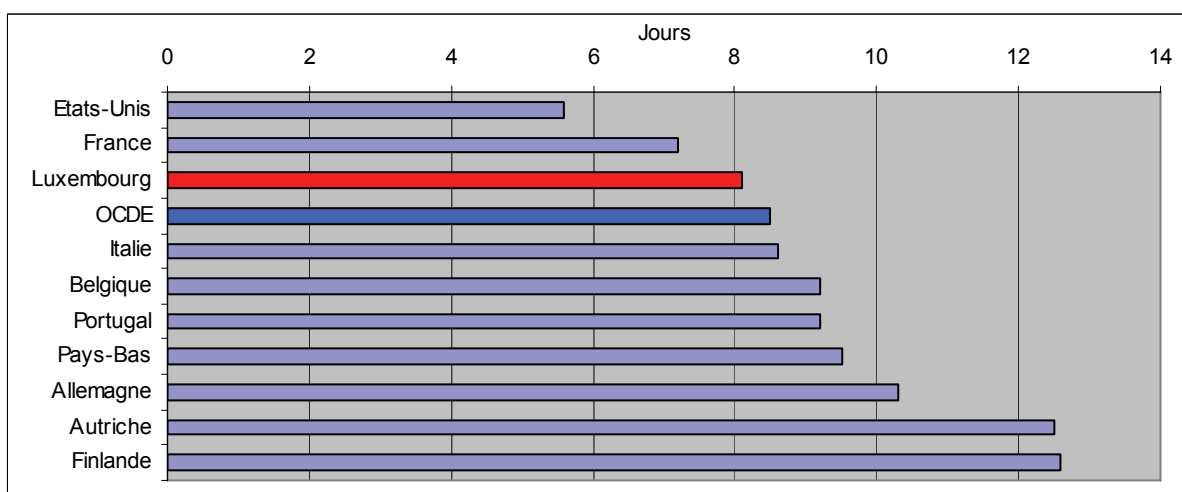
#### Commentaire:

- 1) La durée moyenne de séjour est un bon indicateur de l'efficacité des soins.
- 2) Il faut toutefois la considérer en comparaison internationale et en rapport avec le taux d'occupation des lits, mais aussi en fonction de la patientèle (âge, case-mix des morbidités).
- 3) La baisse de la durée moyenne de séjour entre 1999 et 2004 concerne toutes les tranches d'âge, sauf les « < 1 an »; elle est plus marquée pour les catégories d'âge « > 50ans », ce qui est un phénomène réjouissant puisque ce sont essentiellement les personnes âgées qui sont plus sujettes, souvent proportionnellement à la durée de l'hospitalisation, à des complications et pertes de l'indépendance.

## Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2002

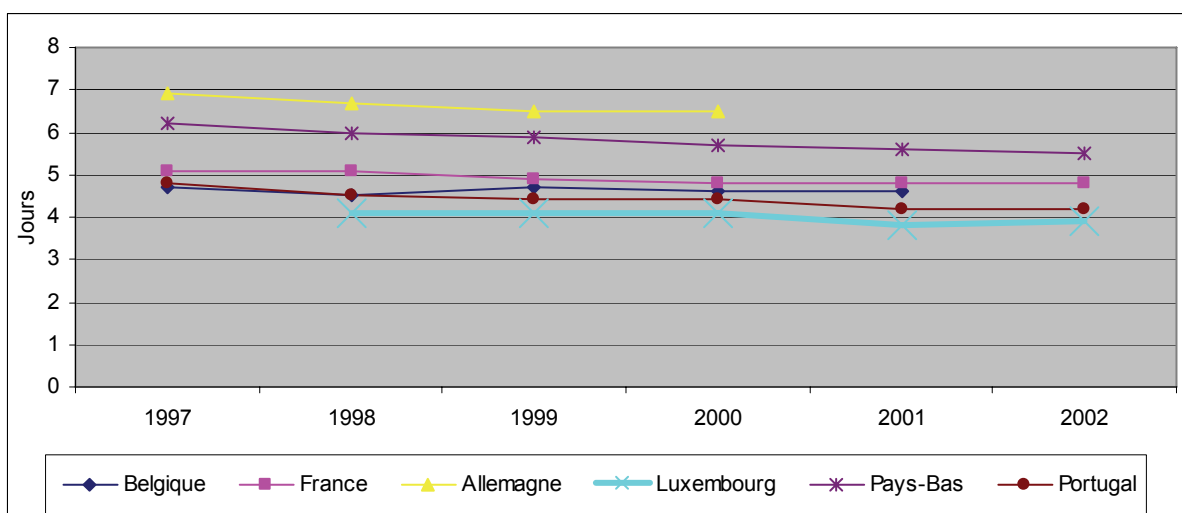


## Durée moyenne de séjour suite à un infarctus du myocarde aigu, 2002



Source: Panorama de la Santé: Les indicateurs de l'OCDE 2005, OCDE 2005

## Durée moyenne de séjour (DMS) appendicite / jours



Source: OECD Health Data

Hôpitaux aigus: évolution du taux d'occupation des lits et des lits de soins intensifs														
	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
Hôpitaux aigus														
<b>SJoseph Wiltz</b>	74%	94%	74%	90%	68%	83%	68%	83%	69%	82%	67%	75%		
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	76%	88%	78%	91%	76%	89%	76%	87%	81%	91%	77%	91%	80%	83%
<b>CHL total</b>														
Chl Luxembourg	60%	68%	63%	75%	64%	75%	63%	76%	63%	79%	64%	81%	65%	78%
Chl Eich	83%	84%	77%	75%	82%	83%	78%	84%	80%	76%	80%	76%		
<b>CSThérèse Lux.</b>	80%	73%	79%	75%	79%	65%	78%	61%	82%	63%	82%	55%	76%	56%
<b>CHK total</b>														
H. Kirchberg											69%	68%	77%	74%
H.Bohler	58%	-	59%	-	57%	-	56%	-	52%	-	51%	-	51%	-
Cl. Ste Elisabeth Lu	83%	72%	79%	62%	82%	76%	78%	58%	-	73%	-	66%		
Cl. Sacré Cœur Lu	83%	60%	80%	56%	82%	69%	83%	61%	-	61%	-	55%		
Cl. St. François Lu	90%	-	44%	-	42%	-	103%	-	88%	-				
<b>CHEM total</b>														
HV Esch-Alzette	64%	95%	66%	90%	65%	71%	66%	76%	66%	75%	66%	80%	74%	85%
HV Dudelange	67%	82%	60%	70%	52%	55%	50%	53%	42%	42%	38%	32%	21%	10%
<b>CSMarie Esch</b>	71%	51%	68%	64%	66%	49%	61%	57%	64%	55%	59%	57%	56%	59%
<b>HPMA Niederkorn</b>	83%	103%	82%	154%	74%	98%	77%	106%	78%	85%	76%	85%	72%	85%

#### Remarques

L'INCCI n'a été opérationnel qu'à partir de juin 2001 / Les chiffres en rouge sont ceux de l'HK, non encore validés par l'UCM

Note: Les soins intensifs n'existent plus (depuis fin 2004) à l'HVD

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

#### Commentaire:

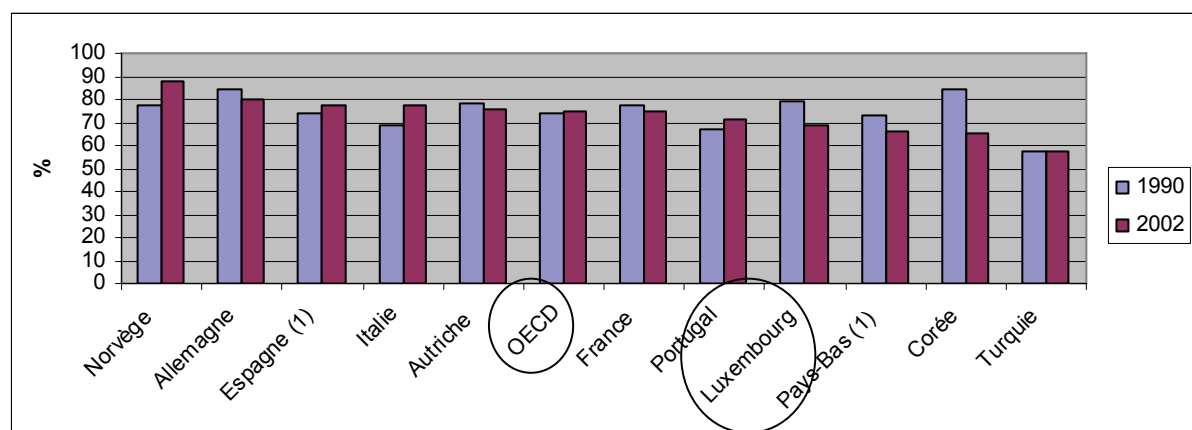
Le taux d'occupation de référence des lits de soins intensifs est d'environ 80 %.

Les écarts constatés ici, compte tenu du statut et de la participation des établissements au service d'urgence, interpellent, mais comme on ne sait pas, faute de méthodologie d'enregistrement (voir remarques sous nombre de lits de soins intensifs et journées de soins intensifs) avec quelle gravité de pathologie sont occupés ces lits, il y a nécessité de créer ici les instruments de mesure adéquats sur base des données générées à partir du dossier du patient.

Dans ce contexte, il convient également de souligner l'urgence d'élaborer des normes pour les services de soins intensifs, notamment en ce qui concerne l'encadrement médical.

Cette suggestion vaut d'ailleurs également pour d'autres services spécialisés dont notamment celui des soins palliatifs.

### Taux d'occupation — comparaisons internationales 1990—2002



## Lits (LOM) et lits de soins intensifs occupés en moyenne (LOM SI) (évolution 1998-2004)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hôpitaux aigus</b>							
<b>SJoseph Wiltz</b>	64	5	64	4	59	4	59
<b>HSLouis Ettelbruck</b>	209	11	212	12	206	12	207
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD</i>	273	16	276	16	265	16	266
<b>CHL total</b>	427	38	434	40	443	41	434
Chl Luxembourg	301	31	316	34	319	34	315
Chl Eich	126	7	118	6	124	7	118
<b>CSThérèse Lux.</b>	199	10	197	10	196	9	195
<b>CHK total</b>	368	10	322	9	326	11	306
H. Kirchberg	0	0	0	0	0	0	0
H.Bohler	44	0	44	0	43	0	42
Cl. Ste Elisabeth Lu	135	6	128	6	133	7	127
Cl. Sacré Cœur Lu	122	4	117	3	119	4	122
Cl. St. François Lu	67	0	33	0	31	0	15
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE</i>	994	58	953	59	965	61	935
<b>CHEM total</b>	314	27	315	26	302	23	304
HV Esch-Alzette	242	24	249	23	245	21	250
HV Dudelange	72	3	65	3	56	2	54
<b>CSMarie Esch</b>	90	4	87	4	83	3	78
<b>HPMA Niederkorn</b>	179	6	177	9	160	8	166
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD</i>	584	37	579	39	545	34	548
<b>Total aigus</b>	1 851	111	1 808	114	1 775	111	1 749
<b>EH spécialisés</b>							
INCCI	-	-	-	-	5	2	11
CNRF Hamm	-	-	-	-	-	-	42
HIS Steinfort	27	27	28	27	26	26	27
CHNP Ettelbruck	-	296	294	290	296	289	n.d.
Baclesse	-	-	0	0	0	0	0
Colpach	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total pays</b>							2 082

### Remarque

LOM = Nombre total de journées / 365 (resp. 366 en cas d'année bisextile) / **Les chiffres en rouge sont ceux de l'HK, non encore validés par l'UCM**

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire:

Le taux d'occupation est calculé par rapport aux lits budgétisés; souvent des établissements transforment, à la demande des patients et quand les circonstances le permettent, des chambres à 3 lits en chambres à 2 lits, et des chambres à 2 lits en chambres seules (1ères classes). Certains établissements ont aussi créé des unités de semaine (et dont le potentiel en lits reste forcément inoccupé le week-end; ce qui a notamment des répercussions positives pour le personnel (et la durée moyenne de séjour). Au niveau du pays, sur 6 ans, **les lits occupés en moyenne ont baissé de quasi 150 unités**. Pour arriver à un accroissement supplémentaire de l'efficacité sans augmentation de risques pour les patients, il faudrait:

- encourager plus activement les prises en charge ambulatoires,
- mieux organiser les filières de suite de prise en charge,
- mieux planifier les sorties, dès l'entrée du patient à l'hôpital,
- procéder à une analyse des DMS par diagnostics de sortie et rendre attentifs les prestataires déviants à leurs comportements.

Ces mesures ne pourraient être que bénéfiques pour le patient, diminueraient les risques liés à la durée du séjour et comporteraient très peu de restrictions de confort; par ailleurs, elles auraient un impact positif sur la baisse du coût des hôpitaux.

Contrairement aux tentatives intermittentes pour évaluer, sur base d'indicateurs choisis, la performance d'un système de santé (voir OMS; World health report 2000, respectivement rapport Frazer-institute 2005), il n'existe actuellement pas de méthodologie globale et appliquée, faute d'un panel suffisant d'indicateurs consensuels, pour une évaluation respectivement une comparaison internationale de la performance des hôpitaux.

Toutefois, l'OMS-Europe élabore actuellement un tel projet appelé PATH (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals) qui est à une phase de test dans une cinquantaine d'hôpitaux d'une demi-douzaine de pays de l'Union Européenne. Cet instrument réunit dans un tableau de bord une trentaine d'indicateurs pour différents domaines tels que « clinical effectiveness, efficiency, staff orientation, responsive gouvernance, safety et patient-centeredness ». Cet instrument devrait être disponible dans les années à venir.

En attendant, nous avons comparé nos hôpitaux entre eux sur base d'un certain nombre de paramètres tels que leurs activités budgétisées et, globalement et par diagnostics, les durées moyennes de séjour, la mortalité, les modes de prise en charge, le taux d'occupation des lits.

Dans la mesure où il existe actuellement des données fiables internationales, nous avons également comparé nos moyennes nationales avec celles notamment de nos pays voisins.

Certes il existe à l'étranger des classements nationaux des hôpitaux ou de leurs services, publiés par certains médias (ex. « Le Point » en France, « Elsevier » aux Pays-Bas, « Spiegel » en Allemagne etc ...), mais les méthodologies utilisées pour ce faire ne sont que peu transparentes et de validité non prouvée. Sans désapprouver cette tentative des médias pour rendre les hôpitaux plus transparents et stimuler la concurrence qualitative, nous n'avons délibérément pas voulu ouvrir la « boîte de Pandore » chez nous; d'ailleurs également à l'étranger, ces classements ne sont jamais cautionnés par les autorités de tutelle des pays concernés ... qui se réfugient dans un grand mutisme.

Mais les responsables hospitaliers et prestataires concernés peuvent parfaitement tirer suffisamment d'enseignements de nos comparaisons pour se situer tant en terme de fréquences que d'après certains critères qualitatifs tels que la durée moyenne de séjour et le taux de mortalité notamment et, dès lors, se sentir interpellés par les résultats trouvés afin d'entamer une démarche d'amélioration .

En tant que tutelle, il nous semblait plus important que les patients, qu'ils soient originaires des régions hospitalières du Nord, du Centre ou du Sud, aient les meilleures prestations possibles dans tous nos hôpitaux, vu que leur libre choix n'est souvent factuellement que très peu éclairé ou impossible, notamment en cas d'urgence.

Ceci étant, nos observations permettent sans ambiguïté les constat suivants.

En ce qui concerne les hôpitaux aigus, le nombre de lits budgétisés, qui correspond en 2005 au nombre de lits planifiés, a diminué de 8% depuis 1998.

Toutefois, avec ses 5 pour mille de lits aigus (2005), le GDL se situe encore au dessus de ses voisins belges et français, ainsi qu'au dessus de la moyenne européenne (4,1 pour mille en 2002 selon l'OECD).

De même, les lits théoriques (budgétisés/planifiés) ne sont que très moyennement occupés et la différence entre les taux d'occupation, qu'il y a lieu de considérer en relation directe (mais inverse), avec la durée moyenne de séjour, est considérable.

En 2004, sur 2504 lits théoriques, 1704 étaient occupés en moyenne.

On peut supposer que les établissements ont réduit le taux d'occupation des lits, via une réduction du nombre de lits par chambre, comme suite à une forte demande de chambres seules, mais ont été contraints aussi de réduire temporairement le nombre de lits pendant les travaux de modernisation, de sorte qu'il serait prudent, avant tout autre progrès en cause, de faire le point par établissement pour vérifier combien de lits peuvent effectivement (encore) être mis en service de façon pérenne.

Parmi ces lits, il y a lieu aussi de clarifier la situation autour des lits réservés aux soins palliatifs et aux soins intensifs où, par mesure d'équité, des critères d'admission objectifs devraient être introduits.

Toujours est-il que depuis 1998, les journées ont diminué de 8% et on note une évolution, certes hétérogène selon les établissements, vers des prises en charge plus ambulatoires (day-cases, unités de semaine), qu'il y aurait toutefois lieu de stimuler davantage par des incitants adéquats.

Pendant la même période les admissions ont augmenté de 13,5%.

Par ailleurs, les durées moyennes de séjour ont diminué et sont proches de celles des pays avoisinants.

Quant aux causes d'admissions les plus fréquentes, l'expérience montre qu'il s'agit toujours des mêmes.

Toutefois, il est à regretter que le nombre de diagnostics de sortie inconnus reste trop élevé et réaugmente, ce qui ne devrait pas être toléré puisqu'il s'agit là plus que probablement essentiellement de négligences dans la transmission des données par les prestataires responsables de ces hospitalisations.

Toutefois, s'il n'y a pratiquement que 2% des personnes admises à l'hôpital qui y décèdent, il est regrettable qu'on n'ait aucune information sur les 98% qui en sortent vivants: où vont-ils, dans quel état, étaient-ils satisfaits de leur prise en charge ? ...

Tant que cette situation persiste, on reste réduit à des suppositions très hypothétiques faute d'éléments suffisants et pertinents pour apprécier et comparer les résultats et, forcément, pour pouvoir améliorer la qualité de la façon souhaitée.

Pour mieux connaître la valeur ajoutée apportée par nos hôpitaux deux pistes simples, parfaitement réalisables même sans frais supplémentaires, sont envisageables.

L'une, objective, consiste à annoter ces éléments (variation de l'état de santé à la sortie par rapport au motif d'entrée: ex. guéri, amélioré, rémission, aggravation, décès; destination, satisfaction) dans le dossier et le résumé clinique de sortie et d'agglutiner ces informations anonymes par hôpital, par service et éventuellement par prestataires anonymisés.

L'autre, subjective consistera à obtenir le feed-back sur la situation des patients (évolution de l'état de santé, satisfaction) quelques semaines après leur sortie de l'hôpital.

Répondre à ces questions mettrait certainement mieux en valeur l'exploit de tous ceux qui leur ont procuré des soins et, d'autre part, les rétro-informations des patients, 6 semaines, voire 1 an après leur sortie, seraient précieuses d'une part pour confirmer les réussites de prise en charge et de satisfaction au travail respectivement, dans le cas contraire, pour pouvoir améliorer les prestations et services.

Des enquêtes de ce genre pourraient facilement être réalisées, quasi sans frais supplémentaires, par les nombreux membres du personnel qui tombent enceintes et sont actuellement ipso facto écartés et mis en congé de maladie. Or la grossesse n'est pas une maladie en soi et ces personnes stigmatisées par une telle mise à l'écart pourraient être valorisées grâce à un travail très utile et instructif sur des *enquêtes de satisfaction bien conçues et organisées* ce qui servirait à la fois les patients, mais aussi les hôpitaux et la politique hospitalière pour pouvoir progresser dans les prises en charge et la qualité (du service) en général. (encore un domaine où l'hôpital peut apprendre des entreprises de service qui gagnent ..)

On pourrait d'ailleurs également demander à ces professionnels le contrôle de la tenue des dossiers, etc .., d'ailleurs pour elles mêmes ce travail serait fort pédagogique..

Ceci étant, toutes nos comparaisons internationales, même s'il faut les entourer des prudences d'usage, permettent à priori de rassurer.

C'est de bonne augure pour l'avenir car les bases de données internationales en pleine évolution permettent des benchmarking améliorés. Il faut dès lors impérativement perfectionner nos instruments actuels via l'introduction, sur base du dossier hospitalier (informatisé), de l'ICD 10 à 4 digits, la classification internationale des procédures médicales (ICPM) et autres les taux de satisfaction.



**Organisation hospitalière**  
Loi du 28 août 1998  
Schéma

Le Ministre de la Santé coordonne les établissements hospitaliers

**Organisme gestionnaire**

- Politique générale
- Règlement général
- Projet d'établissement
- Délégation au directeur

**Comité mixte  
Conseil médical**

**Directeur**

- Pouvoirs délégués de l'O.G.
- Gestion journalière
- Dossier
- Droits & devoirs patients

Commissions  
▪ article 23  
▪ article 24

**Chefs de Département (Comité de Direction)**

*niveaux de concertation*

Mise en œuvre de la politique  
Harmonisation de l'organisation

Département administratif & logistique    Département soins    Département médical

L'activité médicale se déroule dans les services médicaux

Fonctions transversales

Services Administratifs & logistiques    Services ambulatoires, médico-techn., hospitalisation, pré&post hosp.    Services médicaux de base    Pharmacie Laboratoire autres (cf org. interne)

Unités Administrat. & Logistiques    Unités de soins    Services médicaux spécialisés

**Annotations :**

- 1) Il s'agit du schéma général; le classement et la nature des services sont arrêtés par le plan hospitalier sur base du relevé des besoins qui découle de la carte sanitaire; les services sont attribués en fonction du classement de l'hôpital ;
- 2) Les autorisations d'exploitation des services se font sur base des articles 4 et 6 de la loi;
- 3) Les services nationaux peuvent soit être attachés à un hôpital particulier (ex. CHL), soit constituer un établissement indépendant (ex. INCCI, Baclesse);
- 4) Les frais d'exploitation des services prévus au plan hospitalier et dûment autorisés à être exploités sont opposables au financement par l'UCM ;

## Services médicaux attribués (1)

Autorisation ministérielle du 05 novembre 2003 & du 12 juillet 2004 et sous réserve de conformation à la mise en demeure

### Services de base (SB)

Etablissements	Total	HSLE	St.J.Wi	Nord	CHL	CST		CHK	Centre	C.H E.M	SMEA	HPM A	Sud
Mixte	1			0					0	(HVD)			1
Chirurgie	8			2					3				3
Méd.Interne	8			2					3				3
<b>Total : SB</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>7</b>

### Services spécialisés (SSp)

Etablissements	Total	SL. Et	St.J.Wi	Nord	CHL	CST.Lu	CHK	Centre	C.H E.M	SMEA	HPMA	Sud
Obstétrique-Gynéco	6			2			Bohler	2				2
Pédiatrie	3			1	(+ S.I.)			1				1
Chirurgie infantile	1											
Psychiatrie (45 lits)	4			1				2				1
Cardiologie	4			1	(+ S.I.)			2	(+ S.I.)			1
Gastro-entéro.	2			0				1				1
Neurologie	4			1	(+ S.I.)			2				1
Pneumologie	2			0				1				1
Chir. cardio-vasculaire	3			0				2				1
Orthopédie	5			1				2				2
Chirurgie plastique	1			0				1				0
Urologie	4			1				2				1
Ophtalmologie	5			1				2				2
ORL	4			0				2				2
Traumatologie	0			0				0				0
Soins palliatifs	6			1				3				2
Oncologie	0			0				0				0
Réed.gériatrique	3			1	HIS Steinfort			1	(HVD)			1
<b>TOTAL SSp.</b>	<b>55</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>19</b>

### Services spécialisés uniques au pays (nationaux) (SN)

Etablissements	Total	SL. Et	St.J.Wi	Nord	CHL-FNM	CST.Lu	CHK	Centre	C.H E.M	SMEA	HPMA	Sud
Neurochirurgie					(+ soins intens.)							
Maladies infectieuses												
Hématologie												
Immuno-allergo												
Néo-natalogie intensive												
Psy infantile												
Psy juvénile												
PMA-FIV.												
<b>TOTAL (S.N.)</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>		<b>1</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## Services médicaux attribués (2)

Autorisation ministérielle du 05 novembre 2003 & du 12 juillet 2004 et sous réserve de conformation à la mise en demeure

### Equipements nationaux

Etablissements	Total	HSLE	St.J.Wi	CHL	CST	CHK	CHEM	SMEA	HPMA
PET	1								
Lithotripter	1								
Stéro-neuro	1								
Prone table	1								
O2Hyperbarre	1								
Ostéodensitométrie	1								

### Etablissements nationaux à service(s) national (aux)

Etablissements	Total	CHNPE	Colpach	INCCI	CNRF	CN (F.Baclesse)
Radiothérapie	1					
Chirurgie cardiaque cardio interventionnelle	1					
Rééducation physique	1					
Réadaptation psych.	1					
Convalescence	1					

Légende	
<b>CHNPE</b>	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique d'Ettelbruck
<b>Colpach</b>	Etablissement de Convalescence de Colpach
<b>INCCI</b>	Institut National de Chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle Luxembourg
<b>CNRF</b>	Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation Luxembourg
<b>CNRT</b>	Centre National de Radiothérapie François Baclesse à Esch-Alzette

**Procédures chirurgicales \* 1 (classement repris de l'OECD)  
(CIM-MC versus Nomenclature actes méd. lux)**

	Cataracte	Amygdalectomie Adenotomie	Ligature stripping veines	Appendicetomie	Cholécystectomie	Arthrotomie genou	Hernie inguinale crurale autre	Prostatectomies
<b>Nomenclature luxemb.</b>	4G53 4G61 4G62 4G63 4G64	3L41 3L42 3L43	2F61 2F62 2F63 2F64	2D71 2D72	2B21	2 K46	2A21 2A22 2A23 2A24	5A21 5A22
<b>Hôpitaux aigus</b>								
<b>SJoseph Wiltz 2004</b>	248	294	153	112	30	130	85	
<b>HSLouis Ettelbruck 2004</b>	188	335	94	72	107	184	126	34
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	436	629	247	184	137	314	211	34
<i>% Rég. Hosp. NORD 2004</i>	14,84%	24,28%	19,03%	24,93%	17,06%	14,34%	15,05%	22,37%
<b>CHL total 2004</b>	710	602	301	123	156	181	339	21
Chl Luxembourg 2004	710	602	301	123	156	181	339	21
Chl Eich 2004								
<b>CSThérèse Lux. 2004</b>	571	307	303	37	128	165	216	22
<b>CHK total 2004</b>	314	462	53	113	85	356	190	34
H. Kirchberg 2004	314	462	53	112	85	356	189	34
H.Bohler 2004				1			1	
Cl. Ste Elisabeth Lu 2004								
Cl. Sacré Cœur Lu 2004								
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	1 595	1 371	657	273	369	702	745	77
<i>% Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	54,29%	52,91%	50,62%	36,99%	45,95%	32,05%	53,14%	50,66%
<b>CHEM total 2004</b>	437	490	193	139	184	435	295	13
HV Esch-Alzette 2004	437	457	190	131	181	383	275	13
HV Dudelange 2004		33	3	8	3	52	20	
<b>CSMarie Esch 2004</b>	470	95	16	7	33	213	51	9
<b>HPMA Niederkorn 2004</b>		6	185	135	80	526	100	19
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	907	591	394	281	297	1 174	446	41
<i>% Rég. Hosp. SUD 2004</i>	30,87%	22,81%	30,35%	38,08%	36,99%	53,61%	31,81%	26,97%
INCCI 2004								
<b>nbre Total H aigus 2004</b>	2 938	2 591	1 298	738	803	2 190	1 402	152
<b>Remarques:</b>								
5A21 = prostatectomie pour adénome		(la nomenclature actuelle ne permet pas de préciser s'il s'agit de prostatectomies transurétrales ou non)						
5A22 = Prostatectomie totale pour cancer								
<b>Les codes 5U45 et 5U46 de la nomenclature actuelle comprennent un certain nombre de résections de la prostate qui ne peut être précisé correctement</b>								
5U45 = électroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale y compris une éventuelle ligature des canaux déférents								
5U46 = électroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale y compris une éventuelle ligature des canaux déférents, combinée à une urétrotomie interne								

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

**Commentaire:**

Les procédures chirurgicales pré-visées figurent également sur un questionnaire de comparaisons internationales, non encore publié, par l'OECD.

Il s'agit de procédures relativement typiques pour les services médicaux spécialisés afférents. On constate ici clairement que les actes spécialisés sont encore très souvent prestés en dehors des services spécialisés prévus à cet effet. Il semble donc y avoir un problème de cohérence entre l'activité et l'attribution des services spécialisés.

Ces constats méritent une analyse plus approfondie, notamment sur base d'une codification plus précise des diagnostics (ICD 10, à 4 digits) et surtout d'une classification internationale des procédures, car la nomenclature médicale en usage actuellement rend pour le moins les interprétations plus fines, très difficiles, voire impossibles.

## Diagnostics \* 2004 Classement selon la fréquence (durée de séjour > 1 journée entière)

### Nombre Total Pays et distribution par hôpital

ICD 10	dénomination succincte ICD 10	nbre TOTAL PAYS H aigus	St. J. Wiltz	HSL Ettelbruck	% total pays RH NORD	CHL	CSt Thérèse	CHK (+Bohler)	% total pays RH CENTRE	CHEM (HVE+HVD)	CSt Marie Esch	HPMA	% total pays RH SUD	INCCI	% total pays
O80	Accouchement unique et spontané	3 084	32	377	13%	868		981	60%	587		239	27%		
H25	Cataracte sénile	2 588	250	182	17%	615	512	223	52%	415	391		31%		
I25	Cardiopathie ischémique chronique	2 520	22	149	7%	123 2	33	164	57%	396	104	133	25%	287	11,39%
J35	Maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes	1 669	131	302	26%	359	207	311	53%	253	104	2	22%		
M23	Lésion interne du genou	1 545	44	162	13%	128	70	200	26%	348	187	406	61%		
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1 372	37	230	19%	261	178	203	47%	241	141	81	34%		
M51	Atteintes d'autres disques intervertébraux	1 277	9	9	1%	379	336	116	65%	378	3	47	34%		
O82	Accouchement unique par césarienne	1 258	1	176	14%	365		421	62%	240		55	23%		
I50	Insuffisance cardiaque	1 248	157	162	26%	115	67	221	32%	333	61	130	42%	2	0,16%
M17	Gonarthrose [arthrose du genou]	1 113	21	50	6%	64	222	239	47%	323	24	170	46%		
F32	Episodes dépressifs	1 109	3	155	14%	320	72	208	54%	229	66	56	32%		
K40	Hernie inguinale	1 090	75	140	20%	233	197	158	54%	167	51	69	26%		
I83	Varices des membres inférieurs	884	88	82	19%	234	187	51	53%	94	9	139	27%		
C50	Tumeur maligne du sein	840	3	94	12%	246	113	161	62%	155	6	62	27%		
N20	Calcul du rein et de l'uretère	824	1	109	13%	118	102	89	38%	327	16	62	49%		
C34	Tumeur maligne des bronches et du poumon	820	9	102	14%	285	63	101	55%	121	52	84	31%	3	0,37%
M16	Coxarthrose [arthrose de la hanche]	811	24	95	15%	31	254	145	53%	155	20	87	32%		
I20	Angine de poitrine	798	12	72	11%	136	101	267	63%	146	18	46	26%		
K35	Appendicite aiguë	631	98	65	26%	95	35	108	38%	124	8	98	36%		
K80	Cholélithiase	630	25	112	22%	136	71	87	47%	136	33	30	32%		

Remarque: Voir aussi « Hitparade » des cartes sanitaires précédentes = identique

### GDL: évolution des causes d'admission les plus fréquentes

N°	Les causes d'admission les plus fréquentes	CODE (1)	1998	1999	2000	2004
1	Accouchement unique et spontané	O80	3398	3519	3599	3084
2	Maladies chron. des amygdales et des végétations adénoïdes	J35	3474	3328	3452	1669
3	Cataracte sénile	H25	2101	2174	2285	2588
4	Cardiopathie ischémique chronique	I25	1814	1922	2088	2520
5	Atteintes d'autres disques intervertébraux	M51	1628	1848	1934	1277
6	Lésion interne du genou	M23	1785	1815	1733	1545
7	Episodes dépressifs	F32	1109	1152	1295	1109
8	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	F10	1292	1271	1278	1372
9	Diagnostic inconnu	OOO	2663	1495	1276	2942
10	Hernie inguinale	K40	1194	1250	1272	1090
11	Varices des membres inférieurs	I83	990	1002	1134	884
12	Insuffisance cardiaque	I50	1111	1115	1116	1248
13	Accouchement unique par césarienne	O82	899	975	1063	1258
15	Gonarthrose (arthrose du genou)	M17	777	826	917	1113
16	Angine de poitrine	I20	885	951	903	798
18	Tumeur maligne des bronches et du poumon	C34	797	910	840	820
19	Hypertrophie du prépuce, phimosis et paraphimosis	N47	n.d.	671	824	731

Commentaire: voir sous pages 135 et 136

**Procédures chirurgicales \* (1) (reprises par OECD)  
(CIM-MC versus Nomenclature actes méd. lux)**

	Prostatec- tomie (autre)	Cure- tage utérus gravide	Curetage utérus non gravide	Mastec- tomie	Césa- rienne	Tumeur cutanée	Prothèse hanche	Pro- thèse genou
Nomenclature luxemb.	5U45 5U46	6A71	6G86	2S41 2S42	6A61	2 G57	2E90 2E96	2E91 2E97
<b>Hôpitaux aigus</b>								
<b>SJoseph Wiltz 2004</b>			10			21	36	14
<b>HSLouis Ettelbruck 2004</b>	112	48	81	27	196	16	131	41
SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004	112	48	91	27	196	37	167	55
% Rég. Hosp. NORD 2004	13,78%	8,03%	11,48%	16,98%	14,24%	5,05%	16,52%	8,53%
<b>CHL total 2004</b>	<b>104</b>	<b>161</b>	<b>202</b>	<b>52</b>	<b>435</b>	<b>251</b>	<b>109</b>	<b>49</b>
Chl Luxembourg 2004	104	161	202	52	435	251	109	49
Chl Eich 2004								
<b>CSThérèse Lux. 2004</b>	<b>167</b>		<b>20</b>	<b>14</b>		<b>112</b>	<b>177</b>	<b>119</b>
<b>CHK total 2004</b>	<b>110</b>	<b>260</b>	<b>242</b>	<b>25</b>	<b>419</b>	<b>49</b>	<b>208</b>	<b>131</b>
H. Kirchberg 2004	110	9	23	9		45	208	131
H.Bohler 2004		251	219	16	419	4		
Cl. Ste Elisabeth Lu 2004								
Cl. Sacré Cœur Lu 2004								
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004	381	421	464	91	854	412	494	299
% Rég. Hosp. CENTRE 2004	46,86%	70,40%	58,51%	57,23%	62,06%	56,28%	48,86%	46,36%
<b>CHEM total 2004</b>	<b>178</b>	<b>98</b>	<b>174</b>	<b>29</b>	<b>267</b>	<b>127</b>	<b>227</b>	<b>170</b>
HV Esch-Alzette 2004	173	93	152	27	267	119	218	161
HV Dudelange 2004	5	5	22	2		8	9	9
<b>CSMarie Esch 2004</b>	<b>45</b>			<b>4</b>		<b>45</b>	<b>21</b>	<b>14</b>
<b>HPMA Niederkorn 2004</b>	<b>96</b>	<b>31</b>	<b>64</b>	<b>8</b>	<b>59</b>	<b>111</b>	<b>102</b>	<b>107</b>
SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004	319	129	238	41	326	283	350	291
% Rég. Hosp. SUD 2004	39,24%	21,57%	30,01%	25,79%	23,69%	38,66%	34,62%	45,12%
INCCI 2004	1							
<b>nbre Total H aigus 2004</b>	<b>813</b>	<b>598</b>	<b>793</b>	<b>159</b>	<b>1 376</b>	<b>732</b>	<b>1 011</b>	<b>645</b>
<b>Remarques:</b>								
5A21 = prostatectomie pour adénome (la nomenclature actuelle ne permet pas de préciser s'il s'agit de prostatectomies transurétrales ou non)								
5A22 = Prostatectomie totale pour cancer								
<b>Les codes 5U45 et 5U46 de la nomenclature actuelle comprennent un certain nombre de résections de la prostate qui ne peut être précisé correctement</b>								
5U45 = électrorésection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale y compris une éventuelle ligature des canaux déférents								
5U46 = électrorésection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale y compris une éventuelle ligature des canaux déférents, combinée à une urétrotomie interne								

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

**Commentaire:** voir aussi page 156

Comme l'étude luxembourgeoise de 2000 sur la cholécystectomie, de nombreuses autres études publiées dans les revues médicales les plus illustres (*Lancet, British Medical Journal, etc ...*) démontrent à l'illustration d'autres procédures chirurgicales ou médicales, qu'il y a bien un lien entre la quantité des actes (par le même opérateur, mais aussi au sein de la même institution) et la qualité des résultats. Le seuil minimal étant généralement de 35 à 50 procédures par an et par prestataire.

Ces tableaux sur les lieux et le nombre de procédures dans les différents établissements du GDL laissent par conséquent deviner les concentrations à opérer et l'étude sur les services hospitaliers de 2001 pointe les mécanismes pour ce faire.

## Lits occupés en moyenne \* (LOM) par catégorie de diagnostic (classification ICD 10)

	Chapitre I	Chapitre II	Chapitre III	Chapitre IV	Chapitre V	Chapitre VI	Chapitre VII	Chapitre VIII	Chapitre IX	Chapitre X	Chapitre XI
	Certaines maladies Infect et parasit.	Tu-meurs	Maladies du sang et des org. hémato-poiétiques et certains troubles du système immunitaire	Maladies endocrin. nutritionn. et métaboliques	Troubles mentaux et du comport.	Maladies du système nerveux	Maladies de l'œil et de ses annexes	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Maladies de l'appareil circul.	Maladies de l'app. resp.	Maladies de l'appareil digestif
ICD 10	A00 - B99	C00-D48	D50-D89	E00-E90	F00-F99	G00-G99	H00-H59	H60-H95	I00-I99	J00-J99	K00-K93
<b>Hôpitaux aigus</b>											
<b>SJoseph Wiltz 2004</b>	0,66	5,02	1,08	1,29	1,60	0,52	1,47	1,82	12,23	8,25	8,58
<b>HSLouis Ettelbruck 2004</b>	1,49	19,36	0,79	2,75	31,22	13,01	1,28	1,15	28,60	14,66	16,25
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	2,15	24,38	1,87	4,04	32,82	13,53	2,75	2,97	40,83	22,91	24,84
<b>CHL total 2004</b>	14,64	52,40	2,19	4,92	51,30	17,35	4,17	1,41	51,29	23,65	31,80
Chl Luxembourg 2004	14,64	52,40	2,19	4,92	51,30	17,35	4,17	1,41	51,29	23,65	31,80
Chl Eich 2004	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>CSThérèse Lux. 2004</b>	2,26	29,73	1,53	6,47	16,70	9,27	3,39	1,28	20,01	15,56	19,61
<b>CHK total 2004</b>	2,01	24,67	0,73	2,81	50,56	7,10	1,32	0,72	36,44	15,20	18,13
H. Kirchberg 2004	1,97	20,12	0,73	2,67	50,56	7,10	1,32	0,72	36,43	15,20	18,11
H.Bohler 2004	0,04	4,55	0,00	0,14	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,02
Cl. Ste Elisabeth Lu 2004	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cl. Sacré Cœur Lu 2004	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cl. St. François Lu 2004	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>SsTotal Rég. Hosp. CEN-TRE 2004</i>	18,92	106,80	4,45	14,21	118,55	33,72	8,88	3,41	107,75	54,41	69,54
<b>CHEM total 2004</b>	2,58	36,16	1,18	5,87	36,39	15,13	1,95	0,42	35,05	20,67	21,17
HV Esch-Alzette 2004	2,58	35,64	1,02	5,41	35,38	14,12	1,95	0,41	34,32	19,44	19,60
HV Dudelange 2004	0,00	0,53	0,16	0,47	1,02	1,01	0,00	0,01	0,74	1,24	1,58
<b>CSMarie Esch 2004</b>	0,43	9,62	0,55	1,54	8,89	4,33	2,49	1,47	9,01	5,92	5,55
<b>HPMA Niederkorn 2004</b>	2,68	17,82	0,79	5,48	9,09	4,01	0,04	0,18	25,11	9,45	14,41
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	5,70	63,61	2,52	12,90	54,38	23,48	4,47	2,06	69,17	36,04	41,13
INCCI 2004	0,00	0,17	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,91	0,03	0,00
<b>Nombre Total H aigus 2004</b>	<b>27</b>	<b>195</b>	<b>9</b>	<b>31</b>	<b>206</b>	<b>71</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>229</b>	<b>113</b>	<b>136</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire:

Ce tableau montre clairement :

- 1) que des prises en charge spécialisées sont toujours faites, on ne sait pas comment, dans des établissements respectivement services non spécialisés;
- 2) qu'il peut y avoir soit un problème de cohérence, soit de définition, mais en tout cas d'utilisation judicieuse du couple services médicaux de base versus services spécialisés;
- 3) qu'il y a un besoin de création de services d'oncologie;
- 4) que le nombre de lits prévus pour la psychiatrie semble insuffisant, à moins d'en abréger les durées de séjour grâce aux cliniques de jour;
- 5) qu'il peut y avoir un problème d'attribution de services pour les maladies cardio-vasculaires;
- 6) qu'il est par conséquent impérieux d'édicter les normes pour les services médicaux tout en sachant que cette mesure ne sera pas suffisante si elle n'est pas accompagnée de mesures au niveau de la rétribution des prestataires (nomenclature) respectivement des établissements (budgétisation, ex. non prise en compte de l'unité d'œuvre ne correspondant pas aux missions et au profil de l'établissement (voir aussi exemples de la Belgique page 134).

## Lits occupés en moyenne \* (LOM) par catégorie de diagnostic (classification ICD 10)

	Chapitre XII	Chapitre XIII	Chapitre XIV	Chapitre XV	Chapitre XVI	Chapitre XVII	Chapitre XVIII	Chapitre XIX	Chapitre XXI		
	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Maladies du système ostéo-articul, des muscles et du tissu conjonctif	Maladies de l'appareil génito-urinaire	Grossesse, accouchement et Puerp.	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Malform. congénitales et anomalies chromos.	Symp. signes et résultats anormaux d'ex cliniques et de lab, non classées ailleurs	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséq. de causes externes	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	<b>TOTAL chap. I-XIX et chap XXI et inconnus</b>	Hospital. dont le diagnostic n'est pas connu en %
ICD 10	L00-L99	M00-M99	N00-N99	O00-O99	P00-P96	Q00-Q99	R00-R99	S00-T98	Z00-Z99		
<b>Hôpitaux aigus</b>											
<b>SJoseph Wiltz 2004</b>	0,35	4,53	1,39	0,79	0,00	0,01	1,77	4,25	0,15	56,25	0,89%
<b>HSLouis Ettelbruck 2004</b>	2,74	12,69	14,75	10,80	0,43	0,33	3,76	20,17	14,13	222,96	5,65%
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	3,09	17,22	16,14	11,59	0,43	0,33	5,53	24,43	14,28	279,21	4,69%
<b>CHL total 2004</b>	4,52	24,40	19,69	27,75	14,64	2,99	7,01	28,16	1,87	405,24	4,71%
Chl Luxembourg 2004	4,52	24,40	19,69	27,75	14,64	2,99	7,01	28,16	1,87	405,24	4,71%
Chl Eich 2004	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>CSThérèse Lux. 2004</b>	0,94	37,56	12,22	0,05	0,00	0,01	2,73	10,77	0,30	192,35	1,02%
<b>CHK total 2004</b>	2,25	30,26	10,57	25,59	0,06	0,25	7,99	27,81	3,09	277,14	3,46%
H. Kirchberg 2004	2,25	30,26	8,16	0,16	0,06	0,25	7,62	27,81	0,20	241,05	3,88%
H.Bohler 2004	0,00	0,00	2,41	25,43	0,00	0,00	0,36	0,00	2,90	36,09	0,61%
Cl. Ste Elisabeth Lu 2004	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Cl. Sacré Cœur Lu 2004	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Cl. St. François Lu 2004	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	7,70	92,22	42,47	53,39	14,70	3,25	17,72	66,73	5,26	874,72	3,50%
<b>CHEM total 2004</b>	2,44	28,69	19,27	12,39	1,62	1,39	3,78	17,88	28,94	299,86	2,29%
HV Esch-Alzette 2004	2,23	27,03	18,80	12,35	1,62	1,39	3,45	17,01	15,39	275,50	2,31%
HV Dudelange 2004	0,21	1,66	0,47	0,04	0,00	0,00	0,33	0,87	13,55	24,36	2,02%
<b>CSMarie Esch 2004</b>	0,36	7,03	2,36	0,00	0,00	0,00	0,81	4,19	0,01	68,09	5,19%
<b>HPMA Niederkorn 2004</b>	1,47	21,79	6,89	5,04	0,02	0,09	4,82	7,45	0,37	150,71	9,09%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	4,28	57,51	28,53	17,44	1,64	1,49	9,42	29,52	29,32	518,67	4,64%
INCCI 2004	0,02	0,19	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,00	11,64	2,28%
<b>Total LOM H aigus 2004</b>	<b>15</b>	<b>167</b>	<b>87</b>	<b>82</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>121</b>	<b>49</b>	<b>1684</b>	<b>4%</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

### Commentaire:

voir page précédente



CARTE SANITAIRE 2005: services médicaux des hôpitaux

Hôpitaux aigus: Services et activités de MALADIES INFECTIEUSES

Table with columns for (certains) DIAGNOSTICS ICD-10 MAL. INFECTIEUSES, and rows for hospitals like S.Joseph Wiltz, HSLouis Ettelbruck, etc. It includes sub-headers for Admissions and Lits occupés en moyenne (LOM).

Source: Ministère de la Sécurité Sociale: IGSS
Remarque: Les actes ne concernent que ceux prestés lors du séjour stationnaire des patients à l'hôpital, pour les actes ambulatoires, il est actuellement impossible de localiser le lieu de la production des actes médicaux; (hôpital ou cabinet) sous cette forme les activités médicales ne sont évidemment à prendre sous réserve.
Constat: il existe 1 service national de maladies infectieuses

= établissement avec services spécialisés

Commentaire: La répartition des admissions et LOM semble compatible avec la distribution actuelle de service.

Hôpitaux aigus: Diagnostics INCONNUS

Table with columns for (certains) DIAGNOSTICS Inconnus non indiqués, and rows for hospitals like S.Joseph Wiltz, HSLouis Ettelbruck, etc. It includes sub-headers for Admissions and Lits occupés en moyenne (LOM).

Hôpitaux aigus: INCONNUS

Table with columns for (certains) DIAGNOSTICS Inconnus non indiqués en % du total, and rows for hospitals like S.Joseph Wiltz, HSLouis Ettelbruck, etc. It includes sub-headers for Admissions and Lits occupés en moyenne (LOM).

Source: Ministère de la Sécurité Sociale: IGSS
Remarque: Les actes ne concernent que ceux prestés lors du séjour stationnaire des patients à l'hôpital, pour les actes ambulatoires, il est actuellement impossible de localiser le lieu de la production des actes médicaux; (hôpital ou cabinet) sous cette forme les activités médicales ne sont évidemment à prendre sous réserve.
Commentaire: Le nombre de diagnostics inconnus est élevé partout et spécifiquement dans la région hospitalière SUD; malheureusement, il tend à s'accroître indûment. Nous recommandons de vérifier le % de diagnostics inconnus par déclarant des diagnostics de sortie.













# CARTE SANITAIRE 2005: services médicaux des hôpitaux

## Hôpitaux aigus: Services et activités de PNEUMOLOGIE

(certains) DIAGNOSTICS  ICD -10  PNEUMOLOGIE.	Evolution du Profil basé sur les diagnostics: ( J10 > J22 = gripes, pneumopathies, affections aiguës des U.R.I. + J40 > J99 = maladies des U.R.I.)																												
	Nombre ADMISSIONS (hospitalisations de jour)							Nombre ADMISSIONS (durée de séjour > 1 journée entière)							Durée Moyenne de Séjour (DMS)				Lits occupés en moyenne (LOM)										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
SJoseph Wiltz	22	13	17	30	29	10	21	221	161	166	152	177	159	168	9,51	10,23	9,59	11,71	10,14	10,90	11,51	5,82	4,55	4,41	4,96	4,99	4,78	5,36	
HSLouis Ettelbruck	15	18	18	18	20	12	10	463	479	431	400	598	577	396	8,46	9,77	10,58	9,06	8,97	8,65	8,69	10,77	12,87	12,55	9,98	14,75	13,71	9,48	
SsTotal Rég. Hosp. NORD	37	31	35	48	49	22	31	684	640	597	552	775	736	564	8,80	9,89	10,31	9,79	9,24	9,14	9,53	16,59	17,42	16,95	14,94	19,75	18,48	14,81	
CHL total	34	26	23	35	70	55	41	701	761	1,004	1,346	1,334	1,156	1,132	8,46	9,40	8,31	6,56	6,09	6,25	5,52	16,34	19,67	22,92	24,28	22,45	19,95	17,23	
Chl Luxembourg	29	17	13	26	58	49	41	530	561	786	1,123	1,117	961	1,132	6,91	8,51	6,45	5,31	4,81	4,96	5,52	10,12	13,13	13,93	16,42	14,88	13,18	17,23	
Chl Eich	5	9	10	9	12	6		171	200	218	223	217	195		13,26	11,90	15,01	12,84	12,68	12,63	-	6,23	6,54	8,99	7,87	7,57	6,76	-	
CSThérèse Lux.	9	3	7	7	8	7	11	355	370	358	275	319	343	306	15,70	14,71	13,49	14,45	14,61	13,91	13,48	15,30	14,92	13,25	10,91	12,79	13,09	11,33	
CHK total	10	10	24	13	20	14	20	374	483	386	421	405	384	380	11,66	10,99	11,89	11,51	11,07	9,26	9,20	11,97	14,57	12,64	13,31	12,33	9,78	9,64	
H. Kirchberg						9	20							117	380	-	-	-	-	8,15	9,20	-	-	-	-	-	-	2,64	9,64
H.Bohler								1				1				1,00	-	-	8,00	-	-	0,00	-	-	-	0,02	-	-	-
Ci. Ste Elisabeth Lu	6	5	16	7	9			139	200	160	163	172	124		12,09	10,55	12,66	11,06	10,89	9,59	-	4,62	5,79	5,59	4,96	5,16	3,26	-	
Ci. Sacré Cœur Lu	4	5	8	6	11	5		229	274	217	257	233	143		10,54	10,79	10,57	14,81	11,20	9,88	-	6,62	8,12	6,31	8,33	7,18	3,88	-	
Ci. St. François Lu								5	9	9					53,20	26,87	30,11	-	-	-	-	0,73	0,66	0,74	-	-	-	-	
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE	53	39	54	55	98	76	72	1,430	1,614	1,748	2,042	2,058	1,883	1,818	11,09	11,09	10,16	8,64	8,39	8,26	7,63	43,61	49,16	48,81	48,50	47,57	42,82	38,19	
CHEM total	19	25	16	19	30	22	12	627	813	670	694	598	562	512	10,55	10,36	10,70	9,73	10,98	10,36	12,24	18,17	23,15	19,68	18,56	18,07	16,01	17,20	
HV Esch-Alzette	15	23	13	17	23	14	10	453	605	509	519	485	510	491	10,60	10,17	10,55	9,34	10,79	10,51	12,19	13,20	16,92	14,75	13,32	14,40	14,72	16,43	
HV Dudelange	4	2	3	2	7	8	2	174	208	161	175	113	52	21	10,40	10,92	11,16	10,91	11,79	8,87	13,29	4,97	6,23	4,93	5,24	3,67	1,28	0,77	
CSMarie Esch	9	6	5	10	5	4	8	121	128	126	108	131	141	111	9,57	14,22	10,61	11,57	11,92	14,06	9,64	3,20	5,00	3,68	3,45	4,29	5,44	2,95	
HPMA Niederkorn	7	4	2	7		1	5	222	270	238	224	202	231	254	16,30	16,18	12,92	12,15	12,28	14,23	13,47	9,93	11,98	8,43	7,47	6,79	9,01	9,39	
SsTotal Rég. Hosp. SUD	35	35	23	36	35	27	25	970	1,211	1,034	1,026	931	934	877	11,74	12,07	11,20	10,45	11,39	11,87	12,26	31,30	40,13	31,79	29,48	29,16	30,45	29,54	
INCCI											1				2	5	-	-	2,00	-	7,50	2,40	-	-	-	0,01	-	0,04	0,03
<b>Total Pays H. aigus</b>	<b>125</b>	<b>105</b>	<b>112</b>	<b>139</b>	<b>182</b>	<b>125</b>	<b>128</b>	<b>3,084</b>	<b>3,465</b>	<b>3,379</b>	<b>3,621</b>	<b>3,764</b>	<b>3,555</b>	<b>3,264</b>	<b>10,79</b>	<b>11,21</b>	<b>10,50</b>	<b>9,33</b>	<b>9,31</b>	<b>9,39</b>	<b>9,20</b>	<b>91,50</b>	<b>106,71</b>	<b>97,55</b>	<b>92,93</b>	<b>96,48</b>	<b>91,80</b>	<b>82,58</b>	

### Hôpitaux aigus: Services et activités de PNEUMOLOGIE

Evo. Profil des actes  PNEUMOLOGIE.	certains ACTES selon la NOMENCLATURE  (1 P11 > 1 P85 = pneumologie)						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
	SJoseph Wiltz	499	218	115	117	149	128
HSLouis Ettelbruck	1,026	963	1,030	1,203	1,403	1,438	1,428
SsTotal Rég. Hosp. NORD	1,525	1,181	1,145	1,320	1,552	1,566	1,595
CHL total	1,572	1,557	1,720	1,673	1,838	1,861	1,946
Chl Luxembourg	1,097	1,117	1,273	1,273	1,476	1,549	1,946
Chl Eich	475	440	447	400	362	312	
CSThérèse Lux.	1,036	820	810	881	923	924	841
CHK total	446	428	525	646	594	743	771
H. Kirchberg						386	771
H.Bohler						2	
Ci. Ste Elisabeth Lu	257	239	310	268	262	109	
Ci. Sacré Cœur Lu	189	189	215	377	325	248	
Ci. St. François Lu				1	5		
SsTotal Rég. Hosp. CENTRE	3,054	2,805	3,055	3,200	3,355	3,528	3,558
CHEM total	2,081	2,336	2,254	2,539	2,455	2,619	2,403
HV Esch-Alzette	2,065	2,319	2,237	2,515	2,450	2,612	2,391
HV Dudelange	16	17	17	24	5	7	12
CSMarie Esch	232	260	213	186	216	184	207
HPMA Niederkorn	290	341	325	377	455	474	1,200
SsTotal Rég. Hosp. SUD	2,603	2,937	2,792	3,102	3,126	3,277	3,810
INCCI				52	71	59	71
<b>Total Pays H. aigus</b>	<b>7,182</b>	<b>6,923</b>	<b>6,992</b>	<b>7,674</b>	<b>8,104</b>	<b>8,430</b>	<b>9,034</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale: IGSS

= établissement avec services spécialisés

Remarque: Les actes ne concernent que ceux prestés lors du séjour stationnaire des patients à l'hôpital, pour les actes ambulatoires, il est actuellement impossible de localiser le lieu de la production des actes médicaux; (hôpital ou cabinet) sous cette forme les activités médicales ne sont évidemment à prendre sous réserve.

Constats: Région hospitalière NORD: 0 service / Région hospitalière CENTRE: 1 service / Région hospitalière SUD: 1 service

#### Commentaire:

L'attribution de ces services spécialisés est discutable et les paramètres d'activités sont fort variables d'un établissement à l'autre de même que les durées moyennes de séjour.

Les prises en charge de jour sont très peu nombreuses. Une analyse plus approfondie par établissement et par rapport au détail de l'activité pourrait mieux éclairer la décision pour la réattribution de ce type de service.











**Lits occupés en moyenne \* (LOM) par région et catégorie de diagnostic  
(classification ICD 10) (1)**

	Chapitre I	Chapitre II	Chapitre III	Chapitre IV	Chapitre V	Chapitre VI	Chapitre VII	Chapitre VIII	Chapitre IX	Chapitre X	Chapitre XI
	Certaines maladies Infecti. et parasit.	Tumeurs	Maladies du sang et des org. hématopoïétiques et certains troubles du système immun.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Troubles mentaux et du comport.	Maladies du système nerveux	Maladies de l'œil et de ses annexes	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Maladies de l'appareil circul.	Maladies de l'appareil resp.	Maladies de l'appareil digestif
<b>ICD 10</b>	<b>A00 - B99</b>	<b>C00-D48</b>	<b>D50-D89</b>	<b>E00-E90</b>	<b>F00-F99</b>	<b>G00-G99</b>	<b>H00-H59</b>	<b>H60-H95</b>	<b>I00-I99</b>	<b>J00-J99</b>	<b>K00-K93</b>
	<b>Hôpitaux aigus</b>										
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999</i>	2,94	20,67	1,31	5,13	19,54	20,54	3,90	3,82	52,82	25,38	26,87
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	12,39	98,57	5,49	16,08	75,91	28,32	6,60	3,75	106,70	58,56	50,20
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999</i>	7,73	59,02	2,96	11,61	76,01	34,55	5,77	4,32	84,79	52,43	52,68
<b>Nombre Total H aigus 1999</b>	<b>23,05</b>	<b>178,26</b>	<b>9,76</b>	<b>32,82</b>	<b>171,46</b>	<b>83,40</b>	<b>16,27</b>	<b>11,88</b>	<b>244,31</b>	<b>136,37</b>	<b>129,75</b>
<b>ICD 10</b>	<b>A00 - B99</b>	<b>C00-D48</b>	<b>D50-D89</b>	<b>E00-E90</b>	<b>F00-F99</b>	<b>G00-G99</b>	<b>H00-H59</b>	<b>H60-H95</b>	<b>I00-I99</b>	<b>J00-J99</b>	<b>K00-K93</b>
	<b>Hôpitaux aigus</b>										
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	2,15	24,38	1,87	4,04	32,82	13,53	2,75	2,97	40,83	22,91	24,84
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	18,92	106,80	4,45	14,21	118,55	33,72	8,88	3,41	107,75	54,41	69,54
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	5,70	63,61	2,52	12,90	54,38	23,48	4,47	2,06	69,17	36,04	41,13
INCCI 2004	0,00	0,17	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,91	0,03	0,00
<b>Nombre Total H aigus 2004</b>	<b>26,76</b>	<b>194,97</b>	<b>8,84</b>	<b>31,14</b>	<b>205,75</b>	<b>70,73</b>	<b>16,10</b>	<b>8,44</b>	<b>228,66</b>	<b>113,39</b>	<b>135,51</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

**Remarque:**

Les tableaux sur les lits occupés en moyenne par catégorie de diagnostic ont été reproduits ici parce que ces catégories sont à voir en relation directe avec l'attribution des services médicaux dont il est question ci-après.

La comparaison des besoins dans le temps (1999 resp. 2004) permet également de renseigner sur la pérennité des besoins en services par région hospitalière.

Pour savoir à quels hôpitaux, au niveau des régions, il y a lieu d'implanter les services requis, les tableaux afférents, détaillés par hôpital, livrent la réponse.

**Lits occupés en moyenne \* (LOM) par région et catégorie de diagnostic  
(classification ICD 10) (2)**

	Chapitre XII	Chapitre XIII	Chapitre XIV	Chapitre XV	Chapitre XVI	Chapitre XVII	Chapitre XVIII	Chapitre XIX	Chapitre XXI		
	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Maladies de l'appareil génito-urinaire	Grossesse, accouchements et puerpéralité	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classées ailleurs	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	<b>TOTAL chap. I-XIX et chap XXI et inconnus</b>	Hospitalisations dont le diagnostic n'est pas connu en %
<b>ICD 10</b>	<b>L00-L99</b>	<b>M00-M99</b>	<b>N00-N99</b>	<b>O00-O99</b>	<b>P00-P96</b>	<b>Q00-Q99</b>	<b>R00-R99</b>	<b>S00-T98</b>	<b>Z00-Z99</b>		
<b>1999</b>	<b>Hôpitaux aigus</b>										
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 1999</i>	2,89	20,15	13,44	14,53	1,01	0,26	5,79	31,27	0,25	<b>275</b>	0,80%
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 1999</i>	9,98	86,46	34,68	55,73	14,76	4,01	24,58	76,05	5,15	<b>785</b>	1,40%
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 1999</i>	5,17	60,48	31,94	18,41	1,38	1,00	12,31	41,52	1,27	<b>568</b>	0,48%
<b>Nombre Total LOM H aigus</b>	<b>18,04</b>	<b>167,09</b>	<b>80,07</b>	<b>88,66</b>	<b>17,15</b>	<b>5,27</b>	<b>42,68</b>	<b>148,84</b>	<b>6,66</b>	<b>1628</b>	<b>0,98%</b>
<b>ICD 10</b>	<b>L00-L99</b>	<b>M00-M99</b>	<b>N00-N99</b>	<b>O00-O99</b>	<b>P00-P96</b>	<b>Q00-Q99</b>	<b>R00-R99</b>	<b>S00-T98</b>	<b>Z00-Z99</b>		
<b>2004</b>	<b>Hôpitaux aigus</b>										
<i>SsTotal Rég. Hosp. NORD 2004</i>	3,09	17,22	16,14	11,59	0,43	0,33	5,53	24,43	14,28	<b>279</b>	<b>4,69%</b>
<i>SsTotal Rég. Hosp. CENTRE 2004</i>	7,70	92,22	42,47	53,39	14,70	3,25	17,72	66,73	5,26	<b>875</b>	<b>3,50%</b>
<i>SsTotal Rég. Hosp. SUD 2004</i>	4,28	57,51	28,53	17,44	1,64	1,49	9,42	29,52	29,32	<b>519</b>	<b>4,64%</b>
<i>INCCI 2004</i>	0,02	0,19	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,00	<b>11,64</b>	2,28%
<b>Nombre Total LOM H aigus</b>	<b>15,09</b>	<b>167,15</b>	<b>87,14</b>	<b>82,42</b>	<b>16,77</b>	<b>5,09</b>	<b>32,67</b>	<b>120,69</b>	<b>48,85</b>	<b>1684</b>	<b>4,04%</b>

Source: Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS, MS/BB/CD

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 compétences et un volume suffisant d'activités spécifiques.

Toutefois, sous la pression des demandes (hôpitaux et médecins), l'attribution des services a été faite, de façon empiriquement justifiée, sans être précédée de règles (normes) et de mécanismes de financement de l'activité médicale adaptés à la nouvelle situation.

Ainsi les objectifs recherchés n'ont pu être atteints que partiellement et la dispersion des activités, même très spécialisées, a persisté tout en étant remboursées. Entre-temps le paysage hospitalier, suite à des fusions et coopérations a considérablement évolué et l'acceptation des services a fait son chemin. Toutefois les données à disposition, faute de précisions, ne permettent pas d'affirmer si les services jouent actuellement le rôle voulu et si les filières de soins fonctionnent.

Toujours est-il que

1) les statistiques sur les 7 dernières années démontrent quels services spécialisés sont nécessaires et utiles et où il y a lieu de les implanter,

2) des propositions, résumées ci-après, sur les règles (normes) de service ont été émises consensuellement par un groupe de travail pluridisciplinaire\* mis en place par le Ministre de la Santé en 2002. Elles préconisent notamment les mesures suivantes:

- Présence d'un nombre suffisant de médecins (à préciser) de la spécialité qui donne le nom au service pour garantir la continuité des prises en charge spécialisées et pour servir de référents à d'autres établissements dépourvus de la spécialité en question,
- Un médecin coordinateur de service (mandat limité dans le temps, nommé par l'organisme gestionnaire sur avis du directeur comme suite à une proposition du Conseil médical) pour laquelle l'AMMD vient de proposer une description de la fonction et du rôle,
- Un projet de service réaliste reproduisant un concept explicite de prise en charge global et longitudinal du patient sur base de référentiels (clinical guide-lines/ protocoles) de bonne pratique identifiés,
- Une politique et des procédures écrites de gestion en rapport avec l'organisation (admissions, sorties, urgences, etc ...) et de gestion de risques spécifiques (prévention des infections, de la dépendance, des vigilances, registre des « adverse events »).
- Un enregistrement et un échange de données avec la direction, le suivi de tableaux de bords de gestion des performances (volumes, durées moyennes de séjour, ratio des complications, décès, etc ...), des résultats clients (satisfaction) et autres, budgétaires et financiers (conformité par rapport au budget),
- Un rapport d'activités annuel à l'organisme gestionnaire via l'entremise du directeur, avec notamment benchmarking des résultats par rapport aux références choisies, etc ...

Mais au-delà, il faudra agir sur l'affinement des diagnostics (ICD 10, 4 digits) et surtout sur la nomenclature et certaines libertés des organismes gestionnaires (plus amplement détaillées sous le chapitre « Réflexions et propositions » ci-après) et donner au plan hospitalier une assise légale plus étendue, voire adapter la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

---

Voir sous [www.etat.lu/MS/archives](http://www.etat.lu/MS/archives): Réflexions et propositions pour l'attribution des services médicaux aux hôpitaux  
Rapport du Groupe de travail services hospitaliers publié le 25 juillet 2002.

## Secteur hospitalier : synthèse des observations

- **Des infrastructures modernisées**

Par le biais de la loi du 21 juin 1999, le législateur s'est donné les moyens de subsidier ces investissements pour tous les établissements indépendamment de leur statut. Via une hiérarchisation des priorités (sécurisation, mise en hygiène et modernisation des équipements et du confort) privilégiant les principaux établissements et les plus vétustes, l'Etat a investi plus de 620 000 000 € depuis 1999 dans une modernisation sans précédent qui reste à parfaire surtout dans la région hospitalière du Sud.

- **Des structures et une organisation harmonisées, mais**

Les structures visées par la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, sont en place partout, mais ne fonctionnent souvent pas avec l'efficacité que le législateur avait voulue. Au regard du nombre de réunions par an et en l'absence de rapports et de bilans annuels. Il ressort notamment que de nombreux organes ne peuvent fonctionner. Au-delà du zèle hétérogène des répondants au questionnaire aux hôpitaux pour les besoins de la carte sanitaire, nos observations confirment que l'organisation formelle n'a pas suivi l'évolution impulsée. C'est surtout le système d'information interne de la plupart des établissements qui est d'un autre temps, malgré des investissements importants dans l'informatique. Nos observations confortent malheureusement notre pressentiment que dans la plupart des établissements les seules données disponibles sont celles sur la budgétisation et le PRN, mais qu'il n'y a pas d'enregistrements fiables sur la nature des activités et sur les résultats.

Dès lors, si nos (grands) hôpitaux font partie entre-temps des plus grands employeurs du pays, ce sont probablement les seules entreprises où ni le directeur, ni l'organisme gestionnaire ne savent ce qui arrive et ce qui advient des clients, raison d'être de l'entreprise.

Faute de données chiffrées et en l'absence de tableaux de bords à jour, de production, de gestion financière, de « risk-management », d'indicateurs de qualité et de satisfaction, ou encore de résultats et de performances comparées, organismes gestionnaires et directions sont dans l'impossibilité de piloter l'établissement de façon proactive. Ils ignorent même souvent quelles activités les médecins agréés assurent à l'hôpital, ni quels diagnostics ils y prennent en charge. Quant aux médecins, ils ne sont pas intégrés comme partenaires de l'entreprise et en général même pas mis au courant des résultats des négociations budgétaires.

Il en ressort qu'il y a un problème évident de communication et de circulation de l'information et peut-être aussi de mentalité. Pour la plupart, se situer par rapport à ses résultats dans le temps, se comparer aux autres, faire du benchmarking et s'interroger sur ses performances ne peut devenir actuellement que réalité par l'intermédiaire de la carte sanitaire; or la « timeliness » de celle-ci est, du moins sous la forme actuelle, insuffisante pour servir d'instrument de gestion.

- **une gestion et un management (de la plupart) des hôpitaux qui restent largement à parfaire**

Pour progresser à ce niveau, il faudra dès lors l'implémentation d'un système d'information, de préférence sous-produit automatiquement généré, à partir du dossier informatisé du patient. Un tel outil pourra servir de prémisses pour créer les instruments nécessaires pour sortir d'un pilotage à vue perpétuel et pour se mettre en mesure, sans préjudice de certaines habilités qui demandent une formation afférente, de diriger de façon plus sereine, sur base de faits et de chiffres et pour pouvoir s'engager dans une démarche d'amélioration continue.

En l'absence de contrôles et de stimuli forts (notamment avant l'introduction de l'EFQM), il y a lieu de s'interroger sur la façon d'approfondir l'implémentation des dispositions et l'esprit de la loi sur les hôpitaux, respectivement sur la façon de l'améliorer.



- **des services médicaux... sur papier**

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 compétences et un volume suffisant d'activités spécifiques. Toutefois, sous la pression des demandes – hôpitaux et médecins – l'attribution des services a été réalisée de façon empirique sans être assortie préalablement de règles et de mécanismes de financement de l'activité médicale adaptés à la nouvelle situation.

Ainsi les objectifs recherchés n'ont été atteints que partiellement. La dispersion des activités spécialisés au-delà des services spécialisés, s'est maintenue du fait que les dispositions de la nomenclature prévoient que les médecins sont remboursés de leurs prestations peu importe où ils les effectuent. Par conséquent, ceux qui n'ont pas accès à un service spécialisé continuent à prêter leurs activités spécialisées, sans contrainte aucune, en dehors des services spécialisés, ce qui a évidemment pour effet que ces services spécialisés sont assez souvent court-circuités. Ce court-circuitage est évidemment contraire à l'intention du législateur et peut constituer une perte de chances pour les patients. Investir des moyens conséquents (équipements, personnel spécialisé etc ...) dans les services spécialisés et permettre ou tolérer, sans aucun contrôle, leur court-circuitage est pour le moins illogique.

Cette regrettable incongruité due à l'absence de coordination entre les stipulations du règlement sur le plan hospitalier et celui sur la nomenclature des actes donne à des paradoxes, coûteux et au détriment de la qualité des soins, qu'il convient d'éliminer. Heureusement entre-temps, le paysage hospitalier, suite à des fusions et coopérations, a considérablement évolué et l'acceptation des services a fait son chemin. Toutefois, si par manque de précision des données disponibles on ne peut pas encore constater si les services remplissent mieux le rôle voulu et si les filières de soins fonctionnent, il est un fait certain que la problématique de l'interférence de la nomenclature n'est pas encore résolue actuellement.

Mais les statistiques de ces sept dernières années démontrent maintenant à suffisance quels services spécialisés sont nécessaires et utiles et où il y a lieu de les implanter. Par ailleurs, il est renvoyé (page 175) aux propositions sur les règles de service qui ont été émises par un groupe de travail pluridisciplinaire mis en place par le Ministre de la Santé en 2002.

Pour progresser, il s'impose dès lors de traduire les propositions du groupe de travail sur les services médicaux dans les normes prévues par la loi, mais au-delà il faudra agir sur la nomenclature, sinon cet exercice restera strictement inutile.

Ce qui précède illustre que le Ministre devait avoir de bonnes raisons pour n'accorder des prorogations conditionnelles des autorisations d'exploitation sous forme de mises en demeure. Certes, le questionnaire pour la carte sanitaire devra être amélioré mais cela ne résoudra pas les problèmes décelés. Pour pouvoir progresser, il est urgent et indispensable de trouver des solutions pour améliorer le système d'information, pour éliminer les in-congruences entre réglementations, mais aussi pour formaliser la gestion interne et stimuler la qualité de la gouvernance et du management dans la plupart de nos hôpitaux.

- **des dotations en personnel équitables et généreuses en comparaison avec l'étranger**

Les dotations en personnel soignant des unités d'hospitalisation sont accordées sur base de la mesure de la charge de travail requise via le PRN. Cette méthodologie permet de traiter les établissements de façon objective et équitable; aucun de nos pays voisins ne peut se targuer d'avoir, au niveau national, une politique de dotation en personnel, même si le système pourra être perfectionné avec l'introduction du dossier patient informatisé et du règlement sur les normes.

Pour ce qui est des dotations, des services médico-techniques, elles sont calculées en fonction des unités d'œuvre, ce qui explique la croissance récente de la hausse conséquente du personnel total quasiment pour tous les établissements.

En effet, la croissance de ces activités survient essentiellement à la suite de la grande embauche et débauche de médecins aux hôpitaux en prévision de 2003 où, à l'occasion de l'ouverture des nouvelles infrastructures du Kirchberg et de l'Hôpital d'Ettelbruck, un organisme gestionnaire après l'autre a profité de ses prérogatives pour recruter, peut-être autant pour ne pas perdre des parts de marché que par nécessité de maintenir la continuité du fonctionnement des services médicaux.

Pourtant, aucune étude internationale n'a pu prouver qu'il existait, dans certaines limites données, une corrélation entre la densité des médecins par pays et la performance du système de santé, ni par rapport à la longévité en bonne santé, respectivement la satisfaction des patients à l'égard du système de santé. Par contre, une corrélation entre la densité médicale et les dépenses de santé par tête d'habitant, surtout lorsque ces dernières sont publiques, semble a priori plus évidente lorsqu'on compare les données OECD ou OMS afférentes.

- **des équipements hospitaliers de pointe**

Dans le cadre de la modernisation des infrastructures, les équipements ont également été renouvelés, sans préjudice du remplacement de l'équipement lourd prévu par le plan hospitalier et de celui accordé par l'UCM, pour les équipements plus ordinaires, dans le cadre du financement d'exploitation. Il ressort des comparaisons internationales que le Grand-Duché bénéficie de la plus forte densité au niveau mondial en IRM, PET-scan, équipements de tomodensitométrie, appareils de mammographie, etc.

Les équipements dont s'est doté le Grand-Duché permettent de pratiquer une médecine selon les acquis de la science. Les délais d'accès (listes d'attente) sont courts ou inexistantes, sauf pour l'IRM. Mais le système de financement à l'acte sans conditions et contrôle (d'indications) peut aussi inciter à une exploitation maximale et à un entraînement des coûts. Il n'y a pas de garde-fous pour que ces équipements soient utilisés rationnellement et à bon escient? On connaît l'évolution rapide des actes médico-techniques. Il est probable que cette croissance est due en bonne partie à la logique du système de financement et au souhait – souvent non justifié médicalement – des patients de pouvoir profiter des dernières nouveautés, que motivée par les exigences médicales.

- **des activités en pleine croissance**

De 1998 à 2004, la population résidente a augmenté de 6 %, mais elle n'a pas vieilli. Le nombre des médecins a progressé de 20 %; cette augmentation est encore plus sensible pour les médecins spécialistes (+22 %), pratiquement tous agréés à un hôpital.

***des activités médico-techniques***

Le développement de l'activité provient essentiellement du secteur médico-technique. En effet, les accouchements ont évolué au même rythme que la population générale (+7%) tandis que les interventions chirurgicales ont augmenté de 10%, les prestations de laboratoire de 15%, les actes de dialyse de 17%, les actes d'imagerie médicale de 19% et les actes de chimiothérapie de 40%. La fréquentation des polycliniques et services d'urgence connaît une croissance record avec une augmentation des passages supérieure à 41 %.

Les raisons de l'augmentation dis-proportionnelle de cette activité par rapport à l'augmentation de la population et équitablement répartie sur quasiment tous les établissements, sont certainement à rechercher dans la création au Grand-Duché de nouveaux services tels que la radiothérapie et l'INCCi, l'introduction de nouvelles activités comme la chirurgie de la main, l'acquisition de nouveaux équipements comme les scanners et surtout les équipements de résonance magnétique. Mais l'hypothèse la plus plausible paraît être l'accroissement d'échelle de l'activité dû à l'accroissement du nombre de médecins agréés aux hôpitaux. Le même phénomène de croissance s'observe d'ailleurs dans le secteur extrahospitalier (laboratoires, physiothérapie).

Rappelons également que le recrutement et l'agrément des médecins aux hôpitaux relève de la seule faculté des organismes gestionnaires et que le conventionnement obligatoire ne limite pas l'exercice des activités de leur spécialité. De plus, hormis la déontologie, il n'y a ni règles, ni contraintes, ni contrôle de l'activité médicale dont l'opportunité et la démarche sont laissées à la discrétion de chaque praticien. Ceux-ci ne sont d'ailleurs que trop rarement rétro-informés sur les résultats, les coûts et les performances de leurs pratiques.

## ***des activités d'hospitalisation***

En ce qui concerne les hôpitaux aigus, le nombre de lits budgétisés, qui correspond en 2005 au nombre de lits planifiés, a diminué de 104 unités depuis 1999. Alors que le nombre de lits occupés en moyenne a augmenté de 45 unités, ce qui est signe d'une amélioration de la performance, mais pendant la même période le nombre de diagnostics inconnus a plus que quadruplé, en passant de 0,9 à 4,1 %, ce qui est inquiétant comme évolution.

Toutefois, avec ses 5 pour mille de lits aigus en 2005, le Grand-Duché se situe encore au-dessus de ses voisins belges et français, ainsi qu'au-dessus de la moyenne européenne (4,1 pour mille en 2002 selon l'OCDE). De même, les lits théoriques (budgétisés/planifiés) ne sont que très moyennement occupés et la différence entre les taux d'occupation, qu'il y a lieu de considérer en relation directe – mais inverse – avec la durée moyenne de séjour, est considérable. En 2004, sur 2504 lits théoriques, ramenés à 2327 en 2005, 1704 lits seulement étaient occupés en moyenne.

On peut supposer que les établissements ont réduit le taux d'occupation des lits, via une réduction du nombre de lits par chambre, suite à une forte demande de chambres individuelles, mais qu'ils ont été contraints aussi de réduire temporairement le nombre de lits pendant les travaux de modernisation. Il serait donc prudent, avant tout autre progrès en cause, de faire le point par établissement pour vérifier, combien de lits peuvent effectivement encore être mis en service de façon pérenne. Parmi ces lits, il y a lieu aussi de clarifier la situation de ceux réservés aux soins palliatifs et aux soins intensifs pour lesquels, par mesure d'équité, des critères d'admission objectifs devraient être introduits.

Toujours est-il que depuis 1998, les journées ont diminué de 8% et on note une évolution, variable selon les établissements, vers des prises en charge ambulatoires, moins coûteuses et aussi efficaces. Pendant la même période, les admissions ont augmenté de 13,5%, ce qui explique les diminutions des durées moyennes de séjour, qui sont proches de celles des pays voisins.

Quant aux causes d'admissions les plus fréquentes, l'expérience montre qu'il s'agit toujours des mêmes.

### **• des résultats de l'activité hospitalière**

Il est regrettable que le nombre de diagnostics de sortie inconnus trop élevé est en recrudescence ces dernières années à certains établissements, mais c'est aussi une preuve supplémentaire de l'inefficacité de notre système de contrôle.

Il est également regrettable qu'on n'ait aucune information sur les 98% des patients qui repartent vivants de l'hôpital! Où vont-ils? Dans quel état? Sont-ils satisfaits de leur prise en charge?

Pour ce qui est des 2% des personnes admises à l'hôpital qui y décèdent, on connaît juste la cause de mortalité, mais sont-elles validées; aucun effort n'a jamais été fait en matière de vérifications et d'éventuelles préventions. On ignore combien de patients ont pu bénéficier de soins palliatifs, s'ils ont pu mourir en dignité, si leur prise en charge ainsi que celle de leurs proches était satisfaisante..

Il est vrai qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de méthodologie globale pour mesurer et comparer les résultats (pour le devenir des patients) et nous sommes dès lors réduits à nous satisfaire de résultats intermédiaires et indirects tels que les durées moyennes de séjour, les diagnostics et modes de prise en charge, les fréquences et causes d'admission/sorties et de mortalité ... or en l'affaire il faut être conscient que les instruments de mesure sont loin d'être parfaits et manquent de précision.

Toutefois, en comparant les résultats de nos hôpitaux avec l'étranger, nous pouvons être rassurés

Dans leur ensemble, nos hôpitaux ne font de toute évidence pas moins bien que ceux d'Allemagne, de Belgique ou de France. Sur les nombreux paramètres analysés, nous n'avons trouvé aucun résultat déviant.

Nous pouvons être fiers de ce que nous faisons bien, voire mieux que les autres. Tous ceux qui y ont contribué sont à féliciter; mais gageons que leurs exploits seraient encore mieux mis en valeur si on mesurait la satisfaction des patients, 6 semaines, voire un an après leur sortie; ces renseignements seraient par ailleurs précieux pour améliorer encore prestations et services.

Ceci étant il y a lieu à priori de penser que nous pouvons avoir confiance en nos hôpitaux.

### **• de la qualité des prestations**

Le patient est tributaire de l'hôpital, de plus en plus souvent prestataire unique au niveau régional ou national, et de son offre monopolistique. En effet, hormis en cas d'urgence, il a théoriquement le libre choix: mais que vaut ce choix s'il n'est pas éclairé, faute d'informations sur les résultats, la qualité des prestations de l'hôpital ou des médecins y exerçant. A l'heure actuelle le patient n'a que sa foi et sa confiance pour croire qu'il existe des procédures et que la bonne organisation, la loi et les contrôles lui garantissent un minimum de risques et un maximum de chances d'être bien soigné.

Faute d'informations, de contrôles et d'évaluations comparatives accessibles au public, des interrogations, notamment de la part d'externes, sur le niveau de la qualité dans nos hôpitaux sont parfaitement pertinentes.

Il y a indubitablement eu des efforts en la matière grâce au système des incitants qualité, convenu, moyennant bénéfice budgétaire, entre l'UCM et l'EHL. Toutefois, les retombées pérennes restent difficiles à apprécier faute d'instruments de mesure et de contrôle ; mais tel est encore davantage le cas pour les dispositions de la loi en ce qui concerne les aspects qualité et le respect des droits des patients.

Pour convaincre de la qualité de nos hôpitaux il faut en publier les résultats. Ceux-ci doivent être comparables et se baser sur une méthodologie incontestable. De plus en plus d'initiatives internationales émergent et il serait dommage de rater le train.

## • **Constats et Perspectives**

Pour sauver un système hospitalier à la dérive fin des années 80, les gouvernements successifs ont mené une politique hospitalière de réforme conséquente au niveau du financement, de l'organisation et des investissements dans les infrastructures et équipements.

Ces mesures étaient incontournables, mais ces investissements, le « rapatriement » de certaines activités (radiothérapie, chirurgie cardiaque) ainsi que la reprise (du financement) de certains secteurs (psychiatrie, rééducation fonctionnelle) par l'UCM, mais aussi un certain développement spontané, du fait notamment d'une impossibilité du contrôle du recrutement des médecins, ont amené une croissance des activités supérieure à celle de l'évolution de la population, malgré une réduction des lits aigus. Ce développement a naturellement entraîné une augmentation des dotations en personnel dont la densité est liée à l'activité.

Actuellement, le pays compte, outre les établissements nationaux, encore 7 structures hospitalières aiguës, dont 3 Centres hospitaliers. A terme, il est prévisible que le nombre total d'établissements se réduira encore. On observe le même phénomène en ce qui concerne la densité des lits hospitaliers, ancienne mesure étalon des hôpitaux, dont le rôle s'efface progressivement devant une activité qui devient de plus en plus médico-technique et ambulatoire.

Du fait que le système de médecine libérale en amont, peu régulé et peu coordonné, n'arrive pas à assurer notamment une continuité des soins satisfaisante, le système l'hospitalier, planifié et mieux régulé, est devenu le pilier central de la lutte contre la maladie. Il fonctionne 24 heures sur 24, concentre les équipements, compétences et ressources humaines nécessaires pour assumer ses missions qui, comme le service d'urgence, relèvent largement de l'intérêt public. Il est de ce fait devenu incontournable.

Sans aucun doute, nos hôpitaux sont devenus plus performants, mais sont-ils également devenus plus efficaces ?

L'expérience montre que les résultats en matière de planification hospitalière ont été atteints jusqu'à un certain degré, mais ont-ils permis d'atteindre les objectifs en profondeur, que le législateur a voulu leur assigner à travers la loi sur les hôpitaux ?

Le souci de ne pas nuire\*, d'apports de bénéfices\* pour le meilleur devenir des patients dans le respect de leur autonomie\*, de « justice\* », la limitation à l'utile et au nécessaire pour assurer avec équité, solidarité et une plus-value mesurable, les missions de santé et de service publics et d'en rendre compte en toute transparence et dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue, ont-ils été atteints, voir sont-ils devenus les objectifs premiers de l'hôpital ?

Nos hôpitaux peuvent-ils être pilotés actuellement pour atteindre ces objectifs ?

Sinon que reste-t-il à faire pour éviter le risque de dérives vers des sous-objectifs, moins prioritaires, parfois superfétatoires mais qui coûtent de plus en plus à la communauté.

Nous avons pensé qu'il était aussi du rôle de la carte sanitaire de rendre attentif aux carences qui persistent ... pour mieux mettre en évidence les progrès qui restent à accomplir à différents niveaux même s'ils ne relèvent pas, pour l'essentiel, directement du seul plan hospitalier.

*« Car pourquoi sinon s'interroger sur la pratique si ce n'est pour la faire évoluer, l'améliorer et mieux l'adapter aux besoins des usagers et de l'ensemble de ceux qui sont à leur service ? »* d'après FORMARIER \* voir pages 9 et 10 : Valeurs et objectifs à la base du système

**Carte Hospitalière 2005: Résumé des constats sous forme de  
Panorama (non exhaustif) des forces et faiblesses actuelles des hôpitaux**

Aspects généraux	Infrastructures (qualité, confort)	++	variable
	Equipements (densité, modernité, qualité)	+++	homogène
	Dotations (quantité et qualité)	+++	homogène
	Investissements institutionnels dans la qualité	++	variable
	Rétributions	+++	homogène
	Eventail d'offre de services (principaux et accessoires)	++	homogène
	Accessibilité	++	homogène
Activités	Paramètres d'activité dont : - DMS, - taux d'occupation (lits/ salles d'op)	++	assez homogène
	évolution des activités médicales et soignantes en termes notamment de: - volume - virage ambulatoire - performances	++	tendance plutôt homogène
Aspects en rapport avec la Gouvernance la Direction l'Organisation et la Gestion	Conceptualisation et formalisation des objectifs et des modalités du fonctionnement interne en conformité avec les missions découlant du plan hospitalier; Conception, bases et construction du projet d'établissement (et des projets de service)	--	général
	formalisation des missions, droits et responsabilités des intervenants aux différents niveaux hiérarchiques (e.a. organismes gestionnaires -direction-départements-services-prestataires agréés)	--	général
	Transparence et proactivité de l'organisation et de la gestion	---	général
	conception et organisation des processus-clefs, du système d'information, de communication et de reporting	---	général
	organisation de l'échange de données not. médicales et administratives; accès aux données agglutinées	---	général
	formalisation, coordination/organisation centrale des procédures	--	général
	conception (et circuits) de la communication, accès en temps réel aux informations nécessitées & pertinentes	---	général
	intégration des médecins dans l'organisation (direction-médecins/ corporate identity); direction/coordination de la planification, de la structuration et l'organisation de l'activité médicale; référentiels et évaluation des prestations	--	général
	portée et limites de l'exercice de la médecine; instructions de prises en charge; (clinical) guide-lines et pathways	---	général
	Focalisation sur le devenir et la qualité de vie du patient et orientation sur les résultats "patient"	--	général
	fonctionnement des organes d'évaluation et indicateurs en matière notamment: - de l'organisation et du fonctionnement - de la qualité - de la prévention des infections et des événements indésirables - des questions d'éthique	--	général
	connaissance de l'activité et utilisation des bases de données (e.a. dossier patient) pour conception de tableaux de bord de gestion notamment relatifs - à la patientèle - à l'activité, la logistique, la gestion - à la budgétisation et aux finances	----	général
	transparence de l'activité et de la compliance (lois, règlements, missions, etc ...) via notamment rapports annuels etc ...	---	général
Résultats	Patients (satisfaction, résultats concrets)	---	général
	Paramètres techniques	++	Tendance plutôt homogène
Coûts	Maîtrise de l'évolution des coûts	---	général

## HOPITAUX 2005

### EPILOGUE

*« Il y a quelques années, j'ai été gravement malade, une affection hématologique, une sorte de leucémie.*

*J'ai alors du suivre tout un tas d'examens, de bilans, d'hospitalisations, de soins, je vous passe le détail.*

*J'ai eu de la chance, je m'en suis sorti.*

*Ce qui m'a frappé de toutes ces pérégrinations, ce sont trois choses:*

- La première: c'est l'immense fragilité que l'on ressent lorsqu'on est malade, face à l'énorme machine hospitalière qui vous aborde. On se sent à la merci du bon vouloir de tous ces médecins, infirmières, secrétaires, brancardiers.*
- La deuxième: c'est l'immense besoin de gentillesse que l'on ressent à ce moment là: pas seulement le besoin d'être poliment accueilli et correctement traité. Non, davantage : le besoin de recevoir des paroles, des gestes, des attentions gentilles. Sans doute lié à cette vulnérabilité: on est comme un petit enfant qui a besoin d'amour spontanément donné, comme ça, juste parce qu'il est là et qu'il est un enfant. Sans conditions.*
- La troisième: c'est que chaque fois qu'on reçoit de la gentillesse, il se passe quelque chose dans notre corps: une onde de chaleur, de douceur, une sensation presque hormonale. Je suis sûr que cela déclenche des trucs biologiques quand on est gentil avec les malades. »*

*Raphaël*

dans : « Imparfaits, libres et heureux » de Christophe André; Odile Jacob 2006

## Transferts à l'étranger \* par diagnostic et par pays de destination

E112		2000	2001	2002	2003	2004	
	Code diagnostic	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	en % du total
		total	total	total	total	total	
T 1	Cardiologie	879	978	887	1 136	1 301	7,4%
T2	Cures thermales	81	46	46	40	52	0,3%
T3	Dermatologie	473	555	658	588	529	3,0%
T4	Endocrinologie	236	275	244	340	366	2,1%
T5	Fractures et lésions	208	231	212	207	206	1,2%
T6	Gastro-entérologie	695	698	670	755	660	3,8%
T7	Gynécologie	1 015	1 226	1 127	1 251	1 271	7,3%
T8	Hématologie	124	188	199	195	216	1,2%
T9	Malformations congénitales	1 161	1 088	938	978	1 036	5,9%
T10	Médecine dentaire	105	149	181	127	102	0,6%
T11	Maladies infectieuses	65	64	38	44	65	0,4%
T12	Neurologie	1 107	1 327	1 432	1 393	1 397	8,0%
T13	Obstétrique périnatale	94	65	75	96	78	0,4%
T14	Ophthalmologie	1 576	1 756	1 924	2 072	2 167	12,4%
T15	ORL	388	469	541	553	507	2,9%
T16	Pneumologie	164	173	199	207	238	1,4%
T17	Psychiatrie	867	1 002	983	1 094	1 115	6,4%
T18	Radiothérapie	231	107	67	51	51	0,3%
T19	Rééducation	154	240	245	233	224	1,3%
T20	Rhumatologie	2 385	3 209	3 844	3 915	3 456	19,8%
T21	Symptômes	50	49	62	44	21	0,1%
T22	Tumeurs bénignes	82	58	60	47	80	0,5%
T23	Tumeurs malignes	2 374	2 238	2 349	2 220	2 128	12,2%
T24	Urologie	30	41	50	48	65	0,4%
T25	Néphrologie	0	2	2	5	3	0,0%
T26	Médecine nucléaire	119	222	370	218	14	0,1%
T27	Radiodiagnostic	738	709	1 424	1 006	142	0,8%
T29	Dépendance	42	59	69	83	123	p.m.
<b>Total</b>		<b>15 443</b>	<b>17 224</b>	<b>18 896</b>	<b>18 946</b>	<b>17 613</b>	<b>100%</b>

Source: IGSS- UCM

### Remarques:

Il s'agit de transferts à l'étranger sur base du formulaire E 112, qui est un « bon d'autorisation ». L'actuelle procédure de saisine, à revoir, ne se fait pas suivant la codification ICD 10 et ne fournit que peu de renseignements utiles; si l'autorisation précise le mode de prise en charge et le pays de destination (voir détails sous annexe 5), on ne connaît en revanche pas les prestataires (établissements ou médecins/autres professionnels de santé) de destination et il n'y a pas de retour d'information (le patient a-t-il effectivement entamé le traitement ? Qu'est ce qu'il est devenu ? etc ... ).

L'interprétation doit se faire par conséquent moyennant ces réserves. On y notera la chute spectaculaire en 2004 sous « radiodiagnostic » (c.f. IRM et remarques afférentes), mais beaucoup de constats restent d'interprétation très difficile voire, pour le non initié, de l'ordre de la lecture dans le marc de café.

Au-delà de ce tableau, il semble que les transferts les plus nombreux soient ceux en rapport avec:

- la rééducation cardiaque (D) (F); orthopédique/de rhumatologie (D),
- les cures de désintoxication: alcool (D), drogues,
- les pathologies pédiatriques (B),
- certaines prises en charge relevant de l'ophtalmologie (D),
- les traitements de stérilité de la femme (F; B).

## Transferts à l'étranger \* (finalités) E112 du 01/01/2003 au 31/12/2003

E112 du 01/01/2003 au 31/12/2003	Consult. ou examens	Traitements ambulatoires	Traitements stationnaires	Cures	Analyses	Inconnu
Inconnus	86	28	70	1	7	
Cardiologie	258	106	444			1
Cures thermales	1	1		36		
Dermatologie	208	78	63	15	18	
Endocrinologie	99	45	59		7	
Fractures et lésions	39	26	50	3	1	1
Gastro-enterologie	200	91	167		8	
Gynécologie	218	499	70		3	
Hématologie	56	30	33		26	
Malformations congénitales	293	109	97	1	209	
Médecine dentaire	42	18	16			
Maladies infectieuses	13	9	5		3	
Neurologie	386	181	347		33	5
Obstétrique périnatale	15	15	46			
Ophthalmologie	665	241	416			1
Orl	185	73	105	2		
Pneumologie	61	17	49	12	2	
Psychiatrie	61	46	560		1	1
Radiothérapie	1	37	4			
Rééducation	2	2	193			2
Rhumatologie	874	303	1250	1	1	2
Symptomes	10	9	6		3	
Tumeurs bénignes	22	4	8			
Tumeurs malignes	598	355	494		9	3
Urologie	22	7	9			
Néphrologie	1	1	2			
Médecine nucléaire	174	31	3			
Radio-diagnostic	590	375	4			
Dépendance						
<b>Total</b>	<b>5180</b>	<b>2737</b>	<b>4570</b>	<b>71</b>	<b>331</b>	<b>16</b>
Exercice 2002 (sans dépendance)	5081	3098	4524	75	353	2
<b>Variation 2003/2002 en %</b>	<b>1,9%</b>	<b>-11,7%</b>	<b>1,0%</b>	<b>-5,3%</b>	<b>-6,2%</b>	<b>700%</b>

Source: IGSS (MS) - UCM—CM

### Commentaire:

Les transferts à l'étranger devraient être un élément important pour ajuster la planification hospitalière, mais la méthodologie d'enregistrement rend ces données, en biais par rapport à celles employées au niveau national et international, quasi inutilisables.

Il y a donc urgence de modifier la méthodologie des enregistrements et les autorités concernées (Contrôle médical, UCM, IGSS et Ministère de la Santé) devraient se concerter d'urgence, pour donner sens à cet exercice de style.



## REFLEXIONS ET PROPOSITIONS

### en rapport avec la carte sanitaire

La présente version compile toutes les données disponibles et plus ou moins valides d'une dizaine d'années, puisées à partir des sources indiquées aux figures et tableaux afférents. Cet assemblage et les comparaisons que nous en avons déduites permettent de conférer une reproductibilité à toute épreuve et donc une certaine robustesse aux observations et déductions qu'on peut tirer de cette version de la carte sanitaire.

Les données auxquelles nous avons recouru ont essentiellement été enregistrées à d'autres fins primaires, de sorte que pour la présente elles manquent souvent de degré de précision (ainsi l'ICD 10 n'est qu'à 3 digits), ou sont incomplètes, voire inexistantes pour certains domaines (ex. procédures médicales, degré d'intensité des patients de soins intensifs etc ...). Nous regrettons que c'est surtout au niveau de certains hôpitaux que la fiabilité et la validité des réponses au questionnaire de la carte sanitaire sont restées très variables, parfois précaires, de sorte que nous avons dû renoncer à reproduire bon nombre d'informations à partir de ce questionnaire, ce qui pénalise malheureusement les personnes - et nous nous en excusons - qui se sont investies le plus consciencieusement dans la collaboration à cet outil.

Cette dernière observation conforte malheureusement notre pressentiment que, dans la plupart des établissements, les seules données disponibles sont celles nécessitées pour la budgétisation et le PRN, mais qu'au-delà il n'y a pas d'enregistrements fiables sur le contenu des activités, ni d'échanges de données entre prestataires agréés et direction, et vice-versa.

Dès lors, si nos (grands) hôpitaux font partie entre-temps des plus grands employeurs du pays, ce sont probablement les seules entreprises où le directeur et l'organisme gestionnaire ne savent pas ce qui arrive aux et ce qu'il advient des clients, raison d'être de leur entreprise.

De fil en aiguille, il devient par conséquent peu probable qu'on retrouve des tableaux de bord, de production, de gestion financière, de « risk-management », de qualité, de satisfaction des patients ou encore de résultats et de performances.

Ainsi pour la plupart des établissements, se situer par rapport à ses résultats dans le temps, se comparer aux autres, faire du « benchmarking » ou s'interroger sur base de ses résultats ne devient souvent possible que grâce à cette carte sanitaire, or la « timeliness » de celle-ci est, du moins sous la présente forme, insuffisante pour servir d'instrument de gestion.

*Pour progresser à ce niveau de gestion il faudra dès lors l'implémentation d'un système d'information, de préférence sous-produit automatiquement généré, à partir du dossier (informatisé) du patient. Un tel outil permettra de créer les instruments nécessaires pour sortir d'un pilotage à vue perpétuel et pour se mettre en mesure de diriger de façon plus sereine, sur base de faits et non d'émotions, ainsi que de s'engager dans une démarche rationnelle d'amélioration continue.*

Une fois cet objectif atteint, la carte sanitaire pourra aussi profiter de ces renseignements améliorés, tout comme d'ailleurs de meilleures possibilités de « benchmarking » international qui progressent, grâce aux banques de données mises en place par l'OECD et l'OMS.

Grâce aux bons résultats révélés par nos comparaisons internationales, il n'y a pas lieu de la part de nos hôpitaux, de se soustraire à de telles comparaisons qui ne feront que valoriser les mérites incontestables de leurs collaborateurs.

La carte sanitaire démontre que:

- nos hôpitaux sont devenus plus modernes et plus performants,
- l'activité hospitalière s'est accrue, notamment dans les domaines diagnostiques, des policliniques et des services d'urgence,
- les résultats de l'activité hospitalière que nous avons pu mesurer et comparer sont du même niveau de performance que ceux de nos pays voisins.

Elle illustre également le rôle important et croissant des établissements hospitaliers dans notre système de santé mais révélera aussi des points faibles qu'il convient d'améliorer que ce soit au niveau de la saisie, de l'utilisation et de la communication des données, de la rigueur et du formalisme de la gestion, du professionnalisme de l'organisation, de la mise en valeur des résultats et de la transparence de la démarche d'amélioration sur base de données chiffrées. Si ces remarques valent pour les hôpitaux, elles valent à fortiori également pour d'autres secteurs de notre système de santé; la gestion des transferts de patients à l'étranger, n'étant qu'un exemple illustratif.

Mais la carte sanitaire pointe aussi des lacunes importantes dans le « customer relationship management » et se veut d'inciter à une réflexion en profondeur au sujet des résultats des prises en charge pour le devenir des patients, c.à.d. sur l'utilité et la pertinence de l'hôpital dont la raison d'être finale ne peut être que le meilleur devenir pour la santé du patient.

Grâce à sa nouvelle approche plus systémique, elle fait entrevoir aussi que les secteurs pré- et post- hospitaliers, sont par rapport à l'hôpital, encore davantage des véritables « électrons libres et trous noirs », qu'il y a lieu de mieux interconnecter respectivement d'explorer et d'analyser de plus près, tant en ce qui concerne le contenu et le résultat des activités, que, pour ce qui est de la pertinence, de la non redondance des activités et de la mesure de l'efficacité des services.

A travers notre approche (auto) critique mais transparente, nous espérons pouvoir générer le climat de confiance nécessaire pour une discussion rationnelle et constructive, génératrice de réflexions et d'actions concertées, qui permettent de pérenniser les points forts et d'améliorer les points faibles et, ainsi, l'efficacité de l'ensemble.

Ces différents aspects et constats méritent d'être pris en compte à leur juste mesure, aussi lors des discussions annuelles, très médiatisées, de la quadripartite, consacrées à des discussions de maintien d'équilibre financier.

Si le premier objectif de la carte sanitaire, accessible sous [www.etat.lu/ms](http://www.etat.lu/ms) est d'être un outil pour établir le plan hospitalier, il convient de souligner qu'elle bonifierait mieux à d'autres usages moyennant une accessibilité plus interactive sur un support performant (ex. Robotron), un perfectionnement de la profondeur des données qui l'alimentent (ex.: ICD 10 4 positions), de la largeur de son spectre (données sur la médecine de ville, le SAMU, la compliance aux filières de soins) et de l'ajoute de données qualitatives (enquêtes sur le devenir, la satisfaction et la qualité de vie des patients).

Mais, déjà actuellement, sa valeur ajoutée dépendra de ce qu'on veut bien en faire.

En ce qui concerne son contenu et sa présentation, nous sommes évidemment ouverts à toutes suggestions et critiques constructives.

Nous recommanderions également une expertise externe en vue du perfectionnement de cet outil pour confirmer, respectivement infirmer la crédibilité de notre démarche et de nos assertions.

Mais nous souhaitons également d'autres moyens pour pouvoir faire ce travail.

## en rapport avec le plan hospitalier

La philosophie du plan hospitalier, traduite à travers son exposé des motifs, est irréprochable, mais l'instrument ne suffit pas sous sa forme actuelle pour réussir l'implémentation pratique de ses bonnes intentions.

Si grâce aux régions hospitalières, le plan hospitalier assure une équité d'accès pour tous, son impact décélère déjà pour ce qui est du résultat voulu par le classement des hôpitaux et s'épuise quasi au niveau du résultat voulu par le classement des services, des filières de soins et des synergies.

En effet, quel que soit le classement des hôpitaux et des services, la liberté thérapeutique des prestataires reste entière et « on y fait encore de tout partout » en dépit de possibles pertes de chances pour le patient. La faute en revient aussi à la structure de la nomenclature, à la liberté, sans restrictions et sans cadre, laissée pour leur règlement général aux organismes gestionnaires et à l'absence de contrôles à tous les niveaux.

Le même phénomène s'observe au niveau des services, car la volonté du plan hospitalier est mise en cause par les stipulations de la nomenclature qui est un règlement grand-ducal au même titre que le plan hospitalier.

En effet, selon la nomenclature, il n'y a pas de condition de lieu ce qui fait que n'importe quel acte médical est rétribué partout, à tout prestataire conventionné qu'il ait la formation ou la qualification requise ou non; peu importe si l'environnement (l'hôpital, le service) dans lequel ces actes sont faits est adapté et garantit la sécurité et la continuité des soins, peu importe le résultat qui en sort pour le patient.

Les données sur les activités et les lieux d'activité à cette version de la carte sanitaire tout comme aux éditions précédentes illustrent ces assertions.

Dès lors l'implémentation, non seulement des stipulations du plan hospitalier mais également d'une grande partie des dispositions de la loi sur les établissements hospitaliers (droits du patient) restent beaucoup trop timides et reposent quasi de facto sur le seul bon vouloir et la conscience professionnelle de chaque médecin individuel et la volonté discrétionnaire des directions et des organismes gestionnaires.

Etant donné ces libertés, toute possibilité est actuellement laissée à des évolutions spontanées dans un cadre concurrentiel et expansionniste ce qui est antagoniste aux objectifs voulus notamment par les gouvernements successifs, érode jusqu'à ses fondements la planification hospitalière et pèse lourdement sur les coûts, sans apporter des preuves tangibles quant aux plus-values pour la population prise en charge.

Dès lors, une intervention active, coordonnée et systémique des tutelles semble incontournable pour ne pas hypothéquer les chances de développement durable de ce secteur, qui reste la colonne dorsale de notre système de santé pour atteindre les objectifs d'améliorations en termes de résultats et d'efficacité que le Gouvernement en place se propose à travers la déclaration gouvernementale en matière de santé et de sécurité sociale (voir pages 14 et 15).

Sans modification des instruments et règles actuelles, le classement des hôpitaux et surtout celui des services, resteront une façade. Toute nouvelle version du plan hospitalier qui ne corrigera pas les défauts actuels continuera à être vouée à un échec relatif, car minée, et par les organismes gestionnaires, en concurrence entre eux, et par les stipulations d'une nomenclature, non sélective, sans contrôles, voir sans garde-fou.

Or un plan hospitalier « émasculé », instrument trop politisé jusqu'à présent, ne peut par conséquent fournir que très partiellement les effets voulus par son exposé des motifs.

Pour se donner les moyens de ses ambitions, il faudra dès lors s'atteler à le construire sur base de données chiffrées objectives et à éliminer les illogismes et les contradictions qui l'inhibent.

## en rapport avec la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

Un certain nombre de règlements d'application, dont les normes qui y jouent un rôle important, font encore défaut et contribuent certainement à ce que la loi ne sorte pas tous ces effets.

Mais les dispositions relatives à l'organisation interne et aux droits des patients s'adressent directement à l'organisme gestionnaire respectivement au directeur et c'est dans ce contexte que les réponses des hôpitaux à la carte sanitaire révèlent que les dispositions afférentes de la loi ne sont implémentées que de façon très hétérogène et fort discrétionnaire.

De même, les commissions prévues aux articles 23 et 24 ne fonctionnent guère et beaucoup d'établissements sont encore en mal avec leur règlement général; leur organisation interne, l'intégration des médecins, la transposition et l'application des dispositions notamment sur les droits du patient sont loin de répondre à l'esprit.

En s'interrogeant sur les raisons de cette compliance très relative, il apparaît:

1. qu'il n'y a quasi pas de mécanismes de surveillance, ni, de facto, de contrôles d'application de la loi et de ses règlements d'exécution;
2. que le système d'information interne est déficient à beaucoup de niveaux et notamment en ce qui concerne l'échange de données entre les médecins agréés et la direction et vice-versa,
3. que les valeurs à la base de la loi et qu'elle est sensée traduire en dispositions, sont, soit insuffisamment explicites, soit ne sont pas formulées ou comprises en obligations à l'égard de tous ceux qui en sont concernés (ex: dossier, droits des patients);
4. que la loi n'est probablement pas suffisamment claire pour ce qui est de la hiérarchie de ses objectifs; il peut y avoir une certaine ambiguïté en ce qui concerne l'agencement des objectifs par rapport aux différents niveaux de pouvoir et ceux-ci ne disposent pas forcément des moyens requis pour s'acquitter de leurs missions. Ainsi:
  - Le Ministre coordonne, mais il n'a à sa disposition que le seul plan hospitalier,
  - les organismes gestionnaires\* sont tout à fait autonomes et bien que financièrement totalement dépendants de tiers, ils sont absolument libres de leurs décisions et n'ont de compte à rendre à personne; ni aux tutelles, ni aux patients, mais en fin de compte ils ne sont pas responsables,
  - le directeur est tributaire d'un organisme gestionnaire dont la qualification des membres qui le compose n'est pas toujours adéquate et de contrats d'emploi et surtout d'agrément (bien imparfait) des prestataires qui lui sont imposés,
  - Les médecins ne sont pas impliqués dans l'organisation qui est muette à leur égard et se comportent dès lors souvent comme des électrons libres,
  - mais dans la pratique journalière c'est finalement le patient, raison d'être de l'hôpital, qui reste le plus démuné, malgré les droits que la loi a voulu lui donner, car rien, ni personne ne veille à l'application concrète et journalière, des dispositions afférentes, ni à la défense de ses intérêts; et lui, malade, en est bien incapable et a d'autres préoccupations,

Ainsi, tous ces niveaux de pouvoir dépendent de la bonne volonté du niveau suivant et vice-versa; le Ministre des organismes gestionnaires, le directeur des médecins, le patient des médecins et du directeur ... mais lorsqu'il n'y a pas cette bonne volonté, le système se grippe et plus rien n'avance.

Les problèmes évoqués risquent d'ailleurs de s'aggraver au fur et à mesure que les hôpitaux, du fait des synergies voulues, deviennent de plus en plus puissants et monopolistiques dans leurs régions; dans cette perspective, le Ministre sera encore moins en mesure de coordonner, et le patient encore plus tributaire de la bonne volonté des organismes gestionnaires, directeurs et médecins; dans cette perspective également, le pouvoir de négociation de l'UCM avec les hôpitaux risque de se réduire encore davantage.

Sous les auspices actuelles, l'édiction de normes risque d'ailleurs de ne pas changer grand-chose.

---

\* voir aussi: Rapport au Ministre sur les services hospitaliers ([www.etat.lu/MS/archives](http://www.etat.lu/MS/archives)), sous « Gouvernance des hôpitaux et discours de l'ancien Ministre de l'intérieur sur les possibilités et les limites des organismes gestionnaires à l'occasion des difficultés de l'HPMA.

La faible transparence de l'organisation, des activités et des résultats de nos hôpitaux est due à l'absence de conception concertée d'un système (de flux) d'information cohérent orienté à fournir des tableaux de bord et instruments de gestion utiles et nécessaires. Actuellement ce n'est que la carte sanitaire qui éclaire tant soit peu, sans pour autant pouvoir renseigner sur la qualité et les résultats pour le devenir, la qualité de vie et la satisfaction des patients. Il faut par conséquent s'atteler à remédier prioritairement à cette situation.

Dans la logique des synergies, la création de centres de compétences est souvent mise en avant comme objectif à rechercher; or si créer des centres de compétences est en soi une idée louable et revendiquer des centres de compétence est une aspiration légitime de la part des hôpitaux, il faudra veiller à ce que ceux-ci reposent sur des critères vérifiables au seul regard des acquis de la science et de la plus-value mesurable pour le patient.

Il ne faudrait en aucun cas que de tels centres ne deviennent des labels autoproclamés; de belles façades derrière lesquelles personne ne voit, car la compétence s'acquiert, se mesure, se compare et, le cas échéant, se perd lorsqu'on ne peut plus la démontrer. Il serait indéfendable de se faire complice d'une publicité trompeuse à l'égard des patients, car ce sont les seuls qui en pâtiraient.

Or, si

- le devenir de la qualité de vie du patient est la raison d'être de l'hôpital;
- l'hôpital est incontestablement un élément de plus en plus important et coûteux de notre système de santé,
- le Ministre est chargé de coordonner les hôpitaux, électrons libres, dirigés par des organismes gestionnaires qui, à leur tour en la situation actuelle, sont tributaires d'une kyrielle de prescripteurs, vaguement agréés, mais essentiellement libres,

la carte sanitaire révèle qu'il y a des problèmes qui justifient que la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers soit remise sur le métier. Même si elle était progressiste en 1998 la sagesse impose d'en tirer les leçons de quelques années d'application fort mitigées par rapport à ses ambitions initiales.

Les amendements à envisager pourraient en outre tenir compte des législations belge et française dans ce domaine.

En tout cas, ils devront:

- réagencer et préciser les missions et les responsabilités des différents niveaux de pouvoir,
- optimiser l'implication des médecins et prévoir des intermédiaires, qui au niveau des services coordonnent leurs actions,
- clarifier et hiérarchiser les objectifs à atteindre, mesurer les résultats, focaliser les actions sur des résultats mesurables et comparables internationalement,
- centrer les efforts sur le devenir post-hospitalier et la qualité de vie du patient,
- prévoir un système de « reporting », de (auto) contrôle qui stimule la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations,
- ... et permettre à chacun des acteurs, y compris au patient, d'être gagnant.

**« Regulation, if applied within a well designed framework can play a major difference and improve outcome.**

**Trust but verify, regulation without systematic monitoring engenders disrespect and loss of state authority.**

**Trust only regulation when you can monitor it properly »**

## en rapport avec le coût et l'évolution du coût hospitalier

Comme la santé est une notion relative et extensible et que par exemple des actes diagnostics (analyses de laboratoire, explorations fonctionnels etc ... ) peuvent être répétés tout en étant remboursés par les caisses de maladie, sans conséquences pour la santé du patient, mais aussi sans véritable nécessité d'indication voire d'utilité médicale, le risque de la multiplication des activités et le coût qui y est inhérent est évidemment plus grand lorsque l'offre pour ce faire est surabondante.

Or au GDL, la tentation d'une offre confortable en lits hospitaliers, des potentialités de réserve considérables des structures de production (laboratoires, salles d'op), d'une densité rare d'équipements de dernier cri, d'offres superfétatoires, d'un recrutement incontrôlé de prestataires, d'un système de financement à l'acte et d'une liberté thérapeutique sans besoin de justification par rapport à ce qui est nécessaire par référence à une « evidence based-medicine », à des « golden standards » et des « clinical guide-lines », l'autonomie tarifaire et les sollicitations de patients en partie plus informés et plus exigeants, ce risque n'est pas négligeable.

Ce danger n'est pas moindre du fait de l'absence de contrôles à tous les niveaux et de sanctions dont on connaît les difficultés d'application même en cas de fraudes avérées.

Si le plan hospitalier peut réagir en agissant sur l'offre - le nombre d'établissements, de lits, la quantité des équipements lourds, services médicaux - il ne pourra jamais agir sur les actes qui relèvent du métier du médecin et d'une indication de prise en charge pour un problème de santé donné.

Mais son rôle premier est de répondre aux besoins sanitaires du pays et, à cet effet, il répondra aux critères d'appréciation internationalement reconnus d'un système de santé (voir page 10).

Dès lors, même s'il doit s'efforcer de répondre à un fonctionnement efficient des établissements hospitaliers, il n'a pas comme vocation première d'être un instrument de maîtrise des coûts et son rôle en la matière restera des plus modestes. Par ailleurs, vouloir sous ce prétexte forcer à outrance la réduction de l'offre serait machiavélique et contre tous les principes et fondements à la base de notre système de santé; mais au-delà, cela ne servirait à rien, parce que les patients (qui peuvent se le permettre) seraient transférés et iraient (c.f aussi évolution depuis Decker-Kohl jusqu'à Yvonne Watts) à l'étranger, comme cela se voit d'ailleurs quand nos capacités de prise en charge sont épuisées ou surannées, respectivement lorsqu'elles n'existent pas au pays. En outre, cette attitude serait à l'opposé de la volonté (c.f plan hospitalier) poursuivie par les différentes coalitions gouvernementales et de l'actuelle déclaration gouvernementale.

Que personne ne s'y méprenne, la maîtrise de (l'accroissement) des coûts relève en premier lieu du système de financement et de sa bonne application et ce système comporte deux volets dont la complémentarité devrait être parfaite: le financement des hôpitaux et le financement des prestataires à l'acte.

L'expérience démontre que le système de financement des hôpitaux par budgétisation a ses mérites.

Il est transparent et équitable et a largement contribué à corriger les dérives du passé et à harmoniser notamment les dotations via notamment le PRN, ainsi que l'organisation et le fonctionnement interne des hôpitaux.

Il est neutre et garantit la couverture des frais; et, s'il ne permet pas aux hôpitaux de faire des bénéfices — sauf la possible surprime de qualité (incitants qualité), plafonnée à 2% - , il protège contre l'endettement ceux qui se tiennent aux règles du jeu; mais comme il n'est pas lié à des résultats, il ne stimule pas la performance de gestion.

Mais la budgétisation n'implique pas et ignore les prestataires des actes.

Dès lors, elle ne fait que subir les conséquences des activités induites par ces prestataires dont elle ne peut cautionner les activités que comme utiles et nécessaires; il n'y a aucun mécanisme dans ce système pour contester la pertinence et la validité des actes et prescriptions ou pour ne pas couvrir des coûts inutiles.

D'ailleurs, les tutelles des hôpitaux aiment bien se retrancher derrière l'argument qu'ils sont tributaires de leurs médecins dont ils prétendent qu'ils échappent à leur emprise, tant au niveau de leur exercice que des conséquences qui en découlent pour la gestion, et qu'il leur est impossible de maîtriser la « production » de l'établissement ou de rechercher plus d'efficacité ou l'amélioration des performances et des « out - come results ».

Selon leur point de vue, ils sont les victimes du système, pourtant ce sont eux qui agrément souverainement les médecins.

En tout cas, la nature du système actuel fait qu'ils ne sont pas responsabilisés ni par rapport à l'accroissement des coûts, pas plus d'ailleurs qu'aux intérêts d'ordre supérieur (santé et service publics), ni à l'égard du comportement de leurs prestataires agréés, ni même vis-à-vis des patients (résultats, optimisation des prises en charge et cheminements cliniques). Ils administrent des moyens qu'ils sollicitent à profusion, mais rien ne les motive spécifiquement à se battre pour améliorer les performances, la qualité, les résultats et l'efficacité, à stimuler p.ex. des modes de prises en charge ambulatoires ou semi-stationnaires, aussi efficaces mais moins onéreux.

Pour ce qui est de la non-maîtrise des coûts, ils peuvent ainsi se défendre en rejetant la balle aux médecins qui, dans notre système, sont à l'origine des prescriptions, clef d'entrée pour l'opposabilité à l'assurance maladie.

En effet, le système de rémunération des prestataires en exercice libéral, ne traduit dans les textes d'application qui le régissent aucune des valeurs naturelles inhérentes à l'exercice de ces professions et ne conditionne l'exécution de ces actes ni à une démarche selon une « evidence based medicine », il n'exige aucune justification en cas de démarches déviantes, ni aucune obligation de transparence et n'établit aucun lien explicite avec les préceptes déontologiques, par ailleurs il n'y a, de facto, aucun contrôle à aucun niveau. Sous ces conditions il ne reste finalement que la conscience individuelle du prestataire pour ne pas (més)-utiliser sa totale liberté diagnostique et thérapeutique aussi comme liberté de création de ses revenus.

D'autre part le Luxembourg connaît depuis les années 90 un accroissement du nombre de médecins supérieur à celui des pays voisins, ce phénomène est par ailleurs hors de contrôle au Grand-Duché du fait du droit de libre établissement combiné à un conventionnement obligatoire et à une législation qui n'a jamais été adaptée en matière de liberté diagnostique et thérapeutique à l'évolution des spécialités médicales; s'y ajoutent les effets du pouvoir discrétionnaire des organismes gestionnaires des établissements hospitaliers d'agréer à leur guise les prestataires et les spécialistes qu'ils veulent.

Ces constats démasquent dès lors aussi une incohérence par rapport au postulat de base de l'assurance maladie: prendre en charge les moyens pour assurer l'utile et le nécessaire.

Sur cette toile de fond s'ajoute également une nomenclature qui a mal vieilli et qui regorge d'incongruités structurelles, le problème se corse. En effet, par défaut de prévoyance structurelle, elle:

- honore autant ceux qui participent au service d'urgence, aux gardes et aux astreintes, que ceux qui s'en affranchissent indûment;
- rémunère moins bien le travail correct et consciencieux fait en une fois, que le travail mal fait et qui doit être répété ou rapiécé;
- fait fi des qualifications et de l'expérience requise. Tout détenteur du titre de médecin, autorisé à exercer au pays, qu'il ait ou non une formation (de base ou continue) ou une expérience afférentes, peut tout faire et tout opposer aux caisses de maladie; de surcroît, il peut tout faire n'importe où et n'importe comment, la rétribution de l'acte n'en est pas affectée, quel que soit le résultat pour le patient;
- Elle fait également fi de critères de reproductibilité (ex. golden standards), de qualité et de respect des droits des patients (ex. information en vue du consentement éclairé);
- etc ...

Mais tout comme le système d'exercice libéral de la médecine, le système actuel de rémunération des médecins a également fait ses preuves et les médecins y tiennent.

Des corrections structurelles pour éviter ces incongruités seraient parfaitement possibles et simples à mettre en œuvre.

Ainsi, sans devoir changer le système et le mode actuels de rémunération (ex. DRG), on pourrait parfaitement conserver la nomenclature simplement:

- en ajoutant à sa version actuelle des prémisses de lieu, de qualification, éventuellement de circonstances et de forme pour compléter les prescriptions par les justificatifs de reproductibilité (diagnostic codifié, compte rendu de procédure médicale) tels que préconisés par la déontologie et les préceptes actuels pour un exercice correct de la médecine;
- en clarifiant certaines définitions, en réaffirmant quelques règles de bon sens, en ajoutant aux facturations dont elle est la base des dates, heures et durées, etc ...
- en introduisant des « gate-keeper » justifiés dans le cadre d'un système de contrôle intelligent et proactif;
- en évaluant mieux et à priori l'impact financier global de ses adaptations, notamment à la suite de l'introduction de nouvelles techniques ou d'attribution de nouveaux équipements, etc ...

Que le syndicat des médecins ne soit pas demandeur de tels mesures se conçoit. Toutefois, sans préjudice de la responsabilité des concepteurs de la politique médicale et des systèmes de financement et sans vouloir minimiser les rôles des tutelles et du management au niveau des établissements hospitaliers, il est indiscutable que les prescripteurs à l'origine des prises en charge ont, nolens volens, eux-aussi leur responsabilité dans la genèse et la progression des coûts.

Car même si tant « qu'entrepreneurs libéraux » ils sont forcément en concurrence entre eux, ce ne sont pas seulement des techniciens, ils sont docteurs et jouissent d'une liberté professionnelle et d'un niveau de rémunération qu'ils déterminent quasi eux-mêmes. Le système attend d'eux qu'ils prennent des responsabilités certes médicales d'abord, mais aussi éthiques et socio-économiques. Mais ont-ils été (tous) préparés à ce système ou informés lors de leur conventionnement à ces aspects. Comment dès lors assumer ces rôles aux facettes souvent contradictoires ?

Ils sont co-impliqués et certes également sensibles à ces aspects; mais il faut mieux les mettre en mesure de répondre à ces attentes et par conséquent les intégrer autrement et les traiter comme partenaires, à droits égaux; car sans nos eux, le système ne ferait pas sens.

Il n'y a donc point lieu de les montrer du doigt, ni de les empêcher de faire une médecine correcte et conforme aux acquis de la science. Mais il y a aussi lieu de les aider à ne pas dériver, grâce à une information, en temps réel, notamment du coût de leurs modalités de prise en charge comparé au coût d'une prise en charge selon les « golden standarts » pour un même diagnostic.

Une telle approche, parfaitement compatible avec nos systèmes actuels de financement, devrait être réalisable au niveau hospitalier. Elle serait parfaitement honnête et transparente et permettrait d'abord l'auto-contrôle. De même elle peut être rendue compatible, avec les valeurs qui président à notre système ainsi qu'avec les stipulations du code de déontologie médical. Une telle démarche parfaitement éthique pourra par ailleurs conforter le médecin dans la complexité de ses rôles et lui faciliter sa position notamment à l'égard de patients injustement revendicateurs.

En tout état de cause, tant que les médecins ignorent, par défaut d'informations compréhensibles et en temps utile, le coût de leurs prises en charge, on peut difficilement leur reprocher un comportement non efficient.

Dès lors, il y a lieu de solliciter leur collaboration éclairée pour développer une démarche où chacun-patient-médecin-financier- responsables de la politique de santé- peut être gagnant en fin de compte.

En informant de façon adéquate les prescripteurs,

- *d'une part*, sur les antécédents, démarches diagnostiques et traitements récents des patients (nouvellement) pris en charge, ceux-ci pourraient s'épargner des recherches déjà faites et ainsi éviter des redondances superfétatoires, mais coûteuses, et éviter des mesures thérapeutiques non coordonnées ou incompatibles entre elles, et

- *d'autre part*, sur le coût, tant à charge de l'assurance maladie que de l'assuré, des médicaments, des actes et, autres, des traitements adjuvants et les attentes, sur arrière fond des valeurs à la base du système, qu'on a d'eux à cet égard,

on pourrait certainement les mettre en mesure d'être sensibilisés à la notion de coût / efficacité et de valeur ajoutée, et, à utilité, pertinence et efficacité identique, les inciter à chercher les alternatives de prise en charge aussi sensées, mais moins onéreuses.

Ainsi, ils pourraient se rendre compte des répercussions économiques de leurs activités, prendre en âme et conscience leurs responsabilités à cet égard, s'autocontrôler et se comparer à des profils afférents; démarche qui rejoint parfaitement les préceptes éthiques et axiomes dont question à la page 9 de ce travail.

Or pour ce faire au niveau hospitalier, il y a lieu de mieux impliquer notamment les médecins, à droits et à devoirs égaux, à l'instar de tous les autres partenaires, car les résultats, la performance et la pérennité des efforts tant au niveau individuel (patient), que collectif (établissement) et au-delà, l'amélioration de notre système sont le fruit de l'effort solidaire de tous.

En effet, comme la raison d'être de l'hôpital moderne est d'améliorer le devenir des patients pris en charge, compte tenu d'une mise à disposition de moyens raisonnables et justifiables, les objectifs et toutes les actions de tous les acteurs hospitaliers doivent converger dans la même direction, celle d'un « corporate performance management ».

Dès lors, il est évident qu'on ne peut tout simplement pas, ne pas intégrer les médecins, recruteurs et prescripteurs, dans cette démarche qui donne tout son sens à l'hôpital, pilier central de notre système de santé.

*En conclusion, la maîtrise de l'évolution des coûts passe d'abord par la maîtrise du volume des prestataires et de leurs actes et prescriptions. Les moyens sont donnés pour que ces derniers permettent des prises en charges conformes à l'utile et au nécessaire requis par une « evidence-based medicine, conforme aux golden standards » des acquis de la science.*

*La maîtrise de l'évolution de coûts exige par conséquent que les mécanismes de financement afférents soient adaptés à ces aspects. Ils sont donc à réexaminer en ce sens, en collaboration également avec les médecins, intégrés comme partenaires informés, éclairés et responsables dans cette démarche incontournable.*



## Résumé des propositions :

### 1) améliorer l'information et mesurer les résultats pour permettre une meilleure gestion et mettre en place

- un dossier hospitalier normalisé (règlement à prendre) et informatisé par la suite,
- un système d'informations qui agglutine les données anonymes de chaque dossier individuel informatisé et qui en fait découler les tableaux de bord d'information et de de gestion façonnés à l'usage spécifique des différents concernés,
- un accès et un échange des données de gestion en temps réel, aux prestataires, coordinateurs, directeurs et organismes gestionnaires et tutelles afin de mettre tous les concernés en mesure d'assumer leurs missions respectives,
- parfaire sur cette base la carte sanitaire et donner les moyens requis à la carte sanitaire « pour voir mieux et voir plus loin ».

### 2) éliminer les incongruités actuelles qui minent le système

harmoniser, rendre cohérents et synergiques, le cas échéant en modifiant les bases légales, les instruments de pilotage mis en place pour maintenir la pérennité et la performance du système:

- apporter les corrections nécessaires à certains principes de la nomenclature, aménager sa cohérence avec le plan hospitalier et mettre un barrage efficace aux possibilités d'abus,
- sortir les normes prévues à la loi,
- adapter l'assise légale du plan hospitalier et rééditer une version actualisée sur base des données de la carte sanitaire et des propositions pour la restructuration des services.

### 3) améliorer la rigueur, la transparence et la formalisation de la gestion, y intégrer dûment les médecins et pérenniser les plus-values des investissements dans la qualité

- aligner l'organisation interne des établissements hospitaliers à celle des entreprises de service qui gagnent, en stimulant notamment la mise en place de procédures accessibles en temps réel à tous les concernés, et intégrer les médecins comme partenaires dans l'organisation,
- préciser, au règlement général, les missions, responsabilités et donner les moyens requis aux acteurs (y compris les organismes gestionnaires et les médecins et not. leurs coordinateurs de service) afin qu'ils puissent s'identifier avec un projet d'établissement, respectivement de service commun, centré sur les résultats pour le devenir du patient et l'efficience;
- stimuler et honorer l'exercice conforme aux références des acquis de la science et de l'«evidence based médecine»; faciliter la démarche selon des «clinical guide-lines et clinical pathways»; prévenir les redondances superfétatoires d'actes, responsabiliser les comportements, stigmatiser l'attitude de ceux qui dévient à répétition et sans motifs justifiés;
- sortir de sa confidentialité et valoriser la recherche d'amélioration de la qualité, y inclure tous les partenaires et pérenniser les acquis y compris ceux des programmes « incitants qualité »
- faire de l'atout « benchmarking » reproductible un objectif professionnel et institutionnel;
- sensibiliser les cadres et les futurs médecins coordinateurs aux enjeux du système de santé et de sécurité sociale et leur procurer une formation adaptée en gestion hospitalière, en cours d'emploi mais si possible préalable à leur entrée en fonction.

### 4) faire ressortir le patient comme centre d'intérêt du système,

Si l'hôpital est un pilier essentiel de notre système de santé qui doit s'articuler en juste complémentarité avec les autres éléments mis en place, il ne faut pas oublier qu'il ne peut être qu'un lieu de passage, qui devrait être le plus salubre possible, pour le patient:

- préciser la portée et les limites de l'intervention des différents établissements et de leurs prestataires dans la prise en charge des patients et veiller au respect des filières de soins;
- axer les prises en charge sur le devenir et la qualité de vie du patient informé et compilant;
- parfaire l'approche humaniste, évaluer et prendre au sérieux la satisfaction et les suggestions des utilisateurs du système et en faire un des leviers de la démarche qualité;
- amender la loi sur les établissements hospitaliers;
- prévoir des contrôles sensés et efficaces et, pour autant que de besoin, des sanctions adéquates à tous les niveaux.

### 5) se donner les moyens pour maîtriser l'évolution des coûts,

- impliquer les prescripteurs, notamment en les informant des coûts,
- adapter le volume et les qualifications, respectivement les spectres d'activité des prestataires aux besoins effectifs de la population, stimuler 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, accentuer l'auto-responsabilisation des bénéficiaires et des prestataires

## CONCLUSIONS

En débordant à dessein du seul cadre hospitalier, la carte sanitaire prouve que le système de santé au GDL n'est pas seulement parmi les meilleurs du monde, mais qu'il se révèle aussi plein de potentialités d'amélioration.

Celles-ci passent par une vision plus systémique et conceptuelle de l'existant pour mieux interconnecter les nombreuses initiatives et actions pour la santé et de lutte contre la maladie, toutes certes bien intentionnées et majoritairement bien faites, mais souvent menées de façon isolée ou concurrentielle sans stratégie globale et sans cadre explicite pour viser efficacement des objectifs et mesurer des résultats. Or, en l'espèce ce sont d'abord les résultats et l'efficacité qui comptent.

Devant les défis de maîtrise de l'accroissement des coûts, plus encore que ceux de l'évolution démographique dans les années à venir, une approche basée sur des chiffres et dès lors plus factuelle qu'émotionnelle, respectivement plus scientifique que viscérale, sera indispensable si l'on veut garantir, et la pérennité de ce système qui satisfait à la fois les patients et les prestataires, et le maintien à un niveau qui honore les efforts de tous et la réputation de notre pays à l'étranger.

Une telle approche, sur toile de fond de valeurs et de préceptes éthiques suffisamment explicités, devrait être basée fortement sur la prévention la plus précoce possible, sans négliger bien sûr le curatif; mais surtout, elle devra s'appuyer sur la transparence des faits et des résultats et des comparaisons internationales et évaluations par rapport aux acquis de la science et à l'évidence based médecine; c'est de cette façon qu'on évitera de s'isoler dans une tour d'ivoire et, en restant informé et vigilant, qu'il sera possible d'agir de façon proactive et intégrée au lieu de se cantonner à réagir.

Toutefois, il y a lieu aussi de faire en sorte qu'une telle démarche rationnelle soit fédératrice et intégrée; dès lors, elle ne doit ni stigmatiser ni exclure, mais cultiver l'humanisme, la générosité et l'écoute spontanée. Une interconnexion explicite des actions de santé et l'illustration des résultats obtenus en commun rendront plus visibles les fruits des efforts et devraient pouvoir contribuer à éviter des doubles emplois et les multiples approches parallèles, toujours coûteuses, mais sans garantie de plus-value en matière de résultats.

Enfin, une telle approche permettra de dépenser mieux et d'investir de façon plus réfléchie et ciblée pour un développement durable de notre système de santé et de lutte contre la maladie.

En insérant les activités de lutte contre la maladie dans le cadre de leurs prémisses et contexte, la carte sanitaire a voulu analyser l'existant sans compromissions, sur base d'une rétrospective chiffrée et dans une logique systémique. Ce faisant, elle s'est attachée à démontrer que la construction de notre système, dans lequel nos hôpitaux font office de pierres angulaires et de murs portants, avance, mais qu'il y a lieu de solidariser l'édifice en levant certains obstacles destabilisants. Mais elle ne néglige pas sa vocation initiale et scanne le fonctionnement de nos hôpitaux pour fournir, notamment, les données nécessaires pour le prochain plan hospitalier tout en insistant sur les réformes indispensables pour que celui-ci puisse sortir pleinement ses effets voulus. Elle s'attache également à livrer certaines clefs pour faciliter la maîtrise de l'évolution galopante des coûts et pour permettre une meilleure transparence des activités et des résultats des prestations afin de consolider et de développer les acquis par l'intermédiaire de l'amélioration, notamment formelle, de l'organisation et de la gestion interne de nos établissements.

*POST – SCRIPTUM*  
*« QUI N’AVANCE PAS RECULE »*

*Lu récemment ailleurs :*

In « The Commonwealth Fund: Publications Fund Report » [www.commonwealthfund@cmwf.org](http://www.commonwealthfund@cmwf.org)

**Framework for a High Performance Health System for the United States**

*The United States has some of the best-equipped hospitals and best-trained physicians in the world. With much dedication to helping patients, they often provide extraordinary care. Nevertheless, the evidence clearly shows that, overall, the performance of the U.S. health care system falls far below the level it can and should achieve. On many dimensions of performance—from timely access to needed services to the deployment of health information technology—we lag behind other industrialized nations. Within our own borders, there are wide disparities from region to region and from state to state.*

*We spend more on health care than any other country. But we allocate our resources inefficiently and wastefully, failing to provide universal access to care and failing to achieve value commensurate with the money spent. In the U.S., many patients receive treatments and procedures known to be ineffective, while other effective treatments are vastly underused. Tens of thousands die annually from preventable errors. Nearly half of all adults worry they will not be able to pay their medical bills if they become seriously ill, will not get high-quality care, or will experience a medical error.*

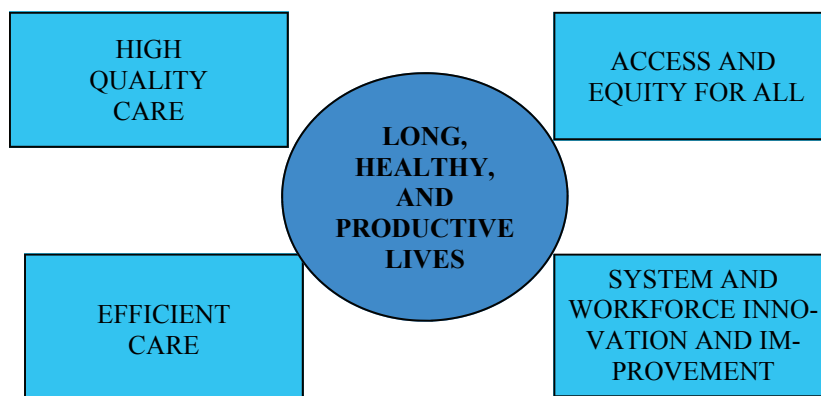
*At the same time, we also know that throughout the country there are examples of health care providers and health plans, and innovative policies and programs, that perform much better than the national average.*

*The Commonwealth Fund’s Commission on a High Performance Health System seeks to chart a course for a health care system that provides significantly expanded access, higher quality, and greater efficiency for all Americans, especially the most vulnerable members of society. Chaired by James J. Mongan, M.D., the 18-member Commission draws from all parts of the health care system—from health care delivery to health insurance—as well as the state and federal policy arena, the business sector, professional societies, and academia. The Fund’s Board of Directors established the Commission in July 2005, recognizing the need for leadership in advancing promising strategies for health system improvement.*

*In this statement, the commission first defines « high performance » and outlines its vision of a uniquely American, high performance health system. It then identifies the most critical sources of system failures and offers a strategic framework for addressing those failures. While the Commission’s work has only begun, this consensus statement represents a significant first step, as it will guide future recommendations for specific actions.*

*The commission anticipates that realizing its vision will require significant departures from current practice. Moreover, it demands an accelerated rate of innovation and improvement. The health, social, and economic costs of maintaining the status quo, or moving slowly, are far too great. Failure to improve the health care system will result in needless mortality and morbidity, excess costs and unnecessary expenditures, and, potentially, significantly diminished economic output at a time when the nation urgently needs a healthy and productive workforce.*

## Framework for a High Performance Health System for the United States



*Our nation is both capable of and obligated to improving the health and well-being of all who live here «*

The Commonwealth Fund Report Commission on a High Performance Health System for the United States, August 2006

- In « Business Monitor International » ([www.businessmonitor.com](http://www.businessmonitor.com))

### France Tops Western European Healthcare Rankings

France, the Netherlands and Germany have the most consumer-friendly healthcare systems in Western Europe, according to a survey conducted Health Consumer Powerhouse (HCP). Meanwhile, the UK, Spain and Ireland account for the bottom three places on the scale.

HCP—which provides consumer information on healthcare—ranked the countries according to 28 indicators in five categories: patients' rights and information, waiting times for treatment, outcomes, generosity of the healthcare system, and pharmaceuticals. Out of a maximum 750 points, France topped the scale with 576 points, closely followed by the Netherlands on 572 points and Germany on 571 points.

The Netherlands had the most superior patient rights. Belgium, France and Germany posted the most favourable waiting times for treatment. Sweden had the best outcomes. Meanwhile, France has the most generous healthcare system. And the Netherlands has the best supply of pharmaceuticals, according to the survey.

Nevertheless, from a consumer point of view, there is room for major improvements in every healthcare system. Only three countries offer some kind of provider catalogue and just one with a quality ranking. Three quarters of national healthcare systems cannot treat cancer within three weeks of diagnosis. In only one out of three nations, patients have direct access to a medical specialist on demand or the right to a second opinion. Every second country blocks patients' access to their own medical records. In addition, two thirds of governments delay the introduction of new pharmaceuticals into the reimbursement system.

The WHO and the OECD conduct similar healthcare surveys, but HCP's report has a distinctive consumer focus. Transparency among the European healthcare systems is a key quality not only to consumers but also to every healthcare stakeholder. Transparency reveals flaws and deficiencies requiring action. Every sophisticated service industry—and healthcare is very much highly developed and complicated operation—is driven by informed consumer decisions and by the dialogue between the user and the provider. The ultimate outcome, it is hoped, is a cost—effective service and healthy citizens.

Supplementing the ranking, HCP provided a scoring synopsis for each country. Belgium excels at accessibility, but suffers on outcome quality. France is technically efficient and quite generous. In Germany, the customer rules, although quality of service could be improved. With severe waiting list problems and less than fantastic outcomes quality, Ireland does not score very well. However, far-reaching reforms are underway. Italy scores relatively well, but is let down from an autocratic attitude from doctors. The Netherlands scores well on openness and financing options. Spain's private healthcare system is praised. Switzerland's system is good but expensive. Finally, the UK was adjudged to be a mediocre performer overall. <http://heathpowerhouse.com> ; R apport et classement

**Remarques:** Les indicateurs et les catégories de classement sont accessibles, le Grand-Duché de Luxembourg est classé 6ème/26, derrière la France, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Suède et la Suisse .

## INDEX des mots — clefs:

### **Actions et politique de santé**

Axiomes, fondements et valeurs	8 à 11
Politique de santé (GDL)	14 -17

### **Constats et conclusions de la carte sanitaire**

Démographie	19
Financement du système	28
Résultats et performance (système de santé)	69-70
Evolution du secteur hospitalier	81
Activités hospitalières et performances des hôpitaux	151-153
Services médicaux	163
Secteur hospitalier, synthèse des observations	176-180

### **Démographie**

Démographie (évolution générale)	19
Evolution de la population protégée résidente	20
Evolution population des régions hospitalières	22
Démographie médicale	94
Densité des médecins par spécialité	95
Evolution du nombre de médecins	96
Evolution du personnel budgétisé	90
Evolution du personnel soignant	91
Dotations en médecins	93

### **Dépenses de santé (Coût)**

25 - 30

Evolution des dépenses de santé	26
Evolution du coût (du secteur hospitalier)	81
Schéma de financement (GDL)	28
Mécanismes générateurs de coût	30

### **Espérance de vie**

Espérance de vie à la naissance	33-35
Disability -adjusted life expectancy	36
Années potentielles de vie perdues (OECD 2000)	33

### **Hôpitaux**

<b>Actes hospitaliers (prestations hospitalières)</b>	
Accouchements	106-109
Activités salles OP	116
Acte opératoire: durée moyenne	115
Actes opératoires: fréquence (évolution)	110-111
Procédures chirurgicales	156+158
<b>Carte et schémas</b> (hôpitaux et régions hospitalières)	13, 34, 82
Diagnostics (fréquence des admissions)	157
Diagnostics de sortie (comparaison internationale)	136

<b>Activités hospitalières et taux d'utilisation</b>	
Activités budgétisées (parts de marché)	101
Passages de laboratoire	102
Passages dans les policliniques	103
Passages imagerie (+irm)	104
Passages salles d'accouchement	106
Passages salles d'opération	110
Radiothérapie au GDL (Baclesse)	105
Passages chimiothérapie	117
Passages hémodialyse	118
Passages physiothérapie	118
Evolution des IRM au GDL	104
Journées d'hospitalisation (évolution 98-04)	143
Journées soins intensifs (évolution 98-04)	144
Evolution des interventions (GDL)	136
<b>Admissions/sorties hospitalières (2004) Séjour hospitalier / fréquence et raison de recours aux hôpitaux</b>	
Admissions âge	21
Admissions causes (hospitalisation de jour)	137-138
Admissions: nombre et causes	135
Day cases / hospitalisation de jour	124-131
Hospitalisation (évolution de 99-04)	126
Durée moyenne de séjour	145
<b>Historique succinct</b>	72-73
Système hospitalier, cadre général et mécanismes régulateurs	71-81
<b>Planification (critères)</b>	79
<b>Classement (établissements hospitaliers)</b>	80
<b>Inventaire et présentation des hôpitaux</b>	
Infrastructures + Structures	83-88
Inventaire de l'équipement hospitalier	97-98
Organisation	89
Ressources humaines / relevé du personnel	91-96
Charge en soins	91
Parts de marché en % des activités budgétisées	101
<b>Lits</b>	
Lits budgétisés (évolution au GDL)	120
Lits de soins intensifs (évolution)	122
Lits hospitaliers (évolution au GDL)	121
Lits occupés en moyenne (taux d'utilisation)	159—162
<b>Services hospitaliers</b>	153-174

## **Morbidité et Mortalité**

Décès (lieux)	44
Décès et AVCI	41
Sorties par décès (évolution 98 - 04)	140
Décès hospitaliers en 1999 et 2004	141
Incidence des maladies contagieuses	65
Morbidité et mortalité: maladies cardio-vasculaires	50
Morbidité et mortalité: accidents de la route	63
Morbidité et mortalité: accidents de travail	68
Morbidité et mortalité: causes externes	62
Morbidité et mortalité: généralités	45
Morbidité et mortalité: suicides	64
Mortalité (GDL en 2004)	43
Mortalité: principales causes	47
Mortalité cancer	54
Appareil circulatoire	49
Mortalité cérébro-vasculaire	52
Mortalité évitable	39
Mortalité HIV / SIDA	62
Mortinatalité, mortalité néonatale et infantile	46
Nouveaux cas de cancers (GDL)	54

<b>Performance du système de santé luxembourgeois</b>	69
La santé des luxembourgeois (enquête population)	42

## **Réflexions et propositions en rapport avec**

- la carte sanitaire	185
- le plan hospitalier	187
- la loi	188
- le coût et l'évolution du coût	190
Répartition en % des admissions en 2004	123

## **Système de santé et de lutte contre la maladie**

Fondements, objectifs, cadre, évaluation	5-11
Système grand-ducal: tutelles, missions, caractéristiques, fondements, structuration	2-17

<b>Transferts à l'étranger</b>	183 - 184
--------------------------------	-----------

# REFERENCES

## Principaux fournisseurs de données statistiques

Données démographiques Données sur la population hospitalisée + Données de financement (GDL)	Contrôle médical, Union des Caisses de Maladie & CRP - Santé SASS, Inspection générale de la Sécurité Sociale	<a href="http://www.ucm.lu">www.ucm.lu</a> <a href="http://www.mss.etat.lu/statistiques.htm">www.mss.etat.lu/statistiques.htm</a>
Données sur les décès et sur les professions de santé, données hôpitaux (GDL) (structure, organisation équipement)	Direction de la Santé: Service des Statistiques :	<a href="http://www.ms.etat.lu">www.ms.etat.lu</a> <a href="mailto:StatInfo@ms.etat.lu">StatInfo@ms.etat.lu</a>
Données hôpitaux (historique, infrastructures services) (GDL)	Ministère de la Santé	<a href="http://www.ms.etat.lu">www.ms.etat.lu</a>
Comparaisons internationales	WHO / OMS Euroteam Health for all database OECD: ECO-SANTE 2005	<a href="http://www.euro.who.int.hfad">www.euro.who.int.hfad</a> <a href="http://www.oecd.org">www.oecd.org</a>

## Bibliographie

1	Action santé / érés	Le Malade à l'hôpital	Daubech	2000	2-86586-783-8
2	Centre François Baclesse- Centre National de Radio- thérapie	Bilan d'Activité Année 2004		2005	<a href="http://www.baclesse.lu">www.baclesse.lu</a>
3	CEPROS Centre d'Etudes Prospectives	Gesundheitswesen in der Grossregion 2020		2005	
4	Chambre des employés privés Luxembourg; Dialogue no. 2	L'indexation des salaires au Luxembourg		2006	
5	Dexia Editions	Les hôpitaux dans quinze pays de l'Union Européenne		2003	2-911065-40-9
6	ECHI project - final report (European commission)	Design for a set of european community health indicators report by the echi project		2001	unpublished
7	Eco-Santé OCDE	ECO-SANTE OCDE 2005 Statistiques et indicateurs pour 30 pays		2005	
8	Etablissements hospitaliers			2001- 2004	Document de travail
	- HSL, Ettelbruck - CSJ, Wiltz - CHL, Luxembourg - CST Luxembourg - FFE HK, Luxembourg - Bohler, Luxembourg - CHEM, Esch/Alzette - HPMA, Differdange - CSM, Esch/Alzette	Réponses aux questionnaires 2001-2004 de la carte sanitaire			
9	Eurostat	Eckzahlen in Gesundheit 2000 Daten 1985 - 1995		1999	92-828-2991-x <a href="http://www.eurostat.con">www.eurostat.con</a>
10	Eurostat	Health Statistics Key data on health 2002		2002	92-894-3730-8
11	Global Forum for Health Research	The 10/90 Report on Health Research 2003- 2004		2003- 2004	02-940286-16-7 <a href="http://www.globalforumhealth.org">www.globalforumhealth.org</a>
12	Groupe de travail « Services Hospitaliers »	Réflexions et propositions pour l'attribution des services médicaux aux hôpitaux		2002	
13	GDL: Gouvernement:	Déclarations gouvernementales		1989- 2004	



14	GDL: Ministère de la Santé LNS Luxembourg	Registre morphologique des tumeurs		2002	<a href="http://www.scie.lu">www.scie.lu</a> <a href="http://www.lns.lu">www.lns.lu</a>
15	GDL: Ministère de la Santé Groupe de travail « Services Hospitaliers »	Réflexions et propositions pour l'attribution des services pour l'attribution des services médicaux aux hôpitaux		2002	
16	GDL: Ministère de la Santé	Cartes sanitaires 98, 99, 2000			Document de travail
17	GDL: Ministère de la Santé	Rapports sur les Services hospitaliers			Document de travail
18	GDL: Ministère de la Sécurité Sociale	IGSS Rapport général sur la Sécurité Sociale IGSS Rapport sur la situation de l'Assurance Maladie		1989- 2004	Document de travail
19	GDL: Direction de la Santé Admin. du contrôle médical	Analyse de la pratique de la cholécystectomie au Luxembourg sur base des données des organismes de la Sécurité	P.Autier et collab.	2000	<a href="http://www.ms.etat.lu">www.ms.etat.lu</a>
20	Hachette Littératures	Quand la santé devient publique	Girard Eymeri	1998	2-01-235457-2
21	INCCI	Rapport d'activité 2005		2002	<a href="http://www.incci.lu">www.incci.lu</a>
22	Institut canadien d'information sur la santé	Indicateurs de santé		2002	<a href="http://www.icis.ca">www.icis.ca</a>
23	Italian Journal of Public Health	Patient Safety in Public Health	Prof. Ricciardi	2005	ISSN 1723-7807
24	Joint Commission sources	Res- Managing Performance Measurement Data in Health Care		2001	0-86688-693-1
25	Le Jeudi		Editpress	6.7.06	
26	LGDJ Systèmes - finances publiques	Le système de santé Organisation et régulation	Destais	2003	2-275-02384-4
27	Mc Kinsey & Company	Health Europe Management Know-how for the health care industry		2002	<a href="http://www.health-europe.mckinsey.com">www.health-europe.mckinsey.com</a>
28	OCDE	Technologies de la santé et prise de décision		2005	92-64-10838-6
29	OCDE	Vers des systèmes de santé plus perfor- mants		2004	92-64-01557-4
30	OCDE	L'OCDE en chiffres Statistiques sur les pays membres		2005	92-64-01306-7
31	OCDE	OECD Health Data 2003		2003	92-64-10126-8
32	OCDE	OECD Health Data 2004		2004	
33	OCDE	OECD Health Data 2005		2005	92-64-00876-4
34	OCDE	Etre à la hauteur Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE		2002	92-64-29676-x
35	OCDE	A disease-based comparison of health systems What is best and at what cost ?		2003	92-64-09981-6
36	OECD	Health Care Quality Indicators		2005	<a href="http://www.oecd.org">www.oecd.org</a>
37	ÔECD	ECO-SANTE OCDE 2005 Statistiques et indicateurs pour 30 pays		2005	
38	OECD	ECO-SANTE OCDE 2006 Luxembourg		2006	<a href="http://www.oecd.org/Luxembourg-fr">www.oecd.org/Luxembourg-fr</a>
39	OECD	Panorama de la santé Les indicateurs de l'OCDE 2005		2005	92-64-0124-8
40	Odile Jacob	Imparfaits, libres et heureux Pratiques de l'estime de soi	André Ch.	2006	2.7381.1699.X

41	OMS / WHO	Bulletin of the World Health Organization		2006	www.who.int/bulletin
42	OMS	Rapport sur la santé dans le monde 2000 Pour un système de santé plus performant		2000	92-4-256198-3
43	OMS	Rapport sur la santé dans le monde 2003 Façonner l'avenir		2003	92-4-256243-2
44	OMS	Rapport sur la santé en Europe 2002		2002	92-890-2365-1
45	OMS / WHO	Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism	Murry Evans	2003	92-4-156245-5
46	OMS / WHO	Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle Rapport de la Commission sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique		2006	
47	OMS / WHO	Summary Measures of Population Health	Murray Salomon Mathers Lopez	2002	92-4-154551-8
48	OMS / WHO Centers for disease control and prevention	The Atlas of Heart Disease and Stroke	Mackay Mensah	2004	92-4-156276-8
49	OMS Bureau régional de l'europe	Rapport sur la santé en Europe 2005 L'action de santé publique: améliorer la santé des enfants et des populations		2005	92-890-2376-7
50	OMS / WHO	The World Health Report 2005		2005	
51	OMS / WHO	Bulletin of the world Health Organization The International Journal of Public Health		2006	www.who.int/bulletin ISSN 0042-9686
52	Open University Press State of health series	Critical challenges for health care reform in Europe	Saltman Figueras Sakellarides	1998	0-335-19971-2
53	PriceWaterHousecoopers	Health Cast 2020: Creating a sustainable Future			<a href="http://www.pwc.com/healthcare">www.pwc.com/healthcare</a>
54	Scientif Institute of Public Health National Public Health Institute	European Helath Surveys Database Version January 2002		2002	<a href="http://www.irdes.fr">www.irdes.fr</a>
55	Statec Luxembourg	Annuaire statistique de Luxembourg		2005	<a href="http://www.statec.public.lu">www.statec.public.lu</a>
56	The Commonwealth Fund	Transparency in Health Care: The time has come	Collins Davis	2006	<a href="http://www.cmwf.org">www.cmwf.org</a>
57	The Fraser Institute	How good is canadian Health Care ? 2005 Report	Esmail Walker	2005	ISSN-1480-3666
58	Union des Caisses de Maladie	Analyse de l'évolution 94 - 03 des actes médicaux et médico-dentaires		2004	unpublished
59	Union des Caisses de Maladie	Nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes (dispositions générales) et Tarifs 2006		2006	
60	Union des Caisses de Maladie	Nomenclatures des actes et services des professions de santé (dispositions générales) et Tarifs 2004		2004	
61	Union des Caisses de Maladie	Nomenclatures des actes et services des professions de santé (dispositions générales) et Tarifs 2005-2006		2006	
62	Verlag Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin	Neue Methoden für Krankenhaus - Betriebsvergleiche	Fischer	2005	3-9521232-8-5
63	Vorarlberger Landesregierung	Vorarlberger Spitalplan 2000/2010		2000	
64	Wiley & Sons	Priority Setting: The health care debate	Coast Donovan Frankel	1996	0-471-96102-7
65	Wiley & Sons	Principles of health care ethics	Gillon Lloyd	1994	0-471-93033-4