



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ

Carte sanitaire
4^{ème} édition
1999-2005
Synthèse

Septembre 2006



Sommaire

| | |
|--|-----------|
| 1. La carte sanitaire | 4 |
| 1.1 La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers | 5 |
| 1.2 Enjeux et limites de la carte sanitaire | 6 |
| 2. Le système de santé luxembourgeois | 8 |
| 2.1 Quelques caractéristiques | 8 |
| 2.2 La politique gouvernementale de santé et de sécurité sociale | 8 |
| 3. Les demandeurs de soins de santé | 10 |
| 3.1 Démographie et évolution de la population protégée résidente | 10 |
| 3.2 Commentaires et conclusions | 11 |
| 4. Le coût de la santé | 13 |
| 5. Les résultats sur la santé des luxembourgeois | 15 |
| 5.1 Espérance de vie | 15 |
| 5.2 Etat de santé et morbidité | 16 |
| 5.3 Principales causes de mortalité | 18 |
| 5.4 Performances du système de santé luxembourgeois | 19 |
| 6. L'offre de soins hospitalière | 21 |
| 6.1 Le système hospitalier luxembourgeois en 2005 | 21 |
| 6.2 Constats à propos des activités hospitalières | 25 |
| 6.3 Conclusions sur l'évolution récente | 28 |
| 7. Propositions | 29 |
| 8. Conclusions | 31 |



Ce document est une synthèse de l'édition 2005 de la Carte sanitaire. Pour consulter l'ensemble des données sur lesquelles reposent les constats, analyses et recommandations résumés ici, il est nécessaire de se référer au texte intégral de l'édition 2005 de la Carte sanitaire.

Celle-ci est accessible et téléchargeable sur:
www.ms.etat.lu/MIN_SANT/Publication/CartesSanitaires/cartesanitaire2005versionII.pdf
Un système de navigation par mots-clés facilite la recherche d'informations.

L'édition 2005 de la Carte sanitaire est également disponible en version papier ou sur CD Rom sur demande au Ministère de la Santé (tél. 478 5516).

Sources

Conformément aux dispositions de l'article 3 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, les données figurant dans la Carte sanitaire ont été sollicitées auprès:

de l'Union des Caisses de Maladie pour ce qui est des activités budgétisées des hôpitaux et des diagnostics de sortie;

de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale, notamment pour ce qui est des données sur les services et sur les coûts;

du CRP-Santé, pour les données en rapport avec le PRN;

de la Direction de la Santé, Service des statistiques;

des établissements hospitaliers pour ce qui est du questionnaire sur les hôpitaux.

En outre, les auteurs ont recouru à toutes sortes de données contextuelles nationales (Statec, Registre des Tumeurs) et internationales publiquement disponibles.

Une liste des principaux fournisseurs de données statistiques ainsi qu'une bibliographie figure en annexe de l'édition 2005 de la Carte sanitaire.



1 La carte sanitaire

La carte sanitaire a pour ambition de fournir, 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.

Photographie des prestations hospitalières données, tant au Grand-Duché qu'à l'étranger, à la population comme réponse à ses besoins sanitaires, la carte sanitaire est l'une des bases d'élaboration du plan hospitalier national. Normalement révisé tous les 5 ans, celui-ci vise à planifier le secteur hospitalier. Objectif: adapter l'offre à la demande tout en assurant une couverture équitable en établissements et services. La dernière version du plan hospitalier date du 21 avril 2001.



1.1 La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, article 3

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

- a) l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général et de leur taux d'utilisation;*
- b) le relevé du personnel médical et paramédical desdits établissements;*
- c) l'inventaire des équipements et appareils coûteux nécessitant une planification nationale ou, le cas échéant, régionale ou exigeant des conditions d'emploi particulières. La liste de ces équipements et appareils est fixée au plan hospitalier national;*
- d) l'inventaire des équipements, 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 il est 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 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 médicaux des établissements hospitaliers: fréquence des différentes prestations par patients hospitalisés et ambulatoires, nombre de patients;

à la fréquence et aux raisons du recours aux établissements hospitaliers étrangers.



1.2 Enjeux et limites de la carte sanitaire

Comme d'après la loi, la carte sanitaire sert avant tout à la planification hospitalière, elle essaie de voir si les besoins hospitaliers de la population sont quantitativement couverts et de fournir des éléments de décision. À l'aide des principaux indicateurs en usage au niveau international, elle montre également la performance des hôpitaux en les comparant entre eux et en procédant à des comparaisons internationales. Au-delà d'une description de l'évolution récente, elle est essentiellement une photographie de l'existant. Si elle ne traite guère des coûts et aspects de financement – tel est plutôt l'objectif du rapport annuel de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale – elle s'attache néanmoins à faire un certain nombre de réflexions et de propositions pour améliorer l'efficacité de notre système de santé en général et hospitalier en particulier.

La 4^{ème} édition de la carte sanitaire compile les données sur quasi 10 ans. Ce recul permet de conférer une certaine robustesse à ses observations qui ont le mérite d'augmenter la transparence et d'apporter des éléments objectifs pour alimenter discussions et réflexions au sujet de la politique hospitalière. Par ailleurs, cette transparence est une base indispensable pour asseoir la confiance des usagers dans nos hôpitaux et pour dynamiser les évolutions.

Mais elle situe également le système hospitalier à l'intérieur du système de santé, qui doit se penser comme une chaîne et non une juxtaposition d'actions et d'acteurs aux frontières limitées. À ce titre, elle fournit des éléments pour des réflexions plus vastes et notamment pour une réédition du livre blanc sur la santé au Grand-Duché. Les différents constats qu'elle dresse permettent à tous de se situer et, à partir de faits indiscutables, d'esquisser les changements nécessaires pour contribuer à une évolution volontariste du système.

Même s'il soutient la comparaison avec ce qui est fait ou publié à l'étranger, l'instrument est encore largement imparfait notamment en ce qui concerne les données qui l'alimentent. Ainsi, la carte sanitaire révèle la "partie visible de l'iceberg". Elle rend, certes, le secteur hospitalier un peu plus transparent, mais elle soulève en même temps des interrogations sur la non-existence de données chiffrées relatives aux autres aspects de notre système de santé. Elle interpelle sur le cadre de référence de notre système et sur l'ingénierie, la pertinence, la cohérence et la coordination de multiples initiatives dont les mesures d'impact et les évaluations font encore largement défaut.

Or si l'on veut être efficace et maîtriser la croissance récente 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 pour la santé collective ou individuelle soit n'est pas mesurée, soit n'est pas démontrable. Au même titre que les actions de santé, l'organisation du système de santé requiert, elle aussi, une approche rationnelle et une démarche scientifique. Dès lors, une réflexion de fond s'impose pour dépenser mieux et maintenir les acquis, voire les améliorer.



Ces constats, que la carte sanitaire illustre par un faisceau d'indicateurs convergents, amènent ses auteurs à solliciter une analyse externe de l'ensemble de notre système de santé et hospitalier. Ceci, afin d'apprécier l'utilité et le rendement d'actions de santé qui ont tendance à se multiplier et à se pérenniser et qui toutes contribuent à l'évolution des coûts, sans que la question de leur évaluation ou de leur impact concret sur la santé publique ou le devenir des patients ne soit posée.

La carte sanitaire au cœur du système de santé grand-ducal

| | |
|---|----------------------------|
| Secteur libéral | |
| Soins de 1 ^{ère} ligne | |
| Médecine de ville (généralistes, spécialistes) Pharmacies Soins à domicile Autres prestataires libéraux (kinésithérapeutes...) | |
| Secteur pré-hospitalier (soins d'urgence) | Transferts à l'étranger |
| Secteur planifié | |
| Soins de 2 ^{ème} ligne | |
| Objet de la carte sanitaire | |
| Secteur hospitalier Hôpitaux aigus Etablissements spécialisés Etablissements de réadaptation et de réhabilitation | |
| Soins de 3 ^{ème} ligne | |
| Secteur de la Dépendance Maintien à domicile Etablissements de long séjour | |



2 Le système de santé luxembourgeois

2.1 Quelques caractéristiques

Il s'agit en principe d'une politique de santé intégrée sous l'autorité du Gouvernement et coordonnée par les Ministères de la Santé et de la Sécurité Sociale. Le système de santé luxembourgeois se caractérise notamment par:

un tissu d'assurances sociales en évolution constante, obligé d'être en équilibre budgétaire, soucieux de solidarité et d'accessibilité,

l'équité d'accès pour tous, grâce notamment à une des plus faibles participations individuelles aux frais de maladie,

le conventionnement obligatoire des prestataires qui doivent être autorisés à exercer,

le libre choix du prestataire – physique ou moral – par le patient et l'accès direct au médecin spécialiste,

le médecin, initiateur des prestations et des prises en charge par d'autres prestataires de soins de santé.

2.2 La politique gouvernementale de santé et de sécurité sociale

Au cours des 15 dernières années, plusieurs déclarations gouvernementales ont fixé des programmes d'action et des objectifs à atteindre dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale. La dernière en date remonte à août 2004.

Extraits:

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.



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).

Etablissements 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 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.

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.



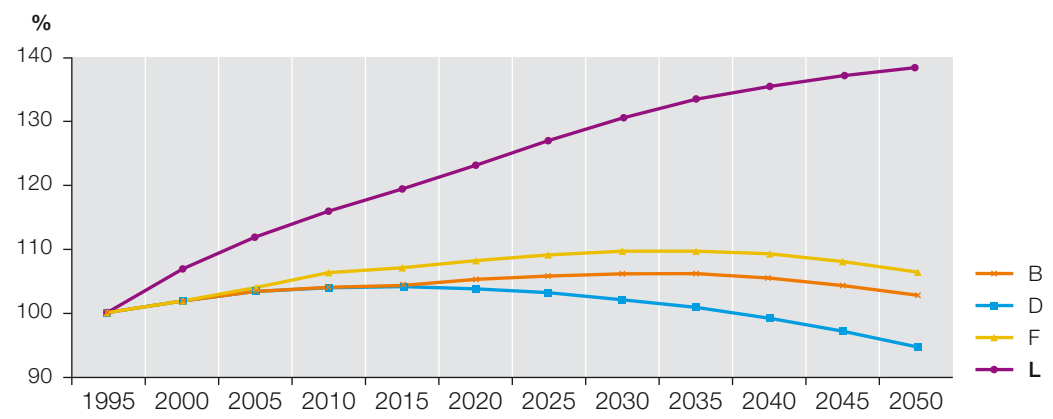
3 Les demandeurs de soins de santé

Ce chapitre ne traite que de l'évolution démographique qui influencera le volume de la demande en soins de santé sachant que la demande, surtout dans un système d'assurance à faible participation "out-of-pocket", peut s'accroître plus vite que la population et qu'elle est influencée par l'abondance de l'offre ainsi que par de nombreux autres facteurs dont on ne peut mesurer l'impact, faute d'instruments adéquats: les croyances, parfois un peu naïves, dans le pouvoir de la médecine moderne, l'information, le marketing des firmes pharmaceutiques, le nombre des prestataires de soins de santé et l'attitude des prescripteurs, le système de financement, l'existence ou l'absence de contrôles...

3.1 Démographie et évolution de la population protégée résidente

Au 1^{er} janvier 2004, le Luxembourg comptait 451.600 résidents. Selon l'OECD, la population au Grand-Duché s'est accrue de 43 % entre 1960 et 2003. Il s'agit d'un taux d'accroissement inférieur à l'Allemagne (49 %), mais supérieur à 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 comparée de la population réelle (1995-2000) et prévue (2005-2050)





Entre 1960 et 2003, la population âgée (≥ 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 au Grand-Duché 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 ainsi la plus faible proportion de personnes âgées par rapport aux pays voisins.

Les personnes de plus de 65 ans sont les plus gros utilisateurs de soins de santé et notamment de soins hospitaliers.

| Taux de dépendance des personnes âgées de 1995 à 2050 | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1995 | 2000 | 2010 | 2020 | 2050 |
| EU (15 pays) | 23,0 | 24,1 | 27,0 | 31,7 | 47,2 |
| G.-D. de Luxembourg | 20,6 | 21,5 | 23,5 | 27,9 | 37,8 |

Cet indicateur représente le ratio entre le nombre total de personnes âgées (≥ 65 ans et économiquement inactif) et le nombre de personnes en âge de travailler (gén. ≥ 15 et ≤ 64).

3.2 Commentaires et conclusions

Sur base notamment des recommandations du rapport Aujaleu-Rosch (1967), le Grand-Duché de Luxembourg a introduit la notion des régions hospitalières pour assurer une meilleure équité d'accès à la population. Cette notion a été maintenue par les plans hospitaliers successifs et joue encore actuellement un rôle essentiel pour les soins d'urgence et de proximité. La notion s'applique bien sûr à l'offre, et hormis le cas du SAMU, ne s'impose pas au demandeur de soins qui conserve le libre choix de l'hôpital, souvent conditionné toutefois par l'agrément du médecin, s'il choisit celui-ci en premier.

En dehors de la densité de la population, le réseau routier et la rapidité d'accès jouent également dans les paramètres à considérer pour la distribution adéquate de l'offre hospitalière. Les observations de la carte sanitaire démontrent une similitude presque parfaite entre la distribution démographique par région hospitalière et l'utilisation de l'offre régionale par la population résidente. Elles 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 ou 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 des résultats pour le patient. Si la carte sanitaire peut fournir une aide à la décision de planification de l'offre, elle est toutefois insuffisante, faute de données disponibles, pour ce qui est des échos en termes de qualité et de satisfaction.



Assurément, le défi des prochaines années ne sera pas l'augmentation de la population, mais le soutien actif à une évolution positive centrée sur la transparence des résultats et des performances accompagnée d'une démarche dynamique de benchmarking*. C'est seulement à cette condition que le libre choix pour le patient prendra tout son sens. Car il s'agira alors d'un choix éclairé par rapport aux résultats auxquels il peut s'attendre. Pour les professionnels de santé, une telle transparence est une prémisse de gagnant pour tous, car la rétro-information à tous les concernés suffit en général pour prévenir ou redresser des dérives qui se font souvent insidieusement. La transparence publique est aussi un gage pour stimuler l'auto-contrôle et la volonté d'amélioration et de développement alors que l'obscurantisme favorise l'immobilisme, la perte de confiance, le repli sur soi, la suspicion et la spirale négative qui en découle.

Il reste encore du chemin à faire pour atteindre cet objectif: la carte sanitaire a l'ambition de stimuler tous les concernés pour y contribuer sans préjugés mais sur base de constats objectifs et de réflexions et propositions qui en découlent.

*Le benchmarking correspond à l'étude et à l'analyse des techniques de gestion (au sens large) employées par les autres entreprises, et non pas seulement les entreprises concurrentes. Il s'agit, pour améliorer les résultats, de s'inspirer des méthodes utilisées avec succès par d'autres.



4 Le coût de la santé

Les dépenses totales de santé correspondent à la somme des dépenses consenties pour:

promouvoir la santé et prévenir les maladies,

guérir les maladies et réduire la mortalité prématurée,

prendre soin des malades chroniques et 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.

En 2003, le Grand-Duché dépensait 6.9 % de son PIB pour la santé, ce qui le situait largement en dessous de la moyenne OECD; par contre, en 2005 en termes de dépenses par habitant, il se situe avec 3 705 \$/PPA* en 4^{ème} position mondiale derrière les Etats-Unis et juste après la Suisse (3 781 \$/PPA*) et la Norvège (3 807 \$/PPA*). Il s'agit de dépenses publiques dans 90 % des cas ce qui situe le Grand-Duché de Luxembourg en 1^{ère} position mondiale et constitue un garant d'équité d'accès aux soins.

Les moyens sont par conséquent donnés pour pratiquer partout et notamment dans les établissements hospitaliers une médecine selon les "golden standards" d'une "evidence based medicine". Rappelons que la loi sur les établissements hospitaliers veut que chaque patient a droit aux soins requis par son état de santé, soins conformes aux acquis de la science et dont la continuité doit être garantie en toutes circonstances. Si tel n'était pas toujours le cas, ce ne serait donc pas faute de moyens.

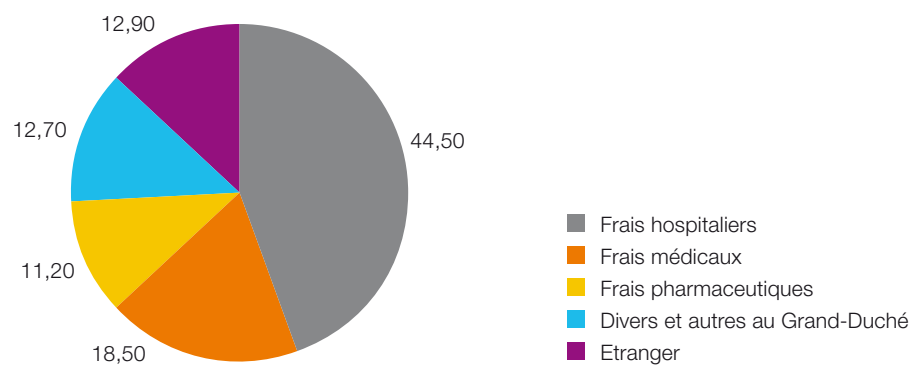
Ce qui doit inquiéter, c'est que le Luxembourg est largement en tête (25 points % par rapport à la moyenne OECD) en ce qui concerne l'accroissement des dépenses de santé par habitant ces dernières années; sans que l'assurance ne soit (actuellement) apportée que cette croissance génère une plus-value mesurable pour le patient. La crainte de gaspillages, susceptibles de menacer la pérennité des acquis actuels et le développement durable du secteur, est par conséquent compréhensible et justifiée. Il y a donc lieu d'agir, sans précipitation, mais intelligemment, avec discernement, méthode, efficacité et bon sens.

*PPA: parité de pouvoir d'achat



| Taux de croissance des dépenses de santé 1997 - 2003 | |
|--|-----|
| Luxembourg | 6,5 |
| Suisse | 3,0 |
| Allemagne | 1,7 |
| Pays-Bas | 4,7 |
| OECD | 4,4 |
| Islande | 6,5 |
| France | 3,3 |
| Amérique | 4,3 |
| Irlande | 8,5 |

Répartition des dépenses UCM en % des prestations en nature en 2004





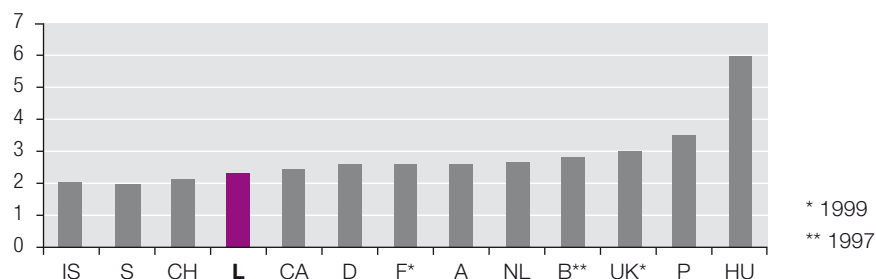
5 Les résultats sur la santé des luxembourgeois

5.1 Espérance de vie

| Espérance de vie à la naissance (en années) Population totale du Grand-Duché entre 1960 et 2003 | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2003 |
| 69,4 | 70,3 | 72,5 | 75,4 | 78 | 78,2 |

Années potentielles de vie perdues (OECD 2000)

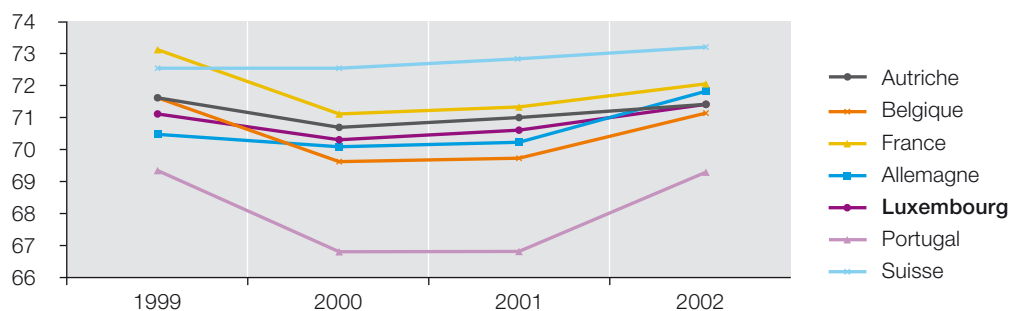
Années



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.

Evolution récente de l'espérance de vie en bonne santé

Années





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. Alors que l'espérance de vie totale à la naissance est de 78,2 ans au Grand-Duché, l'espérance de vie en bonne santé – qui est l'objectif à privilégier – est de 71,5 ans. Dès 1998, le Grand-Duché a mis en place un système d'assurance dépendance étendu, équitable et dont l'éventail des prestations est supérieur aux pays voisins.

5.2 Etat de santé et morbidité

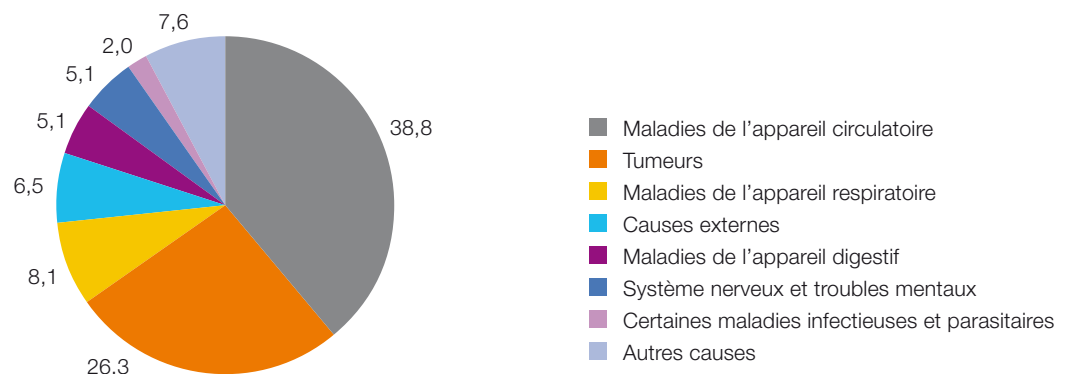
Le taux de mortalité indique le nombre de décès dans une population, sur une période déterminée, exprimé en "pour mille". Le taux de morbidité représente l'état de maladie: écart subjectif ou objectif par rapport à l'état de bien-être idéal.

| Nombre de décès en 2005 au Grand-Duché de Luxembourg | | | |
|--|----------|---------|----------------------|
| | Masculin | Féminin | Total |
| Par maladie | 1597 | 1788 | 3385 |
| Par accident | 138 | 73 | 211 |
| Total | 1735 | 1861 | 3596 ^{*/**} |

* Dans ce total figurent les personnes résidant à l'étranger et décédées au Grand-Duché de Luxembourg.

** Ce nombre ne comprend pas les résidents (luxembourgeois et étrangers) décédés à l'étranger.

Répartition des causes de décès en % par rapport au nombre total des décès au Grand-Duché en 2004





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 – permet de déterminer la contribution spécifique des systèmes de santé au bilan sanitaire des individus. Elle montre l'influence de la promotion de la santé et de la prévention. La prévention peut être subdivisée en mesures primaires, secondaires et tertiaires. La prévention primaire couvre 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 regroupe les actions suivantes: dépistage, détection précoce des cas, diagnostic et traitement adéquat. La prévention tertiaire vise, quant à elle, à limiter les préjudices en cas de maladie installée et notamment incurable.

| Mortalité évitable au Grand-Duché de Luxembourg | |
|--|--------|
| Par la prévention primaire | |
| Traumatismes résultant d'accidents de la route impliquant des véhicules à moteur | 14,8 % |
| Maladie cérébro-vasculaire | 11,4 % |
| Affection hépatique chronique et cirrhose | 12,6 % |
| Cancer du foie | 1,7 % |
| des voies respiratoires et tractus digestif | 7,7 % |
| du poumon | 18,7 % |
| Par la prévention secondaire | |
| Mélanome de la peau | 1,5 % |
| Cancer du sein | 15,4 % |
| du col de l'utérus | 2,2 % |
| d'autres parties de l'utérus | 1,9 % |



5.3 Principales causes de mortalité

Les maladies cardio-vasculaires restent actuellement, au Grand-Duché comme dans les pays voisins, la première cause de décès, devant les cancers, les maladies respiratoires et les causes externes. Depuis 1980, on note toutefois un recul des maladies cardio-vasculaires comme cause de mortalité alors que les cancers – qui touchent davantage les hommes – et les maladies respiratoires jouent un rôle plus important.

| Nombre de décès selon la cause au Grand-Duché de Luxembourg | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Catégories diagnostiques | Total | Total | Total | % M | % F |
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2004 | 2004 |
| Maladies de l'appareil circulatoire | 1437 | 1573 | 1373 | 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 |

5.3.1 Morbidité et mortalité cardio et cérébro-vasculaire

En 2002 déjà, le Grand-Duché faisait aussi bien que ses voisins en matière de mortalité cardio-vasculaire. Il sera intéressant de voir l'évolution dans le temps compte tenu de l'apport de l'Institut de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI) mis en service en 2001 et de l'ajout d'appareils de défibrillation semi-automatiques aux ambulances.

En matière de mortalité cérébro-vasculaire, on note une amélioration sensible au cours des dernières décennies, mais en 2002, le taux de mortalité afférent reste légèrement supérieur à celui des pays voisins. A partir de 2003, le Grand-Duché a introduit notamment des stroke-units – unités spécialisées dans la prise en charge des victimes d'attaques cérébrales – dans les principaux hôpitaux de garde et amélioré les efforts en matière de prévention secondaire et tertiaire.



5.3.2 Morbidité et mortalité par cancer

Dans ce domaine, le Grand-Duché suit également la tendance des pays voisins. Pour les premières causes de mortalité – et notamment le cancer 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.

Concernant 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 du tabac. Depuis la fin des années 1990, le Grand-Duché applique de plus en plus activement une politique d'interdiction progressive de la publicité pour le tabac et de restriction de sa consommation dans des lieux publics (voir législation récente anti-tabac).

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 Grand-Duché 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.

5.4 Performances du système de santé luxembourgeois

Selon les critères du rapport du "Frazer Institute, 2004" qui analysait la performance du système de santé canadien, le Grand-Duché 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 à partir des résultats de 1997. Ces classements rassurants honorent l'engagement de tous ceux qui luttent contre la maladie dans notre pays et permettent aussi d'apprécier les efforts d'organisation et de coordination des tutelles en matière de santé et de sécurité sociale.

En revanche, le Grand-Duché ne s'est pas encore doté de moyens bien structurés pour observer l'évolution de la santé de ses concitoyens. Les données en la matière sont encore trop souvent collectées avec trop peu de méthode et servent en général uniquement à alimenter des banques de données internationales. Mais elles sont trop rarement exploitées au niveau national. Si l'on sait où se trouvent les informations, le Grand-Duché n'a pas réussi jusqu'à présent à les rassembler de façon cohérente au sein de tableaux de bord formalisés et utilisables. De même, il n'a pas encore réussi à utiliser des indicateurs et des comparaisons de résultats pour s'évaluer en permanence et en toute transparence et pour faire le "benchmarking" de ses résultats. Or, disposer de tels instruments est le préalable indispensable à une politique plus efficiente et à une gestion proactive.



De même, au niveau des hôpitaux, à défaut d'une collecte harmonisée d'informations standardisées à partir de la source fiable que devrait être le dossier du patient, ne sont actuellement collectées que des données financières pour la négociation budgétaire avec l'Union des Caisses de maladies (UCM) ou éventuellement encore pour la carte sanitaire, sans qu'elles ne servent à la gestion interne des hôpitaux. Actuellement, ceci est par ailleurs impossible puisqu'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 – et éventuels surcoûts – qu'ils génèrent? Et comment veut-on que les directeurs sachent ce qui se passe avec les patients au sein de leurs établissements et puissent traduire concrètement l'esprit de la loi sur les hôpitaux?

Pour progresser, il reste à lever rapidement les obstacles à la mise en place des instruments de gestion à partir desquels directions, organismes gestionnaires et 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 et de mesurer l'évolution dans le temps, en faisant du "benchmarking" et en fédérant 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, pour une gestion plus proactive et pour ne pas pérenniser un perpétuel pilotage à vue, il faudrait:

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 des dossiers des patients, standardisé quant à son contenu et sa tenue. Il servirait à des suivis et des détections précoces visant notamment le patient (prévention des risques, résultats, satisfaction), la gestion (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 et ne pourrait que bonifier notre système de santé et améliorer sa transparence, sa réactivité et sa crédibilité à tous les niveaux. Quid par ailleurs des transferts de technologies éprouvées, notamment informatiques, entre hôpitaux? Nécessairement, ceci permettrait d'améliorer la performance de gestion au niveau de nos établissements hospitaliers et, par extension, dans d'autres structures de santé également. D'autre part, il permettrait idéalement à chaque prestataire, souvent isolé et peu informé au sein de sa mini-entreprise libérale, de ne pas dévier grâce à cette boussole.



6 L'offre de soins hospitaliers

6.1 Le système hospitalier luxembourgeois en 2005

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 type.

Tous les établissements hospitaliers, quel que soit leur statut, participent, à des degrés divers, à des missions publiques et répondent aux mêmes règles et mode de financement. Les règles relatives à leur planification et à leur organisation relèvent de la tutelle du Ministre de la Santé qui a pour mission de les coordonner et du Ministre de la Sécurité Sociale en ce qui concerne leur financement. Ces dernières années, ces compétences se sont confondues aux mains d'un même Ministre. La gestion et la direction des établissements relèvent du droit privé et sont exercées, pour chacun, sous la gouvernance des organismes gestionnaires qui délèguent la gestion journalière au directeur de l'établissement.

Pilier de la politique de santé, le secteur hospitalier réunit l'arsenal le plus important de moyens de lutte contre la maladie... mais c'est aussi le premier responsable des dépenses de santé.

6.1.1 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. Celle-ci devrait refléter les besoins pour établir le plan hospitalier, mais la loi traduit également le souci d'assurance qualité (normes minimales et autorisations d'exploitation limitées dans le temps), d'harmonisation de l'organisation des structures et, via les droits et devoirs des patients, la volonté de faire du bénéficiaire de soins le centre d'intérêt et la vraie raison d'être des hôpitaux.



6.1.2 Un plan hospitalier, régulateur de l'offre à la demande

Le plan hospitalier 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". Selon la loi du 28 août 1998, 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 charge ambulatoires 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. Du fait que les patients s'adressent à eux, ces médecins 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 et de justification en termes de résultats. Dans le but d'assurer que la prise en charge du patient se fasse dans le service le mieux approprié à sa pathologie, les orientations visent à assurer la couverture des soins les plus légers et les plus courants par les hôpitaux de proximité et les services de base. Ceux plus lourds et/ou plus spécialisés doivent être pris en charge par les hôpitaux généraux et les services spécialisés. Enfin, les soins peu fréquents mais très spécialisés sont pris en charge par des établissements ou des services spécifiques voire, le cas échéant, à l'étranger.

A la recherche de la meilleure efficacité des prestations, le plan hospitalier entend ainsi assurer une offre adaptée aux besoins à un coût défendable, en prévenant la dispersion de moyens et de compétences tout en agencant 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. Il incite notamment les hôpitaux de proximité et les foyers de réadaptation à coopérer de façon plus rationnelle avec les établissements plus importants de la même région et qui disposent de moyens plus lourds et plus spécifiques.

S'agissant du nombre de lits hospitaliers dont la population résidente aura besoin, il est prévu d'adapter 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 de la planification. Comme il est cependant prévisible qu'à moyen terme, l'évolution des techniques médicales continuera à conduire à un abaissement de la durée moyenne de séjour hospitalier au profit de prises en charge en ambulatoire, des mesures sont à prendre pour favoriser ces dernières. Dans ces conditions, le nombre de lits suivant les prévisions du plan restera suffisant pour prendre en charge une population en progression constante, ce d'autant plus que le nombre de lits pour la rééducation gériatrique et la prévention de la dépendance a été nettement augmenté grâce à la conversion d'anciens lits aigus. Par ailleurs, la liste des besoins en équipements lourds nécessitant une planification est constamment adaptée.



6.1.3 Un financement dualiste par l'Union des Caisses de Maladie et l'Etat

Le financement est dualiste, sans préjudice d'une participation fixée à la loi, sous forme de forfait journalier, pour les patients qui ont également à leur charge les suppléments liés aux prestations de confort personnel (chambre 1^{ère} classe, TV, téléphone...).

En effet, d'une part, les grands investissements d'infrastructures et d'équipements lourds sont supportés à 80 % par l'Etat et à 20 % par l'Union des Caisses de Maladie et, d'autre part, les frais d'exploitation – 409,3 millions d'euros en 2002 – qui couvrent d'office les structures prévues au plan hospitalier et autorisées sont pris en charge par l'UCM.

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, repose sur la distinction entre les frais fixes – non directement liés à l'activité, dont celles 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. Le secteur hospitalier, avec ses quelque 6 600 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.

6.1.4 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 (sécurisation, mise en hygiène et modernisation des équipements et du confort) privilégiant les principaux établissements et les plus vétustes, l'Etat a considérablement investi dans une modernisation sans précédent qui vise l'ensemble des établissements hospitaliers, soit plus de 600 millions d'euros depuis 1999.

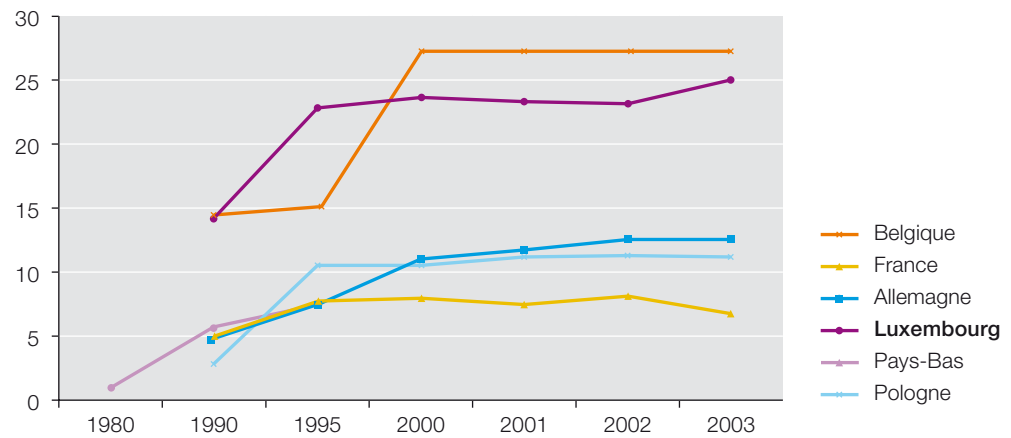
6.1.5 Des équipements hospitaliers de pointe

Dans le cadre de la modernisation des infrastructures, les équipements ont également été renouvelés, sans préjudice du remplacement courant de l'équipement lourd prévu par le plan hospitalier et de celui accordé par l'UCM, pour les équipements plus ordinaires. Il ressort des comparaisons internationales que le Grand-Duché bénéficie actuellement de l'une des plus fortes densités au niveau mondial en unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM), PET-scan, équipements de tomodensitométrie, appareils de mammographie et autres matériels de pointe.



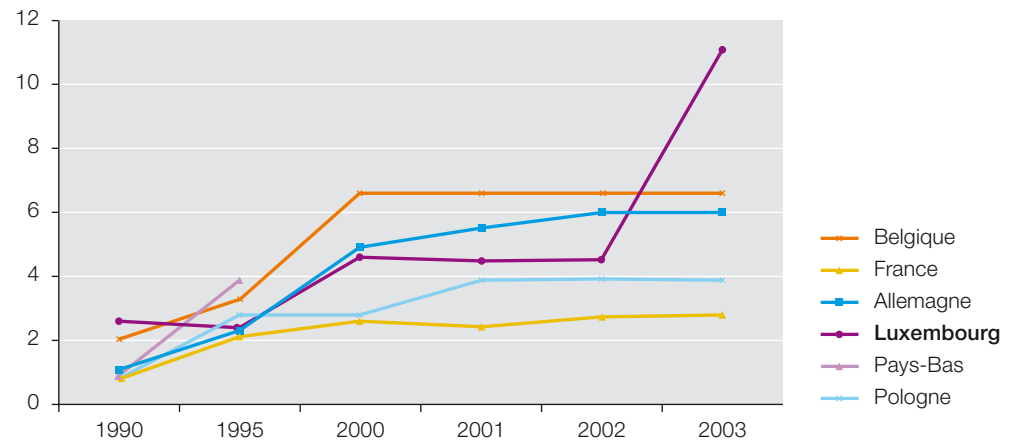
Nombre de scanners médicaux

par million d'habitants



Unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM)

par million d'habitants





6.2 Constats à propos des activités hospitalières

6.2.1 Activités médico-techniques

De 1998 à 2004, la population résidente a augmenté de 6 %. La proportion des transferts à l'étranger, insignifiante par rapport à la consommation de soins de santé au pays surtout en ce qui concerne les séjours stationnaires, a augmenté de 13 %. 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.

Au niveau des hôpitaux aigus, on constate un développement de l'activité qui provient essentiellement du secteur médico-technique. En effet, si 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 % et les actes d'imagerie médicale de 19 %. Par ailleurs, la fréquentation des policliniques et services d'urgence connaît une croissance record avec une augmentation des passages supérieure à 41 %. Ce dernier constat pourrait d'ailleurs être le reflet d'une diminution de l'accessibilité des médecins généralistes.

Les raisons de l'augmentation disproportionnée 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 (scanners, équipements de résonance magnétique) ou encore la reprise du financement par l'UCM de certaines activités (réhabilitation psychiatrique) auparavant financées par l'Etat. Mais l'explication la plus plausible paraît être l'accroissement d'échelle de l'activité dû à l'accroissement du nombre de médecins.

Rappelons également que le recrutement et l'agrément des médecins aux hôpitaux relèvent de la seule faculté des organismes gestionnaires et que le conventionnement obligatoire ne limite pas l'exercice des activités à leur spécialité. De plus, hormis la déontologie, il n'y a ni règles, ni contraintes, ni contrôle systématique 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 comparés de leurs pratiques.



La carte sanitaire ne peut démontrer ni la nécessité, ni l'utilité de surcroûts d'activités dont l'impact se mesurera peut-être plus tardivement. Mais elle pose la question de la mesure des résultats et de la comparaison des performances, de savoir si tous ces actes correspondent à l'utile et au nécessaire et s'il y a plus-value pour le patient; et à qui doit être confiée la responsabilité d'apprécier, de réguler, de prévenir ou de détecter à temps d'éventuelles dérives et de les corriger. Voilà un défi à relever pour assurer la pérennité du financement du système.

6.2.2 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 8 % depuis 1998. 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'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, ramenés à 2327 en 2005, 1704 lits 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 également été contraints 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 s'explique par 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, année après année, du même "hit parade". Et quant au nombre de diagnostics de sortie inconnus, il est regrettable qu'il reste trop élevé, ce qui pose la question des contrôles, absents ou inefficaces dans le système actuel.

Par ailleurs, s'il n'y a pratiquement que 2 % des personnes admises à l'hôpital qui y décèdent, il est également regrettable qu'on n'ait aucune information sur les 98 % qui en repartent vivants! Où vont-ils? Dans quel état? Sont-ils satisfaits de leur prise en charge? L'exploit de tous ceux qui leur ont procuré des soins serait certainement mieux mis en valeur et surtout les informations des patients, 6 semaines, voire un an après leur sortie, seraient précieuses pour améliorer prestations et services. Ceci étant, toutes les comparaisons internationales établies par la carte sanitaire permettent à priori de nous rassurer.



6.2.3 Services médicaux

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 a persisté ce qui a pérennisé un certain court-circuitage des services spécialisés qui peut constituer une perte de chances pour les patients. Entre-temps, le paysage hospitalier, suite à des fusions et coopérations, a considérablement évolué et l'acceptation des services a fait son chemin. Toutefois, par manque de précision, les données disponibles ne permettent pas d'affirmer si les services jouent actuellement le rôle voulu et si les filières de soins fonctionnent.

Toujours est-il que les statistiques sur les sept dernières années démontrent quels services spécialisés sont nécessaires et utiles et où il y a lieu de les implanter. Par ailleurs, des propositions sur les règles de service ont été émises 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 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 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 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,

un enregistrement et un échange de données avec la direction, le suivi de tableaux de bords de gestion des performances, des résultats clients et autres, budgétaires et financiers,

un rapport d'activités annuel à l'organisme gestionnaire, avec notamment un benchmarking des résultats par rapport aux références choisies.

Mais au-delà il faudra agir sur la nomenclature et certaines libertés des organismes gestionnaires et donner au plan hospitalier une assise légale plus étendue, voire adapter la loi sur les établissements hospitaliers.



6.3 Conclusions sur l'évolution récente

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 encore 41 établissements hospitaliers dont 20 hôpitaux généraux. En 1986, il en restait 32 (dont 18 aigus et 2 spécialisés) créés, à quelques exceptions près, par l'initiative privée et financés, au niveau de 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 (Centre Hospitalier de Luxembourg, Hôpital de la Ville d'Esch, HPMA), il s'agissait surtout d'établissements de petite taille, souvent vétustes et qui n'étaient plus adaptés à l'exercice de la médecine telle qu'elle avait évolué.

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 grâce aux progrès de la médecine, des modes de prise en charge, mais aussi du fait de l'accroissement des coûts.

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 dans le peloton de tête international.

Aujourd'hui, l'hôpital 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 incontournable. Mais s'il ne peut être piloté pour atteindre des objectifs et missions notamment de santé publique clairement définis, le risque de dérives qui coûtent cher à la communauté sont réels. De ce point de vue, force est de reconnaître qu'actuellement, les organismes gestionnaires et la plupart des directions ne disposent pas des informations et tableaux de bord nécessaires pour piloter les hôpitaux en connaissance de cause et ignorent souvent ce que les médecins font à leur établissement tout comme les résultats et les performances de leur entreprise. Quant aux médecins, ils ne sont en général ni au courant des coûts qu'engendrent leurs activités, ni mis au courant des résultats des négociations budgétaires. Et forcément, ils ignorent aussi les résultats globaux et le degré de satisfaction des patients par rapport à leur prise en charge hospitalière.

Pour progresser, il convient donc de trouver des solutions afin d'améliorer et formaliser la gestion interne, la qualité de la gouvernance et le management des hôpitaux dans leur ensemble.



7 Propositions

1. **Améliorer l'information pour permettre une meilleure gestion et mettre en place:**

Un dossier hospitalier normalisé (règlement à prendre),

Un système d'informations qui agglutine les données anonymes de chaque dossier individuel informatisé et qui en fait découler les tableaux de bords d'information et 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 mieux utiliser les ressources disponibles "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 structurelles nécessaires à la nomenclature, aménager sa cohérence avec le plan hospitalier et mettre un barrage efficace aux possibilités d'abus.

Arrêter et mettre en vigueur les normes prévues à la loi.

Adapter l'assise légale du plan hospitalier et rééditer une version actualisée.

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 en intégrant 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 notamment leurs coordinateurs de service – afin qu'ils puissent s'identifier à un projet d'établissement, respectivement de service commun, au service du patient.



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 guidelines et clinical pathways"; prévenir respectivement stigmatiser les comportements déviants non motivés ou irresponsables.

Sortir de sa confidentialité et valoriser la recherche d'amélioration de la qualité, y inclure tous les partenaires et pérenniser les bénéfiques y compris ceux des programmes "incitants qualité".

Faire de l'atout "benchmarking" reproductible un objectif professionnel et institutionnel.

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 n'est 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 compliant.

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 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.

Eviter les doubles emplois superfétatoires et non pertinents et accentuer les efforts de synergie et de transparence.



8 Conclusions

En débordant à dessein de son cadre légal, la carte sanitaire prouve que le système de santé au Grand-Duché de Luxembourg 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 en mesurer des résultats concrets. Or, en l'espèce, ce sont d'abord les résultats et l'efficience 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 promotion de la santé et 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'"evidence based médecine". C'est de cette façon qu'on évitera de s'isoler dans une tour d'ivoire et qu'en restant informé et vigilant, 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 ou 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 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 en cours de lutte contre la maladie dans le cadre de leurs prémices, 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 déstabilisants. 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 permettre une meilleure transparence des activités et des résultats des prestations; ceci 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.