



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

InSight

INFORMATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SantéSécu

Gesondheet fir jiddereen
Fir méi Qualitéit an Effizienz



Décembre 2012

NUMÉRO SPÉCIAL

Chères lectrices, chers lecteurs,

QUOI DE NEUF DANS NOTRE ÉDITION DE DÉCEMBRE 2012 ? Ce numéro spécial de InSight SantéSécu est entièrement consacré à la réorganisation du système hospitalier. Vous y trouverez un aperçu des points saillants du rapport d'expertise réalisé par le bureau de conseil suisse Lenz, intitulé « Plan hospitalier 2013 ». Les conclusions de ce rapport serviront de base au règlement grand-ducal qui établira le Plan hospitalier 2013. Le présent numéro ne s'adresse donc pas seulement aux acteurs du système de santé luxembourgeois en général, il vise particulièrement les médecins et le personnel administratif et soignant des hôpitaux. **VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !** Envoyez-nous vos commentaires par courriel à l'adresse suivante : insight.santesecu@mss.etat.lu.

Plan hospitalier 2013 : « Tout, mais pas partout »

Les pôles de compétences sont au cœur du nouveau plan hospitalier.

Changement de paradigme. Le 16 décembre 2010, la Chambre des députés a voté la réforme de notre système de santé, dont une part importante était consacrée à la conception et la mise en œuvre d'un nouveau plan hospitalier. Aujourd'hui, les premiers éléments de la nouvelle architecture de notre système commencent à se mettre en place, avec pour fil conducteur le mot d'ordre « Pas tout partout ». Ceci afin d'éviter les doublons inutiles et d'améliorer la coopération entre les différents prestataires de services médicaux. La concentration des compétences et des services assurera non seulement une amélioration de la qualité des soins de santé, mais aussi une utilisation optimale des ressources.



Mars di Bartolomeo,
ministre de la Santé.



L'attribution de groupes de prestations. Pour pouvoir répartir les différentes compétences entre les hôpitaux, il faut commencer par identifier les prestations médicales qui se prêtent à une concentration, puis définir des critères d'attribution. Cette démarche est tout à fait nouvelle dans le secteur hospitalier luxembourgeois. Pour l'assister dans sa tâche, le ministère a fait appel aux services d'une équipe d'experts reconnue à l'échelle nationale et internationale, le bureau de conseil Lenz Beratungen à Zürich. La société Lenz a déjà conseillé plusieurs hôpitaux luxembourgeois par le passé, et jouit d'une cote de confiance très élevée dans le secteur. L'équipe d'experts vient d'achever son étude sur le « Plan hospitalier 2013 » et son rapport sera rendu public sous peu.

Des recommandations claires. Les conseils du cabinet Lenz concernant la capacité des établissements et les concentrations de compétences envisageables, s'appuient sur une analyse de l'activité médicale de ces dernières années et sur un pronostic des besoins en soins de santé jusqu'en 2020. Les auteurs du rapport ont tenu compte du fait que leurs recommandations doivent être à la hauteur des exigences d'un système de soins de santé national de très grande qualité, tourné vers l'avenir. Nous sommes heureux que l'équipe de consultants ait eu à cœur d'informer les acteurs et prestataires des services concernés dès le lancement du projet et qu'elle ait maintenu le dialogue avec eux tout au long du processus.

Préserver les équilibres existants. Le plan hospitalier vise à opérer un changement de paradigme au sein de notre paysage hospitalier national en réglementant le nombre et la taille des structures et en fusionnant leurs compétences. Néanmoins, il me tient à cœur de ne pas remettre en cause les modèles qui ont fait leurs preuves et les équilibres constitués lorsqu'ils sont pertinents. Dans une société fondée sur la solidarité, l'existence d'un système de santé qui fonctionne bien revêt une importance et une signification essentielles. C'est pourquoi à l'avenir, je veillerai à ce que ce secteur novateur et dynamique, qui constitue aussi une source précieuse d'emplois qualifiés, se développe de manière saine.

Mars Di Bartolomeo



TABLES DES MATIÈRES

PLAN HOSPITALIER 2013

Tout, mais pas partout 1

SOINS AIGUS

En bref 4

Planification hospitalière 4

Bilan des prestations 5

Pronostics à l'horizon 2020 6

Planification future des services 7

RÉÉDUCATION

En bref 9

Favoriser la prise en charge interdisciplinaire 9

Situation actuelle 10

Pronostics à l'horizon 2020 11

L'offre de soins 11

PSYCHIATRIE

Un bref résumé 14

Nouveaux modes de prises en charge 14

DOMAINES SPÉCIALISÉS

Un bref résumé 16

Urgences 16

Soins intensifs 17

Pédiatrie 18

Gériatrie aiguë 18

MESURER LA QUALITÉ

Qu'est ce qui devra être évalué ? 19

Mise en œuvre rigoureuse 19

VU DE L'ÉTRANGER

Un entretien avec Dr. Max J. Lenz et
Prof. Dieter Conen 21

EN CLAIR : QUELS CHANGEMENTS FAUT-IL ATTENDRE ?

L'organisation du système sera-t-elle modifiée ? . . . 24

Le plan hospitalier menace-t-il les emplois du
personnel hospitalier ? 25

Qu'est-ce qui va changer pour les médecins ? . . . 25

Les médecins doivent-ils s'attendre à une perte
de revenus avec la création des pôles de
compétences ? 25

Quelles sont les conséquences du plan
hospitalier sur le travail des administrations
hospitalières ? 25

Le patient doit-il s'attendre à des
changements ? 26

Des effets seront-ils perceptibles au niveau
de la Caisse nationale de santé ? 26

Doit-on s'attendre à une incidence du plan
hospitalier sur le budget global de la santé ? . . . 26

En quoi le plan hospitalier prépare-t-il le terrain
pour la directive européenne sur les droits des
patients ? 26

Mentions légales 26

CARTOON

Mais je croyais qu'on soignait tout dans votre
clinique... 27



SOINS AIGUS : AUCUNE RÉDUCTION MASSIVE DE LITS JUSQU'EN 2020

En bref : objectif des recommandations

- **Des données de meilleure qualité.** Dorénavant, les organes de financement exigeront la présentation de données chiffrées validées et vérifiables relatives aux prestations et aux coûts. En outre, chaque pôle de compétence sera tenu de collecter et de réunir certaines données qualitatives dans un registre et de collecter des données relatives aux structures, aux processus et aux résultats.
- **Une efficacité renforcée.** Le nombre de lits disponibles demeurera stable ou sera légèrement réduit en fonction du calcul des besoins réels. Il sera tenu compte de l'augmentation prévisionnelle du nombre de malades jusqu'en 2020. On prévoit une stabilisation des capacités dans le domaine des soins intensifs (voir p. 17 de ce numéro spécial).
- **Des compétences concentrées.** Entre 4% et 8% des malades relevant de huit domaines cliniques seront regroupés au sein de pôles de compétences afin d'augmenter la qualité des soins et d'améliorer l'efficacité économique du système. Parallèlement, on mettra en place les conditions nécessaires à la création de nouvelles concentrations dans des domaines pertinents du point de vue médical ou de la politique de santé.

Planification hospitalière : les établissements de soins aigus occupent une place centrale

La réforme du système de santé. Le 16 décembre 2010, la Chambre des députés a voté la « réforme du système des soins de santé ». Elle est entrée en vigueur le 1er janvier 2011. L'organisation du système hospitalier et la refonte du Plan hospitalier occupent une place majeure dans la loi de réforme, et le domaine des soins aigus y figure au 1er rang.

Éviter les doublons. Le financement des hôpitaux est déterminé par le plan hospitalier. Ce plan a donc des conséquences directes sur les dépenses de la caisse d'assurance-maladie (CNS). Mais son influence ne s'arrête pas là. Tant que l'on ne passera pas à un système de financement lié à la performance, le plan hospitalier déterminera également les enveloppes d'investissement du secteur stationnaire. Le nouveau plan hospitalier vise à assurer pour l'avenir une



SOINS AIGUS

offre solidaire et de qualité adaptée à la population. Pour atteindre cet objectif, il faut supprimer les offres redondantes et tenir compte des possibilités de coopération transfrontalière dans la région.

Des objectifs clairs pour les soins aigus. Les buts généraux de la réforme fixés par le « Plan hospitalier 2013 » ont servi à définir une série d'objectifs précis pour les établissements de soins aigus.

- optimiser l'accès aux soins aigus en améliorant la transparence des offres de soins
- améliorer la pertinence des indications thérapeutiques
- réduire les hospitalisations primaires et secondaires inutiles
- augmenter l'efficacité et l'efficience
- renforcer la sécurité des patients
- améliorer l'accès aux soins et l'égalité des chances pour les patients
- placer le patient au centre des processus
- réduire les surcapacités
- optimiser les services de secours
- améliorer et rationaliser les services d'urgence
- optimiser l'interfaçage dans les processus de prise en charge pré- et poststationnaires
- rationaliser la gamme des prestations proposées

Bilan des prestations : les soins aux personnes âgées en première ligne

Statistiques. En 2009, environ 77 000 personnes vivant au Luxembourg ont eu besoin d'une hospitalisation stationnaire comprenant au moins une nuit à l'hôpital. Cela représente un taux annuel d'environ 1 400 hospitalisations pour 10 000 habitants. La durée de séjour moyenne des patients en soins stationnaires s'élevait à 7,7 jours. En outre, environ 4 000 travailleurs transfrontaliers ont reçu des soins stationnaires dans un établissement luxembourgeois. Dans la tranche d'âge comprise entre 60 et 79 ans, une personne sur trois a été soignée à l'hôpital une fois dans l'année. Cette proportion atteint plus de la moitié chez les plus de 80 ans. Parmi les groupes d'âge plus jeunes, seulement une personne sur dix a dû recevoir un traitement stationnaire au cours de l'année.



SOINS AIGUS



Foto: WavebreakMediaMicro - Fotolia.com

Déjà aujourd'hui, les patients de plus de 60 ans sont majoritaires dans les hôpitaux.

Plus de patients âgés à l'avenir. Les personnes de plus de 60 ans constituent la majorité des patients hospitalisés. Dans les années à venir, en raison du vieillissement croissant de la population, la proportion de personnes âgées dans les hôpitaux augmentera. La part des plus de 59 ans en termes de soins reçus et de journées d'hospitalisation va donc encore s'accroître.

Qui fait quoi ? Le Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) et le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) accueillent chacun un quart de tous les patients relevant de soins stationnaires aigus, ce qui en fait les prestataires de soins les plus importants du Luxembourg. Ils sont talonnés par le Centre Hospitalier du Nord (ChdN) et le Centre Hospitalier de Kirchberg (HK), qui totalisent chacun environ 15% des traitements. La Clinique Bohler présente le taux le plus élevé de travailleurs frontaliers parmi ses patients, ce qui est dû au fait que les travailleurs frontaliers au Luxembourg sollicitent majoritairement des services d'aide à la naissance plutôt que d'autres types de soins.

Pronostics à l'horizon 2020 : les facteurs d'impact

Taux d'hospitalisation. L'évolution démographique et épidémiologique ainsi que le progrès médical sont les principaux déterminants concernant l'évolution du taux d'hospitalisation. Mais les facteurs économiques jouent également un rôle. Ainsi, le choix d'administrer un traitement de manière ambulatoire ou stationnaire peut aussi être déterminé par le tarif plus ou moins avantageux lié à l'un ou l'autre mode de traitement. En tenant compte de tous ces facteurs et en s'appuyant sur un modèle de calcul prévisionnel qui a fait ses preuves en Suisse, la société Lenz a pu arriver à la conclusion qu'aucune suppression massive de lits ne sera nécessaire d'ici 2020.



SOINS AIGUS

Planification future des services liée aux resultats

Changement de paradigme. À l'avenir, la planification hospitalière sera fondée sur des prémisses différentes. Elle sera basée sur l'efficacité et orientée vers l'avenir. Elle se référera aux résultats et performances tout en intégrant dans son analyse des carences constatées. Elle se focalisera sur la transparence et la concentration des services. Ces lignes directrices constituent la base d'un changement de paradigme dans la planification hospitalière.

Masses critiques recommandées et concentration des compétences. Tant que le système de financement des hôpitaux ne sera pas fondé sur la qualité et la performance, mais sur une planification budgétaire basée sur les moyens et négociée entre la CNS et les hôpitaux, le « Plan hospitalier » restera un élément de pilotage important. Il lui

QUAND UNE CONCENTRATION DES COMPÉTENCES EST-ELLE PERTINENTE ?	
Critères favorisant une concentration	Définition
Faible prévalence, nombre de patients peu élevé	On parle de prévalence faible lorsqu'on dénombre entre 100 et 1 500 traitements/interventions par an selon les domaines cliniques.
Fort potentiel d'innovation	Les protocoles de soin évoluent – on privilégie par exemple le recours à des techniques chirurgicales non invasives et à la radiologie interventionnelle.
Besoin très important en ressources humaines	Coopération interdisciplinaire intense, et équipes interdisciplinaires (centre tumoral, plateforme obésité).
Traitements complexes	Le traitement exige une grande expertise. Par exemple, un traitement efficace exige la présence d'équipes interdisciplinaires : le centre tumoral et – en matière de diagnostic- des spécialités telles que la (neuro-) radiologie, l'anatomie pathologique, rééducation ainsi que la rééducation fonctionnelle. etc.
Efficacité et utilité	Les processus choisis sont des processus standard de la médecine curative moderne où il n'existe pas de processus alternatifs ayant la même efficacité.
Coûts des prestations	Les coûts sont élevés – aussi en raison des taux élevés de complications et des frais qui en découlent.
Compétitivité	L'augmentation du nombre de cas traités par centre thérapeutique influencera positivement le niveau de qualité et de compétence et réduira le taux de complications.



SOINS AIGUS

appartient de favoriser la qualité des soins, de contribuer à la spécialisation et à la différenciation de l'offre et d'orienter les investissements et les services. À l'avenir, on accordera plus de poids aux masses critiques recommandées, aux modes de prises en charge innovateurs et ambulatoires. En outre, le « Plan hospitalier 2013 » doit permettre une concentration des compétences dans certains domaines sélectionnés des soins stationnaires.

Concentrer les compétences. Le rapport a identifié plusieurs domaines qui se prêtent à la formation de pôles de compétences.

- Chirurgie complexe des viscères, à savoir la résection de l'œsophage, la résection du pancréas, la chirurgie du foie, les opérations du rectum, la chirurgie complexe de l'obésité
- Stroke (attaques cérébrales)
- Chirurgie de l'artère carotide
- Chirurgie intracrânienne
- Chirurgie tumorale des poumons, du sein, et du médiastin
- Tumeurs mammaires



Foto: Gennadiy Poznyakov - Fotolia.com

À l'avenir, des activités chirurgicales ciblées seront concentrées dans plusieurs pôles.

Le nouveau plan hospitalier devra déterminer quels hôpitaux devront être actifs dans quels domaines. Il faut noter que cette nouvelle répartition des compétences n'exigera aucune augmentation du nombre de lits.



RÉÉDUCATION : MANQUE DE DONNÉES SUR LES TRAITEMENTS REÇUS À L'ÉTRANGER

En bref : objectif des recommandations

- **Plus de transparence.** Collecter et analyser des données pertinentes en matière de prestations et de coûts pour les soins au Luxembourg et à l'étranger
- **Plus d'efficience.** Application de critères précis par rapport à l'indication thérapeutique, obligation de coopération entre les services de soins aigus et de rééducation.
- **Plus d'efficacité.** Augmentation de l'efficacité de la rééducation grâce à une différenciation de l'offre.

Favoriser la prise en charge interdisciplinaire

Coordination des thérapies. Tous les malades ne retrouvent pas aussitôt leur environnement habituel après avoir quitté l'hôpital aigu. Pour un rendement optimal de leur traitement, ils ont besoin d'un suivi thérapeutique dispensé par des structures de rééducation spécialisées comme les établissements de rééducation gériatriques ou les structures de rééducation d'organes particuliers. Il convient alors de coordonner les mesures au niveau médical, social, professionnel, technique et pédagogique afin d'assurer une prise en charge multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intégrée.

Objectifs. La rééducation vise en priorité à améliorer progressivement la fonctionnalité des organes ou de tissus malades. Afin de permettre aux patients d'assumer leur vie quotidienne de manière largement autonome et d'organiser leur existence aussi librement que possible, la rééducation doit être basée sur une activité individuelle maximale. Une rééducation vise en outre à atteindre les objectifs suivants :

- Prévenir des complications secondaires telles que : courbatures, escarres et dystrophie de l'épaule.
- Prévenir un risque de handicap, supprimer ou atténuer un handicap.
- Empêcher l'aggravation d'un handicap et éviter une ré-hospitalisation en soins aigus.
- Apprendre des mécanismes et des stratégies de compensation.



RÉÉDUCATION

- Limiter la perte de qualité de vie en cas d'accident ou de maladie, par un traitement ciblé des symptômes et une amélioration de la fonctionnalité ainsi que des malades.
- Stimuler la responsabilité personnelle du patient après l'avoir informé en détail du tableau clinique de sa maladie.
- Réintégrer le patient dans son environnement professionnel et social.



Foto: Robert Kneschke - Fotolia.com

L'activité individuelle est
au centre de tout processus
de rééducation.

La rééducation doit être pleinement intégrée dans le parcours de soins, aussi et surtout lorsque le patient a reçu des soins stationnaires ou ambulatoires dans un hôpital non lié à l'établissement de rééducation. Il convient de rationaliser et d'harmoniser la jonction entre certaines étapes du traitement et on vise particulièrement la prise en charge des attaques cérébrales en soins aigus et la phase de rééducation neurologique.

Situation actuelle : la moitié des soins est dispensée à l'étranger

Les capacités nationales sont utilisées à 97%. À l'heure actuelle, environ 50% des besoins en rééducation sont couverts au pays. Le Centre national de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation dispose de 72 lits. L'Hôpital intercommunal de Steinfort (HIS), le Centre Hospitalier Emile Mayrisch (site Dudelange, CHEM), la ZithaKlinik à Luxembourg et le Centre Hospitalier du Nord à Ettelbruck se partagent un total de 105 lits pour la rééducation gériatrique polyvalente. En tenant compte de la durée relativement longue des traitements, on peut déduire qu'environ 97% des capacités nationales en matière de rééducation sont exploitées. En 2009, environ 1 500 traitements en rééducation ont été dispensés. Ce chiffre représente un taux d'hospitalisation de 30,5 patients pour 10 000 habitants. Près d'un tiers des prestations ont été effectuées dans le RehaZenter, 22% au CHEM comme à l'HIS, 16% à la Zithaklinik et 9% au CHdN. Au 1er janvier 2012, vingt médecins spécialistes en rééducation travaillaient dans les centres et les services de rééducation correspondants.



RÉÉDUCATION

Pronostics à l'horizon 2020 : une augmentation de 8% des besoins

Augmentation des besoins en rééducation orthopédique. D'après les pronostics du rapport d'experts, il faut prévoir une augmentation de 8% du taux d'hospitalisation dans le domaine de la rééducation. Cette hausse concerne surtout la rééducation orthopédique (musculo-squelettique) et cardio-vasculaire, et dans une moindre mesure la rééducation neurologique et polyvalente. Le vieillissement de la population entraîne une plus grande fréquence des pathologies articulaires dégénératives et une augmentation des interventions chirurgicales qui en découlent, ce qui accroît avant tout les besoins en rééducation orthopédique stationnaire.

L'Offre de soins : il y aura dorénavant cinq domaines de rééducation

Des capacités d'accueil plus rapidement disponibles. L'offre de soins future sera établie en fonction des calculs prévisionnels en matière de besoins et organisée de manière à assurer une utilisation rationnelle des infrastructures existantes. Il faudra analyser le processus de prise en charge des patients qui passent des soins aigus à la rééducation et organiser cette transition de manière fluide. Il convient également d'examiner la sortie des patients pour lesquels les moyens de rééducation sont épuisés et prévoir leur transfert dans des établissements de soins secondaires afin de libérer de nouvelles capacités d'accueil plus rapidement. Des guidelines définiront des critères à cette fin.

Nécessité d'une spécialisation. Selon le rapport d'experts, une différenciation accrue est incontournable pour permettre au futur secteur de la rééducation luxembourgeois d'être en mesure d'offrir des prestations de soins à la hauteur des évolutions internationales. À cet effet, il convient de distinguer cinq grands domaines :

- la rééducation gériatrique
- la rééducation cardio-vasculaire
- la rééducation orthopédique (musculo-squelettique)
- la rééducation neurologique
- les autres types de rééducation



RÉÉDUCATION

Rééducation à l'étranger. Aujourd'hui déjà, une part importante de la population luxembourgeoise reçoit des traitements de rééducation à l'étranger. En raison d'un manque de données probantes, il est actuellement impossible de procéder à une étude comparative précise des services et des coûts de rééducation au Luxembourg et à l'étranger. Pour les établissements en lice, on ne possède aucune donnée relative aux dotations en personnel ou à son niveau de qualification, aux indications thérapeutiques ou aux prestations effectuées, à la durée et la qualité du traitement. Il convient donc de rassembler toutes ces informations afin de constituer une base de données permettant d'évaluer de futurs projets d'investissements dans ce domaine.

Rééducation neurologique. Pour optimiser le parcours de soins des victimes d'accidents neurologiques graves, il est nécessaire de créer une coopération étroite entre les « stroke-units » et les services de rééducation. En outre, pour assurer la qualité des traitements et l'utilisation optimale des infrastructures existantes, il faudrait prévoir un nombre minimal de patients pour les services de rééducation neurologique. Dans ce contexte, et afin de pouvoir prendre des décisions d'investissement en connaissance de cause, il est nécessaire de rassembler des données pertinentes sur les résultats des établissements.



Foto: Robert Kneschke - Fotolia.com

La rééducation ambulatoire dans le domaine orthopédique gagnera en importance.

Développer la rééducation orthopédique. À l'avenir les traitements ambulatoires prendront de plus en plus d'importance dans le domaine de la rééducation orthopédique. Tout comme pour la rééducation neurologique, il faudra documenter les résultats avant de prévoir un développement de l'offre de soins stationnaire au niveau national.

Les autres planifications structurelles s'effectueront selon les principes généraux de l'utile et du nécessaire en matière de rééducation, à condition de respecter les critères mentionnés concernant la qualité et la performance.

Regroupement des compétences. Tout comme les soins aigus, la rééducation a atteint un degré de spécialisation relativement élevé, surtout dans les domaines de la convalescence, des traitements post-opératoires ou des soins palliatifs. Dans la mesure du possible, il faut éviter les redondances et renforcer la coopération entre les différents prestataires. Les infrastructures actuelles du Rehazenter peuvent être utilisées pour les handicapés lourds, conformément à ce qui a été planifié. Le transfert des patients en fin de thérapie vers des établissements de soins de longue durée permettra de libérer des capacités supplémentaires pour la rééducation aiguë. La concentration des compétences et des services augmentera la qualité des soins et favorisera



RÉÉDUCATION

une utilisation efficace des ressources. La formation de pôles de compétences permettra de structurer l'offre de soins en fonction de critères à la fois médicaux et économiques.

Définition de critères de rééducation. Il faudra repenser l'organisation du processus d'autorisation d'un traitement de rééducation par le Service du Contrôle médical de la sécurité sociale. Il faudra aussi définir plus précisément les différentes phases et aspects d'une rééducation et fixer des critères d'acceptation ou de refus de prise en charge. L'existence de critères de rééducation permettra aux autorités compétentes d'adapter l'offre de soins et de recueillir des données sur les résultats des rééducations dispensées au Luxembourg et à l'étranger.

Une implémentation progressive. La réalisation des différentes modifications structurelles aura lieu progressivement dans un laps de temps qui reste à définir.



PSYCHIATRIE : RÉDUIRE LA DURÉE DE SÉJOUR

Vers quoi tendent les solutions proposées ? Un bref résumé :

- **Poursuivre le développement** du modèle psychiatrique actuel
- Utiliser les ressources de façon **plus efficace et plus efficiente** grâce à une nette différenciation entre les soins de longue durée et la psychiatrie aiguë et la réhabilitation psychiatrique.
- **Optimiser** la coordination des soins grâce à la mise en place de parcours cliniques.
- **Adapter** la psychiatrie médico-légale **aux besoins**.

Nouveaux modes de prises en charge : ambulatoire et hospitalisation partielle

Améliorer la coopération. Depuis quelques années, la planification des soins psychiatriques a gagné en importance. Depuis 2005, l'offre des soins dans ce domaine a atteint au Luxembourg un niveau comparable à celui d'autres pays d'Europe (occidentale). Néanmoins, des efforts continus sont indispensables, non seulement pour maintenir le niveau acquis, mais également pour évoluer de façon dynamique. Les services spécialisés de psychiatrie aiguë sont bien, voire très bien équipés, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. En outre, le Centre hospitalier neuropsychiatrique (CHNP) a réussi à transformer l'asile de jadis en hôpital de réhabilitation. Il reste cependant à améliorer la coopération avec les personnels spécialisés des autres secteurs de la psychiatrie. À l'avenir, l'importance de la psychiatrie juvénile va encore croître. Cette spécialité s'occupe de jeunes entre 14 et 18 ans souffrant principalement de troubles du comportement ou de difficultés d'adaptation. Un certain nombre d'internements sont ordonnés par les tribunaux, et s'accompagnent d'un transfert de la tutelle parentale à l'établissement de soins.

Durées de séjours très longues. En 2009, les établissements psychiatriques luxembourgeois ont accueilli 6 057 patients, pour une durée moyenne de séjour de 29,6 jours et près de 180 000 journées d'hospitalisation. 684 patients ont été hospitalisés à l'étranger. Avec presque 1 800 cas, les pathologies liées à l'alcoolisme représentent la majorité des hospitalisations. La psychiatrie aiguë a ainsi pris en charge 5 492 cas dans un des hôpitaux du secteur aigu, et 565 cas



PSYCHIATRIE

en réhabilitation psychiatrique au Centre hospitalier neuropsychiatrique (CHNP). En moyenne, les patients admis en réhabilitation sont âgés de 41,6 ans et leur durée de séjour est de 145 jours.

Les soins en service de psychiatrie concernent en majorité des adultes de 18 à 59 ans, suivis des seniors (plus de 60 ans), qui représentent 21% de la patientèle.



Foto: LIVDESIGN - Fotolia.com

A l'avenir, la psychiatrie
juvénile va garder un
statut particulier.

Désengorger les hôpitaux du secteur aigu. D'année en année, du fait des évolutions sociales, le nombre de transferts des services des hôpitaux du secteur aigu vers le CHNP augmente. Ce dernier apporte donc une contribution indispensable au désengorgement des établissements psychiatriques du secteur aigu, et leur permet de réagir avec plus de souplesse aux urgences.

Potentiel de réduction. Selon les experts, il est possible de réduire à la fois le taux d'hospitalisation et la durée de séjour dans tous les domaines de la psychiatrie. Cette baisse de la durée de séjour profitera aux patients notamment. En offrant des soins ambulatoires, en hospitalisation partielle ou d'autres offres de soins adaptés aux besoins du patient; en créant des passerelles entre les secteurs ambulatoires, d'hospitalisation partielle et complète, la durée des séjours pourrait être réduite. Il y a un intérêt réel de remplacer des programmes d'hospitalisation complète hebdomadaires rigides par des offres ambulatoires, plus attrayantes.

Logement encadré pour patients psychiatriques. Si l'on souhaite fermer des lits en psychiatrie, il faut en ouvrir d'autres ou créer de nouvelles structures ailleurs pour accueillir les patients de longue durée ou chroniques. Les experts considèrent qu'à l'avenir, ces structures devront être financées de manière plus adaptée que jusqu'à présent. Pour certains patients, les alcooliques ou les toxicomanes graves, ou même les patients atteints du syndrome de Korsakov, une forme de troubles de la mémoire, le traitement exclusivement ambulatoire est inenvisageable. Dans ces cas-là, il faut prévoir des appartements thérapeutiques et/ou des institutions psychiatriques semblables à des maisons de soins.

Le rééquilibrage des différentes structures doit se faire simultanément. Le rapport des experts recommande en l'occurrence de déployer les soins décentralisés et/ou ambulatoires dans les domaines suivants :

- Soins majoritairement ambulatoires pour alcooliques
- Soins majoritairement ambulatoires pour toxicomanes
- Suivi ambulatoire des cas de psychiatrie juvénile internés d'office
- Soins majoritairement ambulatoires des troubles de type somatique
- Prise en charge majoritairement ambulatoire des patients psychotiques



DOMAINES SPÉCIALISÉS : CONCENTRER LES COMPÉTENCES

Vers quoi tendent les solutions proposées ? Un bref résumé :

Services d'urgences : L'aiguillage des urgences s'effectuera à l'avenir exclusivement en fonction du diagnostic (Exemple : AVC).

Soins intensifs : Le nombre de lits en soins intensifs est plus que suffisant il est même supérieur à la moyenne européenne. L'objectif est donc d'optimiser les processus, comme l'admission en soins intensifs ou la sortie du service.

Pédiatrie : Les enfants présentant des pathologies typiquement pédiatriques et qui doivent être hospitalisés plus de trois jours, seront traités dans un service de pédiatrie ou en clinique pédiatrique (CHL).

Chirurgie pédiatrique : Les interventions sur enfants de moins de six ans devront être réalisées en présence d'un anesthésiste spécialisé en pédiatrie.

Soins intensifs en pédiatrie ou néonatalogie: Ils se situent au CHL.

Gériatrie : Un modèle avec tous les détails concernant la prise en charge aiguë des patients gériatriques et la rééducation gériatrique est en cours d'élaboration.

Urgences

Diriger les urgences vers les services adaptés. A l'heure actuelle, les trois hôpitaux de la ville de Luxembourg offrent en alternance des services d'urgence. Aucun hôpital du centre garantit un service d'urgence pour adultes 24h/24, pendant toute l'année. Au pire des cas, des patients qui se déplacent par leurs propres moyens, aboutissent dans un service inapproprié. Cela constitue un véritable problème dans les cas où une intervention rapide est essentielle, comme pour les AVC, et il faut y remédier. Si l'on soupçonne être en présence d'une pathologie grave, comme un AVC ou un infarctus du myocarde, les patients doivent être dirigés sans délai vers le service idoine, c'est à dire à l'INCCI en cas d'infarctus par exemple. Une campagne d'information et de sensibilisation de la population est donc nécessaire. Par ailleurs, les services en amont du service de garde devraient être en mesure d'orienter directement et correctement les patients.



DOMAINES SPÉCIALISÉS

Soins intensifs

Évolution démographique. Le nombre de patients admis en soins intensifs va continuer à augmenter avec le vieillissement de la population. Il n'est pas prévu d'accroître le nombre de lits à moyen terme, car les capacités actuelles suffisent à faire face à une recrudescence des soins intensifs.

NOMBRE DE LITS EN SOINS INTENSIFS POUR 100 000 HABITANTS	
Pays	Nombre de lits en soins intensifs pour 100 000 habitants
USA	20,0 (année 2004/2005)
Canada	13,5 (2005)
France	9,3 (2004)
Royaume Uni	3,5 (année 2003–2005)
Belgique	21,9 (2005)
Allemagne	24,6 (2005)
Pays Bas	8,4 (2006)
Espagne	8,2 (2005)
Luxembourg	32,0 (2009)
Moyenne Europe centrale	13,3

(Chiffres tirés du rapport « Plan hospitalier 2013 », page 112ff)

Suffisamment de lits à l'avenir. En 2009, les hôpitaux luxembourgeois disposaient de 159 lits en soins intensifs. Ni les Etats européens et d'Amérique du Nord ne manquent de lits en soins intensifs, pourtant le Grand-Duché est au-dessus de la moyenne avec près de 32 lits pour 100 000 habitants. De fait, ce chiffre ne devrait pas augmenter à moyen terme, car les capacités actuelles devraient permettre de faire face à une augmentation du nombre de patients en soins intensifs, liée à l'évolution démographique. Il faut donc davantage se concentrer sur une occupation optimisée des lits, plutôt que sur la création de capacités nouvelles.

Intermediate Care. Des analyses réalisées au Royaume Uni et aux Etats-Unis montrent qu'une séparation structurelle de l'« intermediate care », c'est-à-dire de la surveillance intensive à court terme après une intervention ne présente aucun bénéfice en termes d'efficacité ou de qualité. Les avantages sont en revanche notables lorsque les processus cliniques sont mieux organisés et que les ressources sont mieux utilisées.



DOMAINES SPÉCIALISÉS

Pédiatrie

La particularité de la chirurgie pédiatrique. Les patients hospitalisés pédiatriques, notamment ceux ayant subi une intervention chirurgicale, doivent par principe être traités dans une clinique pédiatrique ou le service pédiatrique de l'hôpital. En cas d'opération, l'intervention et le suivi doivent être réalisés, dans la mesure du possible, par un chirurgien spécialisé en pédiatrie ou un chirurgien expérimenté dans ce domaine. Pour les interventions sur des enfants de moins de six ans, une anesthésie pédiatrique doit être garantie dans tous les cas, c'est à dire qu'une équipe d'anesthésistes expérimentés en pédiatrie ainsi que l'infrastructure adéquate doivent être disponibles. En cas de complications dans les 24 heures qui suivent l'opération, l'anesthésie pédiatrique doit pouvoir être sur place en moins de 30 minutes.



Foto: StefanieB. - Fotolia.com

Dans la mesure du possible, les enfants doivent être opérés par des chirurgiens pédiatres.

Gériatrie aiguë

Polymorbidité. Fondamentalement, le diagnostic et le traitement des patients âgés relève des compétences de tous les hôpitaux luxembourgeois. Dans la mesure où les personnes âgées souffrent souvent également de troubles démentiels, elles ont besoin d'un traitement gériatrique multidisciplinaire. Ces patients sont pourtant souvent traités en « médecine interne », sans expertise gériatrique reconnue.

Besoin croissant. Suite au vieillissement de la population, les soins et le traitement des patients gériatriques prennent de plus en plus d'importance. D'ici 2020, le nombre de patients de plus de 80 ans devrait progresser de 36%. Si le nombre des patients gériatriques augmentait dans la même proportion, nous aurions en 2020 entre 1 400 et 3 000 patients traités en gériatrie aiguë. Les deux groupes diagnostiques les plus marqués sont le « système nerveux » et « l'appareil moteur ». Pas tous les patients souffrant de ce type de pathologie nécessitent un traitement aigu, mais une évaluation gériatrique approfondie est nécessaire pour préciser leurs besoins.

Un modèle détaillé de planification des soins aigus et de rééducation des patients gériatriques au Luxembourg sera intégré au futur modèle de prise en charge gériatrique.



MESURER LA QUALITÉ : UNE PROCÉDURE INDISPENSABLE

Qu'est-ce qui devra être évalué?

La planification hospitalière s'entend comme un processus continu, qui a besoin d'un monitoring permanent. C'est la seule manière d'y apporter les adaptations nécessaires. Quelles sont les incidences de cette planification sur la sécurité des soins ? Comment se déroule la mise en œuvre du plan hospitalier et quels sont ses effets sur la qualité et l'efficacité des prestations ? Ces questions, parmi d'autres, accompagneront le processus de développement. Les évaluations et les indicateurs de qualité aideront à trouver les réponses nécessaires au monitoring du secteur hospitalier et se concentreront sur les aspects suivants :

- Amélioration de l'efficacité
- Amélioration de l'efficacé
- Amélioration de la qualité des données et de la transparence
- Création de registres pour une évaluation qualitative et quantitative dans le domaine des différents pôles de compétence
- Niveau de satisfaction des patients
- Augmentation de l'activité ambulatoire (de l'hôpital)
- Concentration de l'activité dans des domaines ciblés
- Optimisation des soins d'urgence

Les résultats de l'évaluation servent de base à la future répartition des services.

Mise en œuvre rigoureuse

Phase 1. La mise en œuvre de l'évaluation se déroule en trois étapes. Il s'agit dans un premier temps de mettre au point de façon détaillée le concept d'évaluation et d'intervention puis de fixer des critères concernant des registres relatifs aux pôles de compétence. Il faut ainsi déterminer avec les experts du terrain, le set de données minima requis, et organiser leur collecte dans les hôpitaux avec les responsables concernés. En parallèle, il faut élaborer différents concepts d'analyse.



MESURER LA QUALITÉ

Phase 2 et 3. À partir de janvier 2014, le registre devra être implémenté et les hôpitaux devront relever les données. Les informations recueillies en 2014 pourront être validées et évaluées au printemps 2015 pendant la troisième phase de la mise en œuvre. Ces analyses permettront le monitoring des objectifs visés et seront présentées sous forme de rapport.

MISE EN ŒUVRE DU CONCEPT D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION	
2013	<ul style="list-style-type: none">■ Etablir concepts des registres■ Etablir des concepts d'analyse et d'intervention■ Définition du set de données minima■ Spécifications pour la collecte de données
2014	<ul style="list-style-type: none">■ Implémentation des registres■ Collecte des données
2015	<ul style="list-style-type: none">■ Analyse des données et mise en place de la documentation■ Benchmarking■ Réévaluation du concept du registre



VU DE L'ÉTRANGER : LES PARTICULARISMES LUXEMBOURGEOIS



Foto: LENZ AG

Dr. Max Lenz :
« Le système de santé luxembourgeois est guidé par l'offre ».

Pendant un an, le cabinet conseil suisse LENZ a évalué l'activité stationnaire des hôpitaux luxembourgeois. Sur cette base il a élaboré des propositions pour le Plan hospitalier 2013. Le directeur du bureau Dr. Max J. Lenz et le consultant Prof. Dieter Conen sont unanimes : « Le Luxembourg doit agir ! »

Vous avez mené des enquêtes dans le secteur hospitalier de plusieurs cantons suisses. Quels sont les points communs et les différences avec le Luxembourg ?

Conen :

Certaines analogies sont évidentes : les prestations offertes dans le domaine des soins de base sont tout à fait comparables. Les taux de croissance en matière de chirurgie orthopédique correspondent à ceux en Suisse, notamment pour les prothèses articulaires. Dans les cantons sous revue, on constate également une concentration dans un centre unique pour les activités telles que la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque, la radiothérapie ainsi que la néonatalogie complexe.

Mais, contrairement au Luxembourg, la concentration au niveau du canton est déjà réalisée pour la chirurgie oncologique, notamment pour la chirurgie viscérale liée à des cancers de l'œsophage, du pancréas, des tumeurs du foie et des cancers du côlon. Cette concentration était motivée surtout par le faible nombre d'interventions pour chacune de ces pathologies, un taux élevé de complications et les prérequis en matière d'infrastructures et de personnel spécialisé. Il en va de même pour les opérations du sein en cas de tumeur maligne. En Suisse, la concentration des activités touche également la chirurgie thoracique, la neurochirurgie pour les opérations du cerveau, en chirurgie vasculaire sur la carotide et l'aorte thoracique. De même, le traitement de l'AVC ne se fait plus que dans quelques centres, afin d'atteindre une masse critique sur chaque site et que l'infrastructure complexe nécessaire, en personnel et en équipement, soit disponible 24h sur 24 et 365 jours par an.

Dans le secteur de la rééducation, on note une différence par rapport aux durées de séjour très longues constatées dans les établissements au Luxembourg où il faut noter de plus que près de la moitié des cas sont transférés à l'étranger. En outre, le Luxembourg n'a pas encore entamé la spécialisation de ses services de rééducation (orthopédique, neurologique, cardiovasculaire par exemple) et ne dispose pas d'analyses qualitative concernant les résultats.

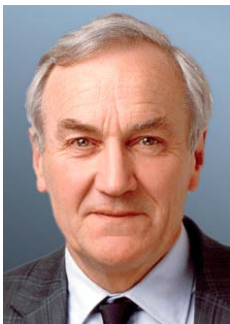


Foto: LENZ AG

Prof. Dieter Conen :
« Les intérêts des hôpitaux et des médecins ne sont pas toujours identiques ».



VU DE L'ÉTRANGER : LES PARTICULARISMES LUXEMBOURGEOIS

En tant qu'observateur externe, que pensez-vous des données dont dispose le Luxembourg ?

Lenz :

L'éventail de données disponibles au Luxembourg aujourd'hui correspond à celui existant en Suisse en 1998, et en France et en Allemagne en 1990/1991. Il est temps de réagir ! La situation n'est pas différente en ce qui concerne la documentation concernant la qualité. Toutefois, la réforme du système de santé a mis des choses en route et c'est bien ainsi.

Qui fixe les grandes orientations au Luxembourg ? L'offre ou les résultats ?

Lenz :

Jusqu'à présent, le système luxembourgeois est piloté par l'offre. Avec le Plan hospitalier, le système se dote des premiers instruments de pilotage qui lui permettront de s'orienter davantage vers une gestion fondée sur les résultats.

Au Luxembourg, les systèmes de remboursements des médecins et des hôpitaux fonctionnent en parallèle. Avec quelles conséquences, selon vous ?

Conen :

Logiquement, ce système implique que les hôpitaux et les médecins ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde. Les hôpitaux ne disposent pas d'informations transparentes en matière de prestations médicales. Ainsi elles n'ont pas de base pour établir une planification, de prévoir l'utilisation et le niveau de charge des infrastructures mis à disposition. Il est donc plus difficile de prévoir les interventions, ou l'extension ou la réduction d'infrastructures, car les conséquences économiques pour l'hôpital ne coïncident pas avec celles des médecins. On constate que des interventions qui ont recours à des infrastructures importantes tant au niveau matériel que personnel, sont davantage réalisées en clinique, même si elles pourraient également se faire dans des cabinets médicaux privés. Dans ces cas concrets, la clinique devrait prévoir une compensation adéquate pour l'utilisation de son infrastructure par les médecins agréés.

A quel point les mesures que vous proposez sont-elles radicales ?

Lenz :

Nos mesures sont modérées et peuvent être mises en place progressivement. Dans certains domaines, elles sont décisives, mais elles constituent un pas dans une direction nouvelle souhaitée. Cela sera bénéfique à toute la population (patients et contribuables). Chacun des acteurs sait cependant que d'autres mesures doivent suivre.



VU DE L'ÉTRANGER : LES PARTICULARISMES LUXEMBOURGEOIS

Selon vous, ces mesures vont-elles assez loin ?

Conen :

Je considère que les mesures proposées sont un pas en avant dans la bonne direction. Car, à l'avenir, tout le monde ne devrait plus faire tout, mais chacun se concentrera sur ce qu'il sait faire le mieux.

Les modifications que nous proposons d'apporter au secteur des soins aigus ne portent que sur des interventions et traitements relativement rares, et nécessitant un niveau élevé de personnel et d'équipement. Il s'agit de procédures qui requièrent des parcours complexes et des équipes multidisciplinaires. Les coûts très élevés de ces prestations justifient une concentration pour augmenter la masse critique par centre d'intervention. Ainsi, les mesures proposées, qui ne couvrent que 6 à 8% de tout l'éventail des prestations, devraient permettre d'améliorer progressivement la transparence du système. Elles permettront de mesurer l'amélioration de la qualité et l'efficacité du système de soins.

Dans le secteur de la rééducation, il faudra également procéder à une spécialisation et optimiser le parcours de soins. Il faudra en outre veiller à réduire le nombre de patients transférés à l'étranger et rendre plus transparente l'utilisation des structures de rééducation.

Quelles difficultés pourrait-on rencontrer pendant la mise en œuvre ?

Conen :

Le système luxembourgeois n'a presque pas de dispositions normatives pour les services. Les modifications doivent être mises en place dans un esprit de concertation.

Lenz :

Les dispositions prévoient l'application cohérente de nouveaux instruments par la Caisse nationale de santé et le ministère. Il ne faut pas s'attendre à des modifications de comportement spontanées. Mais ceux qui tiennent les rênes vont devoir s'atteler à la tâche.



EN CLAIR : QUELS CHANGEMENTS FAUT-IL ATTENDRE ?

L'organisation du système sera-t-elle modifiée ?

Oui. L'organisation sera modifiée. Dans les hôpitaux, la structure de l'offre sera adaptée. Dans un premier temps, cela ne concernera que quelques prestations complexes, les fameuses concentrations d'activités ciblées. Elles engloberont en règle générale des prestations peu nombreuses, nécessitant une masse critique pour garantir la qualité, et qui sont liées à des infrastructures onéreuses. Certains traitements seront à l'avenir effectués et financés dans des hôpitaux désignés qui remplissent déjà la quasi-totalité des exigences pour les réaliser.

Tout le monde ne peut pas offrir toute la gamme de soins. Six à huit pour cent des traitements hospitaliers seront concentrés dans des centres adaptés.

Les services spécialisés existants (pédiatrie, gynécologie-obstétrique) et les services nationaux (cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque, radiothérapie, néonatalogie (intensive), soins intensifs pédiatriques, chirurgie infantile, procréation médicalement assistée, neurochirurgie, maladies infectieuses et tropicales, oncohématologie et immuno-allergologie) seront conservés.

Certaines compétences au niveau de la Caisse nationale de santé et du ministère de la santé ou de la sécurité sociale seront également légèrement modifiées. Les deux ministères devront définir les pôles de concentration

d'activités ciblées dans la législation et au niveau du financement, pour les mettre en pratique de manière conséquente. Il incombera à la Caisse nationale de santé d'intégrer ces dispositions à ses procédures. Le ministère de la santé procédera à la collecte de données spécifiques pour mesurer la qualité des soins. D'une manière transparente ces données serviront de base à des ajustements appropriés.

Aux services d'urgence incombera à l'avenir un rôle d'aiguillage pour certains types d'urgences comme les AVC ou les infarctus du myocarde. Il est surtout essentiel que les soins d'urgence ne perdent à aucun moment un temps précieux et une concentration des services s'impose donc dans ce domaine.

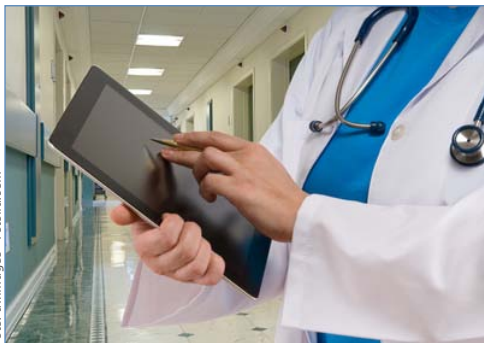


Foto: uimages - Fotolia.com

Tout le monde ne peut pas offrir toute la gamme de soins. Six à huit pour cent des traitements hospitaliers seront concentrés dans des centres adaptés.



EN CLAIR : QUELS SERONT LES CHANGEMENTS ?

Le plan hospitalier menace-t-il les emplois du personnel hospitalier ?

Non. Les capacités disponibles doivent être utilisées afin de faire face à l'augmentation attendue du nombre d'hospitalisations aiguës. Cela induit une intensification du travail et la modification des processus de travail, grâce à une optimisation ciblée.

Qu'est-ce qui va changer pour les médecins ?

Là où il y aura des concentrations de services, il y aura une réglementation. Cela concernera moins de dix pour cent des hospitalisations. Certains médecins ne feront plus certains traitements, ou du moins plus dans leur hôpital habituel. Ceux qui continueront de proposer des traitements dans les services compétents, devront s'attendre à un monitoring et une comparaison de la qualité des soins.

Comme c'est le cas chez nos voisins, il faut s'attendre également à une augmentation du volume de documentation. Il faut essayer de limiter les charges par des outils et des aides électroniques et administratifs adaptés. L'avantage d'une documentation différenciée c'est de mettre en lumière l'utilité et la valeur ajoutée de certaines prestations et de permettre une comparaison avec les prestations médicales à l'étranger.



Foto: Tyler Olson - Fotolia.com

Pour travailler dans un service compétent il faut avoir documenté la qualité des soins.

Les médecins doivent-ils s'attendre à une perte de revenus avec la création des pôles de compétences ?

Non. La concentration des prestations médicales en des endroits définis et des baisses de revenus des médecins ne sauraient être liées.

Quelles sont les conséquences du plan hospitalier sur le travail des administrations hospitalières ?

Le nouveau plan hospitalier doit être implémenté dans les hôpitaux. Si à l'avenir tous les AVC doivent être traités dans des sites déterminés, il faudra renforcer la coopération entre les hôpitaux et les services de réhabilitation en aval. La concentration des prestations exige par ailleurs une adaptation des structures, qui concerne également les administrations.



EN CLAIR : QUELS SERONT LES CHANGEMENTS ?

Le patient doit-il s'attendre à des changements ?

Evidemment. La qualité des traitements n'en sera que meilleure et plus transparente.

Des effets seront-ils perceptibles au niveau de la Caisse nationale de santé ?

Les règles qui régissent les relations entre la Caisse nationale de santé et les hôpitaux en ce qui concerne les pôles de concentration, les divers services dans le domaine de rééducation et certains services de psychiatrie, doivent être définies, communiquées, adaptées et appliquées de façon cohérente.

Doit-on s'attendre à une incidence du plan hospitalier sur le budget global de la santé ?

Oui. Il est cependant à ce stade extrêmement difficile de quantifier cette incidence, compte tenu du manque de données au Luxembourg.

En quoi le plan hospitalier prépare-t-il le terrain pour la directive européenne sur les droits des patients ?

Des standards concernant la sécurité et la qualité seront définis, évalués et publiés dans des registres spécifiques portant sur les pôles de concentration d'activités ciblées. Les standards européens pourront ainsi être reprises ou ajoutées, si elles manquaient. Grâce à ces registres, les citoyens européens pourront comparer les prestations médicales partout en Europe. Des comparaisons au niveau international seront dorénavant possible grâce aux procédures obligatoires de codage et de documentation.

Mentions légales

Editeur Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité sociale du Luxembourg · **Responsable de la publication:** Mars Di Bartolomeo, Ministre · **Chargé de la publication** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG Bonn · **Redaction** Dr. phil. Beatrice Wolter, (KomPart); Ministère de la Sécurité Sociale, Ministère de la Santé; · **Cartoon:** Beck (www.schneeschnee.de) · **E-Mail:** insight.santesecu@mss.etat.lu



« Non, non, moi ça va. C'est ma voiture qui a un souci. Mais je croyais qu'on soignait tout dans votre clinique... »