LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Document de synthèse et analytique

06-07-2016

CARTE SANITAIRE – MISE A JOUR 2015

GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

DOCUMENT PRINCIPAL

Carte sanitaire- mise à jour 2015 :

- **Document principal**

- **Cadre méthodologique**
- **Eléments de contexte du secteur hospitalier luxembourgeois**
- **Cartographie des établissements hospitaliers :**
  - Classification des établissements hospitaliers et capacités d'accueil
  - Services hospitaliers
  - Equipements hospitaliers
- **Analyse de l'activité d'hospitalisation, 2002-2014 :**
  - **Etablissements généraux aigus** *(CHdN, CHL, CHEM, HRS[1] : CHK, ZITHA, CSM)* : séjours / journées d'hospitalisation, hospitalisations de jour, durée moyenne de séjour, occupation des lits, hospitalisations selon l'âge et le genre, focus sur l'hospitalisation aiguë des patients âgés de 75 ans et plus, focus sur l'hospitalisation des non-résidents, décès hospitaliers

  - **Etablissements aigus spécialisés** *(INCCI, CFB)*

  - **Etablissements hospitaliers de moyen séjour**
    - Réhabilitation psychiatrique *(CHNP)*
    - Rééducation et convalescence : rééducation fonctionnelle *(Rehazenter)*, rééducation gériatrique *(CHdN-RED, ZITHA-RED, CHEM-RED, HIS),* convalescence *(Château de Colpach)*

  - **Etablissement d'accueil pour personnes en fin de vie** *(Haus OMEGA)* et unités de soins palliatifs hospitalières
- **Analyse des activités médico-techniques, 2002-2014**
  - **Récapitulatif** des prestations médico-techniques générales et des prestations médico-techniques liées à des services et équipements nationaux
  - **Focus** : services d'urgences, imagerie médicale, activité opératoire dont chirurgie ambulatoire, accouchements – PMA – prématurité, hémodialyse
- **Recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10)** : résumé
- **Transferts à l'étranger**

[1] Le groupe HRS n'ayant été créé qu'en 2014, les établissements qui le composent ont été étudiés individuellement pour l'analyse de l'activité.

- **Fascicule 1 : Établissements hospitaliers du Grand-Duché**

Ce fascicule présente le **profil de chaque établissement hospitalier** (base : Plan Hospitalier 2009) de manière synthétique sous forme de fiches regroupant les principales données administratives et d'activité.

- **Fascicule 2 : Recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10)**

Ce fascicule analyse de manière approfondie :

- les **21 chapitres de la Classification Internationale des Maladies** selon un modèle analogue, afin de décrire la fréquence et l'évolution de 2002 à 2014 des raisons de recours à l'hôpital au niveau du pays, par région hospitalière et par hôpital, un focus sur l'année 2013 est aussi réalisé.
- **Analyse des services nationaux**
- **Analyse des potentiels réseaux de compétences :** Cancer, AVC, Diabète, Obésité, Pathologies Cardiaques, Immuno-rhumatologie

1. Contexte de la mise à jour de la carte sanitaire

La carte sanitaire dresse un **état des lieux national** qui sert de fondement à la détermination de nos **besoins sanitaires nationaux**, aussi bien en **nombre d'établissements hospitaliers**, qu'en **lits et services hospitaliers**.

2. Données populationnelles

→ Facteurs susceptibles d'avoir un impact sur les besoins en lits hospitaliers aigus :

2.1. L'évolution démographique de la population (2010-2014):

	2010	**2014**	**Évolution**
Population du GDL	502.066 résidents	549.680 résidents	+ 2,3% /an
Région hospitalière **Centre**	52,7%	53.7%	↗
Nord	15,8%	15.6%	↘
Sud	31.5%	30.7%	↘

2.2. Projections démographiques (2015-2025):

Constats :

Le Statec prévoyait en 2010, dans son « scénario haut », une évolution du nombre de résidents d'environ 550.000 personnes en 2016 et une projection de 660.867 résidents à l'horizon 2030.

Or, il s'avère aujourd'hui que la croissance démographique - largement liée au flux migratoire - dépasse déjà ces prévisions, et qu'une croissance soutenue de **toutes les classes d'âge de la population** est probable pour les 10 à 15 années à venir.

➡ Pour cette raison, l'hypothèse de **650.00 résidents** à l'horizon 2025 est considérée pour la planification hospitalière.

	2015	**Évolution**	**2025 (projection)**
Population du GDL	**576.249** résidents	**+2,4%** en 2015	650.000 résidents

2.3. L'évolution de l'âge de la population

Besoins accrus en soins de santé de la population âgée (à partir de 65 ans) et de la population très âgée (à partir de 80 ans) :

→ **prévalence** des maladies chroniques **plus élevée**,
→ **séjours** hospitaliers **prolongés.**

Pyramide d'âge **+65** (en 2014) :

LU : 14,1% (très favorable) (+80 ans : 4,1%)
FR : 17,7%
BE : 17,8%
DE : 21%

Projections Eurostat à l'horizon **2025**:

LU : 15,5% (croissance modérée)
FR : 21,6%
BE : 19,9%
DE : 24,9%

Il résulte de la structure d'âge de la population du GDL, que le **vieillissement** est moins **prégnant** au Luxembourg que chez ses voisins européens.

2.4. Caractéristique particulière du GDL :

	Résidents	**Non-résidents**
Répartition de la population assurée	67,3%	32,7% → nombre élevé de travailleurs frontaliers qui cotisent
Consommation de soins hospitaliers	95,2%	4,8% → plus jeunes → préfèrent se faire hospitaliser dans leur pays
Population non-assurée (CNS)	5,3%*	

*Les prestations au titre de l'assurance maladie envers la population résidente non-assurée ne sont pas enregistrées et documentées par la carte sanitaire.

2.5. L'évolution des techniques médicales et de soins

→ Deux tendances nettes :

- Les succès de nouvelles technologies rendent possible la **prise en charge de maladies et affections autrefois non traitées ou incurables**,
  → nombre d'hospitalisations accru ;
- Les **techniques** et modalités de prises en charge **moins invasives et plus sûres** permettent un **raccourcissement des hospitalisations** par rapport aux techniques traditionnelles, voire la prise en charge en secteur extrahospitalier ;
  → séjours hospitaliers plus courts ou disparition de la nécessité de séjour hospitalier.

Ces tendances sont documentées par la carte sanitaire :

- **Nombre de séjours hospitaliers** :
  + 2,3% par année (entre 2002 et 2013)
  (116.274 séjours en **2010** – 128.123 en **2013** et 131.132 séjours en 2014).
- **Nombre de journées d'hospitalisation** (avec et sans nuitée) :
  + 0,2% par année (entre 2002 et 2013)
  (635.525 journées en 2010 - 633.797 journées en 2014).
- **Durée moyenne de séjour** → tend à diminuer
  (7,5 jours en 2010 – 7,3 jours en 2013 et **7,2 jours** en 2014)

Les **perspectives** qui avaient été évoquées lors du **dépôt du projet de RGD établissant le plan hospitalier en 2014** sont ainsi **confirmées** par les chiffres.

Au vu des chiffres disponibles, une **augmentation de 5 à 6% des séjours** et du nombre de journées d'hospitalisation **pourrait être absorbée et assurée** par les capacités **actuelles** en lits aigus.

2.6. Le transfert d'activités du secteur hospitalier aigu vers le secteur de moyen séjour

Les patients hospitalisés en **secteur aigu** pour une pathologie aigue mais relevant (après la phase de prise en charge initiale) du **secteur hospitalier de moyen séjour** et de la **convalescence**, doivent pouvoir être transférés vers de telles structures, qui **répondent mieux à leurs besoins** et leur **évitent une perte d'autonomie** préjudiciable à la réintégration dans leur milieu de vie.

Or, avec un **taux d'occupation supérieur à 90%** *(cf. ci-dessous- 4.2.)*, les lits de moyen séjour n'offrent **pas** forcément la **disponibilité requise** pour répondre à la demande de transferts depuis les services hospitaliers de soins aigus.

Au total, les facteurs qui auront une influence sur les **besoins en lits aigus à l'horizon 2025** doivent tenir compte des **données d'évolution démographique** les plus récentes :

L'augmentation du nombre de séjours est **compensée** par l'augmentation du nombre de lits de moyen séjour, permettant de libérer des lits aigus. Cette évolution est soutenue par **le progrès des technologies** et par le virage hospitalier.

3. Classification des établissements hospitaliers et capacités d'accueil

		Capacités d'accueil (carte sanitaire 2014)
Centres hospitaliers :	CHL, CHHRS, CHEM, CHdN	**2.332 lits aigus**
Établissements hospitaliers spécialisés :	INCCI, CFB	
Établissement pour personnes en fin de vie	Haus OMEGA	
Établissement de réhabilitation psychiatrique	CHNP	237 lits moyen séjour
Établissements de rééducation gériatrique :	HIS HRS-Zitha, CHEM, CHdN	177 lits moyen séjour
Établissement et Services de rééducation fonctionnelle:	REHAZENTER	
Établissement de convalescence	Centre de Convalescence Emile Mayrisch de Colpach	100 lits moyen séjour
Centre de diagnostic		
Établissement de cures thermales	Centre Thermal Mondorf	

Établissements généraux aigus
Établissements aigus spécialisés
Établissements de moyen séjour

Répartition des séjours hospitaliers :

CHEM	26,4%
CHL	23,8%
CHK	19,6%
CHdN	14,8%
ZITHA	12,5%
CSM	3,0%

La carte sanitaire ne donne pas d'indication relative aux **délais d'attente**, qu'il s'agisse de délais pour une **intervention programmée**, pour un **examen ambulatoire dans un service hospitalier** ou pour la **disponibilité d'un lit d'hospitalisation pour une admission urgente** par le service d'urgence.

Au vu des **taux d'occupation moyens** qui témoignent d'un secteur hospitalier **non saturé**, une **gestion appropriée des lits d'hospitalisation** devrait permettre d'éviter des délais d'attente pouvant porter préjudice à la qualité des soins. Une telle gestion relève de l'organisation interne à chaque hôpital et de la responsabilité du gestionnaire.

4. Détermination du nombre maximal de lits par catégorie autorisable au niveau national (10 prochaines années)

- **Fourchette** de lits à attribuer à certains établissements (hôpitaux)
  → fourchette de 300 à 700 lits aigus pour les **Centres hospitaliers** ;
- **Nombre maximal** de lits autorisables pour les **établissements hospitaliers spécialisés** et **autres établissements hospitaliers**.
- La détermination du **nombre exact** de lits de chaque établissement hospitalier se fera dans son **autorisation d'exploitation**.

4.1. Lits aigus

Taux d'occupation des lits aigus dans les établissements hospitaliers :

	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Taux moyen	**73,4%**	73,1%	72,8%	**72,2%**	71,6%
Taux le plus élevé				76,3%	
Max. saisonnier (janvier/février)				77,7%	
Min. saisonnier (août)				62,4%	

Le taux d'occupation reste largement **sous le seuil de 85%** préconisé au niveau international, en termes d'utilisation efficiente des ressources hospitalières et au-delà duquel la **capacité d'accueil** et la **sécurité des patients** ne pourraient plus être garanties.

Occupation des lits hospitaliers généraux aigus:

	2013 (moyenne annuelle)	Août 2013 (min.)	Février 2013 (max.)
Lits budgétisés	2.290 lits		
Lits occupés/jour	**1.653 lits**	1.429 lits	1.779 lits
Occupation minimale	1.132 lits		
Occupation maximale	1.972 lits		

Comparaisons OCDE :
(2013 ou année la plus récente, publiés par OCDE dans Panorama de la santé 2015)

Taux moyen d'occupation des lits aigus :

DE	79,3%
BE	78,4%
OCDE	**77,3%**
FR	75%
LU	72%

Nombre total de **lits hospitaliers** :

OECD : 4,8/1000 habitants
LU : 5,1
FR : 6,3
BE : 6,3
DE : 8,3

Nombre de **lits hospitaliers aigus** (soins curatifs) :

OECD : 3,30/1000 habitants
FR : 3,35
LU : 3,87
BE : 3,95
DE : 5,34

Nombre de séjours hospitaliers :

LU : 140,5 séjours/1000 habitants
OECD : 155,5
BE : 169,9
FR : 166,3

La comparaison de ces données avec celles des pays voisins confirme que

- le **nombre de lits hospitaliers aigus** est actuellement **suffisant** pour couvrir les besoins nationaux
- une **légère diminution du nombre actuel de lits aigus serait justifiée,** selon les données de la carte sanitaire, mise à jour 2015.

→ La planification hospitalière prévoit néanmoins la possibilité d'une légère augmentation du nombre de lits aigus pour les 10 prochaines années (cf. tableau comparatif p.15).

Le chiffre relativement bas du **nombre total de lits hospitaliers** au Luxembourg s'explique par le fait que les patients ont recours aux soins de rééducation à l'étranger, alors que les pays voisins assurent ces soins sur leur territoire.

→ C'est une des raisons pour lesquelles la loi hospitalière prévoit **l'augmentation du nombre de lits de moyen séjour** (rééducation et réhabilitation).

4.1.1. Prise en charge ambulatoire :

Nombre d'hospitalisations de jour (entrée et sortie du patient le même jour)

	2002	**2010**	**2013**	**2014**	2010-2014
Hospitalisations de jour :	**19,6%**	**35.922** 30,9%	46.970 36,7%	**50.394** **38,4%**	**+ 40,3%** (+8,3%/an)
Taux d'interventions chirurgicales ambulatoires sur actes « traceurs » :*		**48,0%**	**55,0%**	57,0%	
- cataracte ***Moyenne autres pays (année la plus récente)***		**48,7%**	70,0%	**74,2%** ***OCDE : 83%***	*FR : 87,1%* *BE : 94,6 %*
- intervention de libération du canal carpien ***Moyenne autres pays (2009)***		80,9%	85,8%	86,5%	*FR : 84%* *BE : 95%*
- cures de hernies et éventrations ***Moyenne autres pays (2009)***		26,7%	31,6%	31,9%	*BE : 35%* *NL : 67%*

* Selon la liste des gestes chirurgicaux établie par le Conseil scientifique dans le Domaine de la Santé du 24.09.2014

La croissance des **hospitalisations de jour (+8,3%/an)** a été plus forte que celle des séjours en **hospitalisation complète (+0,1%)**.

Le recours accru à la chirurgie ambulatoire :

- permet une meilleure **qualité** et **sécurité des soins** ;
- tient compte des **progrès de la médecine** et des **développements techniques** dans le domaine ;
- constitue un **gain de confort pour les patients** ;
- permet une **utilisation plus efficiente des ressources** ;
- permet de **libérer des lits aigus** et de les rendre disponibles pour d'autres patients.

4.2. Lits de moyen séjour

L'évaluation des besoins en **lits hospitaliers de moyen séjour** : besoins en

- **rééducation fonctionnelle,**
- **rééducation gériatrique** et
- **réhabilitation psychiatrique.**

Situation existante (2013):

	Nombre de lits budgétisés (2010-203)	**Taux d'occupation**	**Durée moyenne de séjour**	**Croissance annuelle moyenne du nombre de séjours**
Rehazenter	**72 lits**	91%	45,8 jours	**+1,5%** (2008-2013)
Rééducation gériatrique	**105 lits**	93%	36,2 jours	**- 0,3%** (2007-2013)
Réhabilitation psychiatrique	**237 lits**	85,2%	**132 jours (35% > 6 mois)**	**- 3,3%** (2010-2013)
TOTAL	**414 lits**			

- Les séjours en **rééducation fonctionnelle** :
  - patients d'âge actif, présentant principalement des **déficits neurologiques ou musculo-squelettiques** ;
  - patients présentant des **déficits neurologiques dont la rééducation est arrivée à son terme** (dont les progrès ont atteint le maximum récupérable) ;
  - patients **en attente** d'une **place en long séjour** ou qui relèvent de soins prolongés.
    (→ Il n'existe actuellement pas d'offre suffisante ou adéquate pour la prise en charge de tels patients en séjours prolongés).

- Les séjours en **rééducation gériatrique** : patients plus âgés, diversité de pathologies ;

  Au **Luxembourg**, pour les 192.354 personnes âgées de 50 ans et plus au **1er janvier 2016**, on compte **414 lits de moyen séjour**, ce qui correspondrait à 215 lits/100 000 personnes.

La croissance démographique aura un impact sur les besoins en lits de moyen séjour, qui appelle à une **augmentation du nombre de lits de moyen séjour**

4.2.1. Hospitalisations des personnes âgées (+ 75 ans) :

	Évolution : (2002–2013)	**Total des admissions aigues**	**Total des journées d'hospitalisation**	**Lits occupés en moyenne**	**Durée moyenne de séjour**	
Admissions **+ 75 ans**	+ 3,5%/an	19,3%	32,6%	558 lits/jour	**10,5 jours** (75-84 ans)	**11,8 jours** (85 ans +)
Admissions **tous âges confondus**	+ 2,3%					

Les **admissions à l'hôpital** des personnes âgées de 75 ans et plus ont augmenté plus fortement que la croissance des admissions tous âges confondus.
La **durée moyenne de séjour** est plus longue pour les patients âgés qui peuvent être plus fragiles et polypathologiques.
Types de pathologies : maladies de l'appareil circulatoire, tumeurs, maladies de l'appareil respiratoire, lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.

Des lits de moyen séjour pourraient en outre être créés afin de répondre à des besoins de rééducation spécifique cardiaque, neurologique ou musculo-squelettique, en fonction de besoins à préciser.

4.3. Lits d'hospitalisation de longue durée

En réponse aux besoins identifiés pour les patients relevant de **soins continus** pour une affection lourde sans potentiel de récupération fonctionnelle, et qui ne relèvent plus de la rééducation ni de la réhabilitation, la planification prévoit 87 lits d'hospitalisation de longue durée (dont 67 pour le domaine relevant de la psychiatrie).

En l'occurrence, pour des patients qui nécessitent des **soins médicaux** pour une **durée d'hospitalisation prolongée** ou de longue durée dispensés en **milieu hospitalier** par des **équipes médicales** et des soignants **spécifiquement formés**.

Exemples :

- un certain nombre de patients qui souffrent de **troubles psychiatriques graves** et qui sont placés au **CHNP** pour une longue durée *(p.ex. certains patients sous le régime de l'article 71 du Code pénal ou certains patients atteints du syndrome de Korsakoff etc.)*.

- patients actuellement d'**hôpitaux** ou du **Rehazenter** (Centre National de rééducation fonctionnelle et de réadaptation), qui, après un **accident vasculaire cérébral** ou tout autre accident ou **incident grave** se trouvent dans un état de **coma prolongé** ; ainsi que des **patients âgés** qui nécessitent une prise en charge hospitalière de longue durée qui dépasse la prise en charge médico-soignante pouvant leur être offerte dans une maison de soins. Cette liste n'est pas exhaustive.

5. Détermination du nombre de lits et attribution des lits aux établissements hospitaliers

Sur base des informations disponibles relatives à la situation existante en matière de lits aigus, lits de moyen séjour et lits de longue durée, tenant compte des facteurs qui pourront moduler les besoins, et au vu de l'offre et de l'utilisation des lits aigus dans les pays voisins :

→ **La loi** déterminera un **nombre maximal de lits par catégorie**[2] pouvant être autorisé pendant les 10 prochaines années au niveau national ;

→ **La loi** déterminera un **nombre minimal et maximal de lits par catégories d'établissements**[3] ;

→ **L'autorisation d'exploitation** déterminera le **nombre exact de lits par établissement** (décision individuelle).

Nombre maximal de lits par catégorie pouvant être autorisé dans les **10 prochaines années** au niveau national :

Nombre max. de lits par catégorie		2014 (carte sanitaire)	2017 (maximum autorisable)
Lits hospitaliers		**2.846**	**3.187**
Lits aigus		2.332	2.350
Lits de moyen séjour		514	750
	- rééducation gériatrique		310
	- rééducation fonctionnelle		100
	- réhabilitation physique et post oncologique		60
	- réhabilitation psychiatrique		180
	- soins palliatifs (établissement d'accueil pour personnes en fin		20
Lits d'hospitalisation de longue durée		0	87

[2] Catégories de lits hospitaliers : lits **aigus**, de **rééducation gériatrique,** de **rééducation fonctionnelle**, de **réhabilitation physique**-post oncologique, de **réhabilitation psychiatrique,** de **soins palliatifs** et de **longue durée**.

[3] Catégories d'établissements hospitaliers : **Centre hospitalier** ; **établissement hospitalier spécialisé** – en **cardiologie interventionnelle et chirurgie,** en **radiothérapie,** en **réhabilitation psychiatrique,** en **rééducation fonctionnelle,** en **rééducation gériatrique,** en **réhabilitation physique**-post oncologique ; **établissement d'accueil pour personnes en fin de vie**.

Nombre de lits par catégories d'établissements pouvant être autorisé dans les 10 prochaines années :

Nombre de lits par catégories d'établissements	2017
Centre hospitalier	300 - 700 lits aigus
Etablissement hospitalier spécialisé en **cardiologie interventionnelle et chirurgie**	30 lits
Etablissement hospitalier spécialisé en **radiothérapie**	2 lits
Etablissement hospitalier spécialisé en **réhabilitation psychiatrique**	180 lits moyen séjour 67 lits longue durée
Etablissement hospitalier spécialisé en **rééducation fonctionnelle**	100 lits moyen séjour
Etablissement hospitalier spécialisé en **rééducation gériatrique**	30 lits moyen séjour
Etablissement hospitalier spécialisé en **réhabilitation physique et post-oncologique**	60 lits moyen séjour
Etablissement d'**accueil pour personnes en fin de vie**	20 lits moyen séjour