

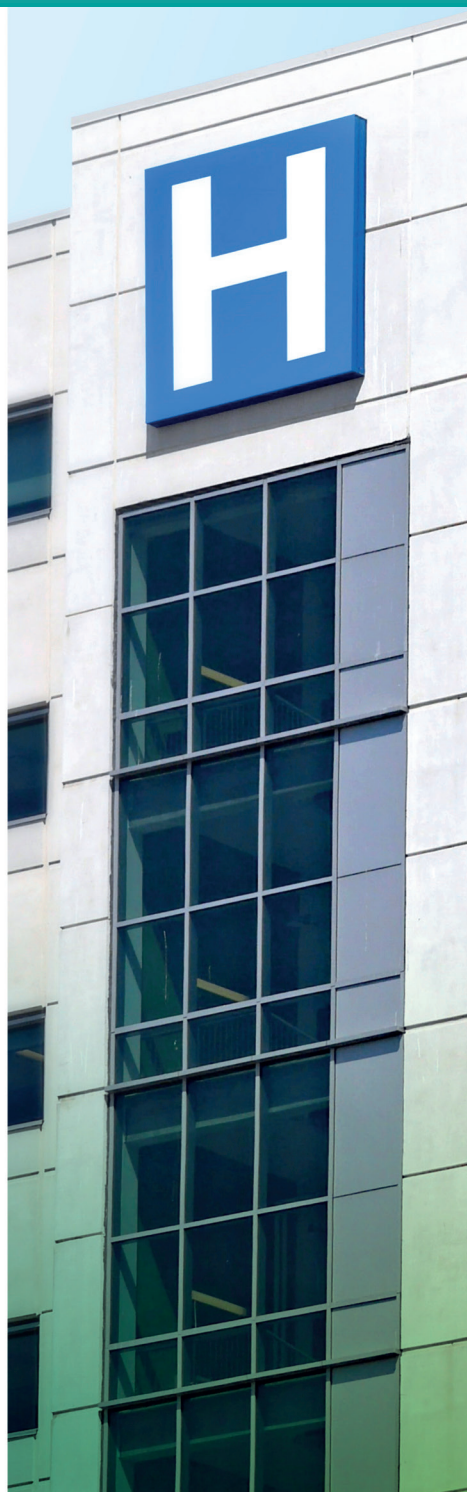
Carte sanitaire

Mise à jour 2021 | Grand-Duché de Luxembourg

Document de synthèse



OBSERVATOIRE
NATIONAL DE LA SANTÉ



Contexte

Base légale

La Carte sanitaire est un rapport qui dresse un état des lieux détaillé du secteur hospitalier tant d'un point de vue structurel (inventaire des ressources structurelles et humaines du secteur hospitalier et leur organisation) que d'un point de vue fonctionnel (relevé des activités, taux d'utilisation).

Conformément à la loi du 2 mars 2021 portant création d'un Observatoire national de la santé et modifiant la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (art. 3, paragraphe 2), la Carte sanitaire est établie et mise à jour tous les deux ans par l'Observatoire national de la santé.

La Carte sanitaire sert de fondement à l'estimation des besoins sanitaires nationaux, aussi bien en nombre d'établissements hospitaliers qu'en lits et services hospitaliers.

L'article 3 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière définit la Carte sanitaire comme « un ensemble d'informations constitué par :

- 1. l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;*
- 2. l'inventaire des réseaux de compétences, de leurs services hospitaliers et de leurs membres extrahospitaliers, de leur organisation générale, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;*
- 3. les motifs d'hospitalisation stationnaire et ambulatoire des patients admis dans un établissement hospitalier ;*
- 4. le relevé des médecins agréés, de leur spécialité, des professions de santé et du personnel administratif et technique desdits établissements ;*
- 5. l'inventaire des équipements et appareils soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières ;*
- 6. l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de réseaux de compétences ;*
- 7. l'inventaire des services d'urgence et des modalités de prise en charge qui y sont proposées ;*
- 8. le nombre et les motifs des transferts ou hospitalisations dans des établissements qui se trouvent à l'étranger ;*
- 9. l'utilisation des prestations des établissements hospitaliers nationaux par des non-résidents. »*

En attendant que le conseil des observateurs soit constitué, c'est l'équipe en charge de la création de l'Observatoire national de la santé désignée par Madame la Ministre de la Santé, qui a réalisé cette édition 2021 de la Carte sanitaire.

Contenu

La mise à jour 2021 de la Carte sanitaire se compose de trois documents : un document principal, un fascicule sur les établissements hospitaliers et un fascicule sur les services hospitaliers.

Ces documents sont également publiés en version électronique permettant un téléchargement des tableaux et graphiques ainsi que des fiches par établissement et par service hospitalier.



Carte sanitaire 2021 Document principal

- **Introduction et méthodologie**
- **Eléments de contexte du secteur hospitalier luxembourgeois**
- **Cartographie des établissements hospitaliers**
 - Classification des établissements hospitaliers et capacités d'accueil
 - Services hospitaliers
 - Equipements hospitaliers
- **Activité d'hospitalisation**
 - **Centres hospitaliers** : 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
 - **Etablissements aigus spécialisés**
 - **Etablissements hospitaliers de moyen séjour**
 - Réhabilitation psychiatrique
 - Rééducation fonctionnelle
 - Rééducation gériatrique
 - Réhabilitation physique et post-oncologique
 - Etablissement d'accueil pour personnes en fin de vie
- **Activités médico-techniques**
 - Récapitulatif des prestations médico-techniques générales et des prestations médico-techniques liées à des services et équipements nationaux/spécifiques
 - Focus : services d'urgence, imagerie médicale, activité opératoire dont chirurgie ambulatoire, accouchements, procréation médicalement assistée et soins néonataux, hémodialyse
- **Organisation et activités liées à la COVID-19**
- **Décès hospitaliers**
- **Transferts à l'étranger**



Fascicule 1

Etablissements hospitaliers du Grand-Duché de Luxembourg (GDL)

Ce fascicule présente le **profil de chaque établissement hospitalier** de manière synthétique sous forme de fiches regroupant les principales données administratives et d'activité.



Fascicule 2

Services hospitaliers du Grand-Duché de Luxembourg (GDL)

Ce fascicule présente les services hospitaliers de soins aigus, de moyen séjour, de longue durée ainsi que les services prenant en charge des patients sans lit. Chaque service est présenté de manière synthétique sous forme de fiches reprenant la typologie du service, sa définition, l'inventaire national des lits planifiés, des lits autorisés et des lits réellement installés, ainsi que l'inventaire détaillé par établissement hospitalier.

Cette édition de Carte sanitaire ne contient pas de fascicule dédié aux recours à l'hospitalisation selon la Classification internationale des maladies (CIM10). En effet, les motifs de recours à l'hospitalisation ne sont plus renseignés par l'ancien système de recueil des diagnostics codés en CIM10 depuis 2017, en raison de la transition vers le nouveau système de documentation et de classification des séjours hospitaliers (DCSH), basé sur les classifications ICD-10-CM pour les diagnostics et ICD-10-PCS pour les procédures et actes médicaux.

Lors de la rédaction de cette édition de la Carte sanitaire, le résultat de l'exploitation des données des séjours codés en 2018 et 2019 n'était pas encore disponible. Des actualisations portant sur les motifs de recours à l'hospitalisation et sur la classification des séjours hospitaliers stationnaires et de jour seront réalisées sur la version en ligne de la Carte sanitaire.

Les réseaux de compétences ne font pas encore l'objet d'une description détaillée. En effet, au moment de la publication de cette Carte sanitaire, des projets de réseaux de compétence sont déposés pour les pathologies ou groupes de pathologies suivants :

- diabète et obésité morbide de l'enfant,
- diabète et obésité morbide de l'adulte,
- immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant,
- douleur chronique,
- maladies neurodégénératives.

Parmi ces projets de réseaux de compétences, deux d'entre eux devraient être autorisés dans les prochains mois et la version en ligne de la Carte sanitaire sera actualisée en conséquence.

Résultats / Faits marquants

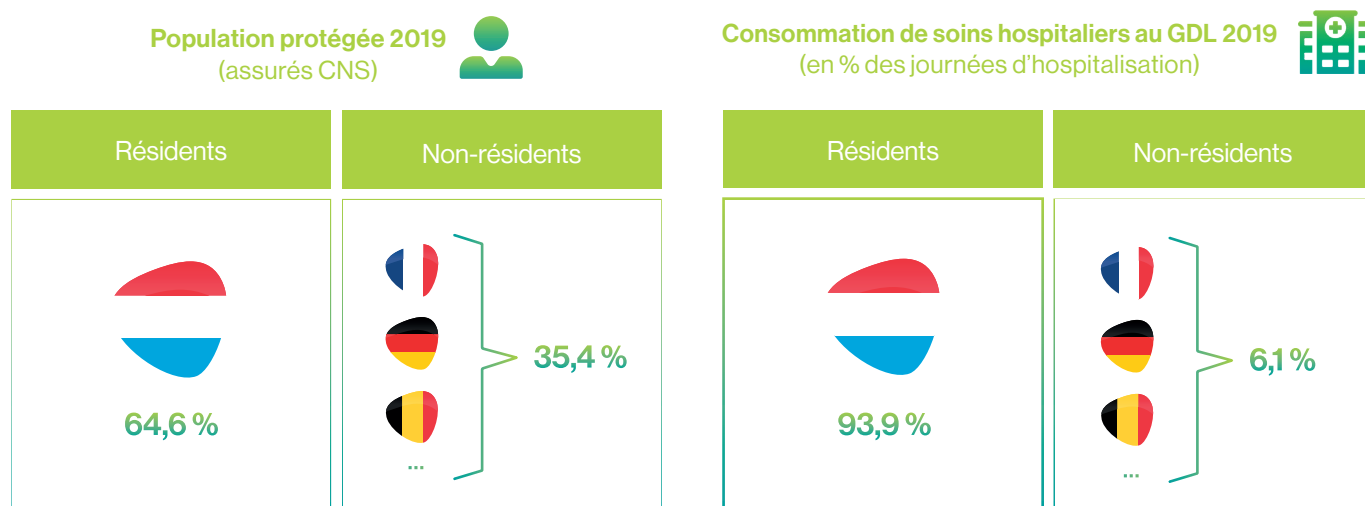
Contexte populationnel

Sur la période 2015-2020, la **population du Grand-Duché** est passée de 569 604 habitants à 628 928 habitants (+2,0%/an).

Concernant la structure d'âge de la population, **la proportion de personnes âgées est plus faible** au GDL que chez ses voisins européens. Ainsi, en 2019, la part de la population âgée de 65 ans et plus s'élevait à 14,4% au Luxembourg contre 20,0% en France, 18,9% en Belgique et 21,5% en Allemagne.

Une **caractéristique particulière du GDL** concerne la répartition de la population assurée par le régime de la sécurité sociale entre résidents et non-résidents par rapport à la consommation de soins hospitaliers entre **résidents** et **non-résidents** : en 2019, 64,6% de la population protégée est résidente contre 35,4% de non-résidents, alors que les non-résidents ne consomment que 6% des soins hospitaliers (en % des journées d'hospitalisation). Cette situation peut s'expliquer, d'une part, par le nombre élevé de travailleurs frontaliers qui cotisent au système d'assurance maladie luxembourgeoise (population protégée), tandis que leur consommation de soins hospitaliers est faible du fait principalement de leur structure d'âge, les assurés non-résidents étant plus jeunes en moyenne que les assurés résidents. Or, d'une manière générale, la consommation augmente avec l'âge. D'autre part, les frontaliers peuvent préférer se faire hospitaliser dans leur pays de résidence.

Figure 1 : Population protégée versus consommation de soins hospitaliers au GDL, 2019



Au GDL, 91,6% de la population est assurée par la CNS

NB : Les activités recensées sont issues des données de facturation qui concernent les assurés CNS pour des activités opposables à la CNS. Elles ne prennent donc pas en compte les activités concernant les non assurés CNS et les activités non opposables.

Cartographie des établissements hospitaliers

• Classification des établissements hospitaliers et capacités d'accueil

Le paysage hospitalier du Grand-Duché a beaucoup évolué ces trois dernières décennies. En 1986, on dénombrait 36 établissements hospitaliers, il en reste **13** en 2021 (dont plusieurs établissements multisites). Aucun établissement n'a été fermé mais de nombreux établissements ont été convertis en 1998 en établissements de long séjour (établissements non hospitaliers), tandis que d'autres ont été modernisés et se sont regroupés via une série de fusions au sein du secteur hospitalier.

• 10 hôpitaux

4 centres hospitaliers :

Centre Hospitalier du Nord (CHdN composé de 2 sites : Ettelbruck et Wiltz) : 357 lits

Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL composé de 2 sites : Hôpital municipal - Maternité Grande Duchesse Charlotte - KannerKlinik et Clinique d'Eich) : 581 lits

Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM composé de 3 sites : Esch-sur-Alzette, Dudelange, Niederkorn) : 573 lits

Hôpitaux Robert Schuman (HRS composé de 3 sites : Hôpital Kirchberg - Clinique Dr E.Bohler, ZithaKlinik et Clinique Sainte Marie) : 710 lits

6 établissements hospitaliers spécialisés :

Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI) : 19 lits

Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB) : 2 lits localisés au CHEM

Centre Hospitalier Neuro-psychiatrique (CHNP) : 247 lits

Rehazenter (RHZ) : 73 lits

Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS) : 30 lits

Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC) : 60 lits

- **1 établissement d'accueil pour personnes en fin de vie :**

Haus OMEGA : 15 lits

- **1 établissement pour cures thermales :**

Centre thermal et de santé de Mondorf-Les-Bains

- **1 centre de diagnostic :**

Laboratoire national de Santé : pour ses activités de génétique humaine et d'anatomopathologie

En 2021, les capacités d'accueil au Luxembourg sont de **2 667 lits hospitaliers** dont :

- 2 042 lits aigus
- 558 lits de moyen séjour dont :
 - 180 lits de réhabilitation psychiatrique
 - 73 lits de rééducation fonctionnelle
 - 189 lits de rééducation gériatrique
 - 60 lits de réhabilitation physique et post-oncologique
 - 56 lits de soins palliatifs
- 67 lits de soins de longue durée

Au total, le GDL a **un ratio de 4,2 lits hospitaliers pour 1 000 habitants en 2021**. Au niveau des lits aigus, ce ratio est de 3,2 lits aigus pour 1 000 habitants.

Les comparaisons européennes (2018) montrent que le nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants au Luxembourg (4,5 en 2018) se situe légèrement en deçà de la moyenne des pays européens (5,0 lits pour 1 000 habitants). Ce ratio est inférieur à celui de l'Allemagne (8,0), de la France (5,9) et de la Belgique (5,6).

Ces comparaisons montrent que le nombre de lits en soins aigus pour 1 000 habitants au Luxembourg (3,7 en 2018) est inférieur à celui de l'Allemagne (6,0) et de la Belgique (5,0) mais supérieur à celui de la Suisse (3,6), de la France (3,0) et des Pays-Bas (2,7).

L'OCDE, dans son Panorama de la Santé Europe 2020, indique que depuis 2000, le nombre de lits d'hôpital par habitant a diminué dans tous les pays de l'UE. En moyenne, le nombre de lits d'hôpital par habitant a diminué d'un peu plus de 20% entre 2000 et 2018. Cette diminution est en partie imputable aux progrès des technologies médicales qui ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire et la réduction de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés.

- **Services hospitaliers**

La loi hospitalière du 8 mars 2018 planifie, en son annexe 2, un nombre maximal de 3 040 lits pouvant être autorisés au niveau national : 2 233 lits aigus, 720 lits de moyen séjour et 87 lits de soins de longue durée.

Les autorisations qui ont été délivrées depuis 2019 concernent 2 772 lits dont : 2 105 lits aigus, 580 lits de moyen séjour et 87 lits de soins de longue durée. 91,2% du maximum de lits planifiés par la loi hospitalière ont été autorisés.

En 2021, 2 667 lits hospitaliers sont installés dont : 2 042 lits aigus, 558 lits de moyen séjour et 67 lits de longue durée. 96,2% des lits autorisés ont été installés.

Le nombre de lits aigus planifiés, autorisés, et installés est respectivement de 3,49 / 3,29 / 3,19 pour 1 000 habitants en 2021.

Lorsque des écarts ont été constatés entre les lits autorisés et les lits installés, des explications ont été sollicitées auprès des établissements concernés. Ces précisions sont indiquées pour chaque service concerné. Les principales raisons évoquées sont des contraintes architecturales (bâtiment à rénover, agrandissement prévu...) et des variations d'activité.

• Equipements hospitaliers

Au 1er juillet 2021, le GDL dénombre, au sein de ses centres hospitaliers :

- **13 scanners**, soit 20,3 scanners pour 1 million d'habitants, en forte augmentation par rapport à 2019 où le ratio par million d'habitant était de 16,1.
4 scanners spécifiques « COVID-19 » ont été alloués en 2020 dans le contexte pandémique COVID-19 (un dans chaque centre hospitalier). Il est prévu de maintenir ces scanners dans le cadre des normes fonctionnelles applicables aux services d'urgences¹.
Le CFB dispose aussi d'un scanner utilisé uniquement dans le cadre de la préparation des traitements de radiothérapie.

A titre de comparaison, en 2019, la moyenne de l'OCDE était de 25,9 scanners par million d'habitants ; le Luxembourg en comptait 16,1, la Belgique 24,1, l'Allemagne 35,3 et la France 18,2.

- **11 IRM**, soit 17,2 IRM pour 1 million d'habitants.
2 nouveaux équipements IRM ont été mis en service en 2020 (1 au CHdN et 1 au CHEM) dans le cadre de la planification hospitalière.

A titre de comparaison, en 2019, la moyenne de l'OCDE était de 16,9 IRM par million d'habitants, le Luxembourg en comptait 14,5 (avec 9 IRM installées), l'Allemagne 34,5, la Belgique 11,5 et la France 15,4².

- **7 gammas cameras**
- **7 mammographes**
- **1 PET-CT**
- **1 prone-table**

Les équipements et appareils soumis à planification nationale selon la loi hospitalière de 2018 sont tous installés. Les équipements visés et leur localisation sont précisés dans le document principal.

¹Règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique.

²OCDE, Panorama de la Santé 2021

Activité des centres hospitaliers

La présentation porte sur l'activité des centres hospitaliers (hors activité de rééducation) : CHdN, CHL, CHEM, HRS³.

En l'absence de données fines sur l'activité hospitalière qui seront fournies par le système de documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH), cette édition de la Carte sanitaire ne permet pas d'analyser la réponse du secteur hospitalier aux problématiques de santé de la population.

Cette présentation est basée sur des données administratives de facturation concernant des personnes résidentes ou non, relevant, directement ou par assimilation, de la protection de la sécurité sociale et qui ont été hospitalisées pour des activités opposables à la CNS selon ses statuts. En conséquence, les résultats présentés sur les volumes d'activités sont légèrement sous-estimés par rapport à la réalité. Néanmoins, les activités non-opposables représentent seulement une faible proportion de l'activité globale (3,3% en 2019) et les résultats présentés sont une bonne approximation des valeurs réelles.

L'année 2020 correspond à la première année pandémique ; en conséquence, les évolutions entre 2019 et 2020 sont à interpréter avec précaution, compte tenu notamment d'hospitalisations de patients pour COVID-19, d'une part, et du report de certaines activités, lorsqu'un tel report n'avait pas un impact direct sur la santé des patients, d'autre part.

• Evolution 2010-2019⁴

Le nombre de **séjours hospitaliers** a augmenté de 2,4% par an entre 2010 et 2019 avec des évolutions différentes selon les établissements. La croissance des hospitalisations de jour (+6,7%/an) est forte, tandis que le nombre de séjours en hospitalisation stationnaire reste stable (-0,1%/an).

Le **virage ambulatoire** s'est bien amorcé :

Par rapport au total des hospitalisations, l'**hospitalisation** de jour⁵, résultante du progrès médical, a fortement augmenté et représente 44,8% du total des admissions en 2019 contre 31,0% en 2010, avec des variations importantes entre établissements hospitaliers (de 39,3% à 53,1% du total des admissions en 2019).

Pour l'activité **chirurgicale**, le taux de chirurgie ambulatoire pour les actes traceurs définis par le Conseil scientifique du domaine de la santé en 2014 est passé de 58,9% en 2015 à 68,5% en 2019, avec certaines évolutions importantes : la chirurgie de la cataracte est passée de 79,4% en 2015 à 97,0% en 2019 et a dépassé ainsi la moyenne des pays de l'OCDE (92,1%).

Les **journées d'hospitalisation** (y compris l'hospitalisation de jour) ont à peine augmenté (0,2% par an entre 2010 et 2019). Cette croissance est moins forte que celle des séjours ; en d'autres termes, les hospitalisations sont plus nombreuses mais d'une durée plus courte.

La **durée moyenne de séjour** des hospitalisations avec nuitées est restée stable entre 2010 et 2019. Elle est de 7,4 jours en 2019. Il convient toutefois de noter que les hospitalisations qui donnaient lieu à des séjours courts (\approx 2 jours) sont de plus en plus réalisées en hospitalisation de jour et, de ce fait, sont exclues du calcul de la durée moyenne de séjour. Cette exclusion induit une stagnation de la durée moyenne de séjour.

³ Pour les années 2008 à 2016, les données d'activité du CHK, de la ZITHA et de la CSM ont été présentées séparément. Pour les années 2017 et 2018, les données du groupe HRS sont présentées.

⁴ Les données 2020 sont renseignées à titre indicatif dans le rapport mais elles sont provisoires et pourraient évoluer lors d'une prochaine extraction (les factures pouvant être transmises jusqu'à 2 ans après la date de réalisation de l'acte/prestation). Elles ne sont donc pas reprises dans cette synthèse.

⁵ Les hospitalisations de jour regroupent les admissions à l'hôpital et sorties le même jour, sans présence à minuit, ainsi que l'activité réalisée dans les places de surveillance ambulatoire.

A titre de comparaison, la durée moyenne de séjour en soins aigus était de 5,4 jours en France, 6,6 jours en Belgique et 7,5 jours en Allemagne⁶.

L'occupation des lits : entre 2015 et 2019, le taux annuel d'occupation des lits aigus a varié entre 72,9% et 78,1%⁷.

L'attrait des frontaliers pour les hôpitaux luxembourgeois est en constante augmentation : de 5,3% en 2010 à 8,0% des séjours en 2019.

- Cette augmentation est liée à un taux de croissance de la population protégée non résidente plus prononcé que celui de la population résidente ainsi qu'à une nette hausse du taux d'hospitalisation parmi cette population : 3 174 séjours par 100 000 personnes protégées non résidentes en 2015 contre 3 659 en 2019. Parmi la population résidente, ce taux a légèrement diminué pendant la même période passant de 23 198 séjours par 100 000 personnes en 2015 à 23 083 séjours par 100 000 personnes en 2019.
- La part des hospitalisations des non-résidents dans le total des hospitalisations est toutefois variable selon les établissements : de 3,2% au CHdN à 10,5% au CHEM.
- L'observation de la structure d'âge montre un attrait particulier de la population en âge de travailler : les 25-64 ans représentent 74,4% des séjours des non-résidents en 2019 contre 53,7% chez les résidents. A titre d'exemple, 14,7% des accouchements concernent des femmes non-résidentes en 2019.
- En 2019, les non-résidents hospitalisés venaient principalement de France (48,9%), suivis de la Belgique (29,0%) et de l'Allemagne (18,3%).

• **Situation en 2019** : pour les **centres hospitaliers**

On dénombre :

- **142 536 séjours** (dont 55,2% en hospitalisation stationnaire et 44,8% en hospitalisation de jour) d'une **durée moyenne de 7,4 jours**
- soit **645 686 journées d'hospitalisation**
- correspondant à **1 642 lits occupés** en moyenne par jour.

Répartition des séjours hospitaliers : les HRS réalisaient 36,9% des séjours, suivis du CHL (25,2%), du CHEM (24,0%) et du CHdN (13,9%).

Occupation des lits :

En 2019, pour 2 102 lits hospitaliers aigus (hors INCCI et CFB mais incluant les lits de soins palliatifs et certains lits de rééducation gériatrique pour les besoins du calcul du taux d'occupation en raison du périmètre d'inclusion des données de facturation mises à notre disposition), **1 642 lits** ont été occupés en moyenne par jour, avec une occupation journalière minimale de 1 132 lits et une occupation maximale de 1 899 lits, ce qui correspond à un taux d'occupation moyen de 78,1% des lits pour l'activité opposable des résidents et non-résidents, avec des variations :

- saisonnières : de 71,3% au mois d'août à 81,6% au mois d'octobre
- selon les établissements : de 72,8% à 82,6%

A titre de comparaison, en 2018, la moyenne du taux d'occupation des lits aigus dans les pays OCDE-Europe⁸ était de 73,5% ; en Allemagne, elle était de 79,8%, en Belgique de 82,0%, et en France de 79,0%.

Décès hospitaliers en hôpital aigu : on dénombre **2 288 décès** en 2019 (NB : décès INCCI inclus).

⁶ OECD.Stat, extraction 10.05.2022

⁷ Break in time series : la déclaration du CHEM est basée sur les lits installés en 2019 alors qu'elle correspondait aux lits autorisés dans les années antérieures. L'augmentation du taux d'occupation est à interpréter avec précaution.

⁸ OECD, Health at a Glance Europe 2020

• Hospitalisations des personnes âgées (75 ans et plus)

En 2019, le pays compte 40 880 habitants âgés de 75 ans et plus, soit 6,6% de la population (proportion similaire à celle de 2010).

Les **admissions à l'hôpital** des personnes âgées de 75 ans et plus ont augmenté de 2,1% par an entre 2010 et 2019, de manière similaire à la croissance des admissions tous âges confondus (+2,4%), avec des évolutions différentes selon les établissements.

En **2019**, les **admissions** à l'hôpital des personnes âgées de 75 ans et plus représentaient 18,6% du total des admissions aiguës (soit 26 504 séjours) et 33,2% du total des journées d'hospitalisation (soit 214 069 journées d'hospitalisation), soit 569 lits occupés en moyenne par jour.

La **durée moyenne de séjour** est plus longue pour les hospitalisations qui concernent les patients âgés, qui peuvent être des patients plus fragiles et polyopathologiques : 10,9 jours pour les 75-84 ans et 12,5 jours pour les 85 ans et plus.

• Transferts à l'étranger

En 2019, on dénombrait 5 208 autorisations de prise en charge pour traitement stationnaire à l'étranger dont 64,1% concernaient l'Allemagne.

Ces autorisations ont légèrement diminué ces dernières années (5 851 autorisations de prise en charge en 2015).

• Activités médico-techniques

De manière globale, les activités médico-techniques hospitalières ont progressé au cours de la dernière décennie, parallèlement à l'évolution démographique de la population résidente (2,3% par an entre 2010 et 2019). La croissance de ces activités est aussi liée à une consommation plus importante des non-résidents.

Plus spécifiquement, entre 2010 et 2019, les activités médico-techniques ont évolué comme suit :

- **Policlinique-urgences** : + 1,9%/an (jusqu'à 2018). Cette activité a fait l'objet d'une adaptation des modalités budgétaires avec une séparation de l'activité de policlinique et urgences en 2019 : 933 398 passages en policlinique (dont 8,9% par des non-résidents) et 267 702 passages aux urgences et en policlinique non programmée (dont 10,0% par des non-résidents)
- **Laboratoires d'analyses médicales** : -1,0%/an (2019 : 1 214 849 prélèvements dont 7,1% pour des non-résidents)
- **Imagerie médicale** (hors IRM) : +1,9%/an (2019 : 595 369 passages dont 8,0% par des non-résidents)

A titre de comparaison internationale⁹, en 2018, on dénombre 219 examens par scanner pour 1 000 habitants au Luxembourg contre 134 pour la moyenne OCDE-Europe, au-dessus de la Belgique (202), la France (196) et l'Allemagne (153).

- **IRM** : +2,9%/an (2019 : 58 879 passages dont 8,2% par des non-résidents)

⁹ OCDE, Health at a Glance Europe 2020

A titre de comparaison internationale¹⁰, en 2018, on dénombre 83 examens d'IRM pour 1 000 habitants au Luxembourg contre 66,5 pour la moyenne OCDE-Europe, derrière l'Allemagne (149), la France (120) et la Belgique (95).

- **Hémodialyse** : +3,1%/an (2019 : 62 071 séances dont 8,8% par des non-résidents)
- **Chimiothérapie** : +4,2%/an (2019 : 29 727 séances dont 6,7% par des non-résidents)
- **Activités opératoires** : +2,8%/an (2019 : 76 985 passages en salles opératoires et salles de réveil dont 8,5% par des non-résidents)

• Organisation et activités liées à la COVID-19

Contexte organisationnel

• Maisons médicales

Le règlement grand-ducal du 18.03.2020 impliquait une première réorganisation de l'offre de soins primaires, avec notamment l'instauration de consultations extrahospitalières pour les patients présentant des signes cliniques suspects de COVID-19.

L'activité COVID-19 a débuté le 18.03.2020 dans les 3 maisons médicales à Luxembourg-Ville, Esch-sur-Alzette et Ettelbruck.

• Centres de soins avancés (CSA) et visites à domicile

En mars 2020, le ministère de la Santé a mis en place 4 CSA, situés à Luxembourg-Kirchberg (23.03), Esch-Belval (24.03), Ettelbruck (25.03) et Grevenmacher (27.03).

En outre, sur base d'une plateforme d'appel pour demandes de visites à domicile en lien avec le 112, des visites à domicile pour les patients COVID-19 positifs et pour les patients négatifs ont été mises en place afin de pallier la fermeture initiale des cabinets médicaux et de soulager la charge de travail des hôpitaux.

Les CSA étaient organisés avec une filière de consultation « COVID-19 suspect » aménagée pour accueillir les patients présentant des signes d'infection et une filière de consultation « COVID-19 non suspect » permettant d'accueillir des patients qui se sont présentés au centre sans signe d'infection.

Les filières « COVID-19 non suspect » ont été fermées le 03 mai 2020 en raison de la reprise d'activité de consultation dans les cabinets médicaux et les visites à domicile des patients COVID-19.

Les CSA d'Ettelbruck et de Grevenmacher ont été fermés le 29 mai et ceux de Luxembourg-Kirchberg et Esch-Belval le 07 juin 2020.

• Centres de consultation COVID-19 (CCC)

Le ministère de la Santé a mis en place 2 CCC en 2020 situés à Luxembourg-Kirchberg (27.10) et Esch-sur-Alzette (18.11), qui ont accueilli des patients jusqu'au 17 mai 2021.

Les objectifs des CCC étaient de soulager la charge de travail des hôpitaux et des maisons médicales et d'éviter que les patients COVID-19 se rendent dans les cabinets médicaux et/ou aux urgences, en créant une offre de soins primaires spécifiques pour les patients COVID-19.

Les CCC accueillait des personnes symptomatiques uniquement, c'est-à-dire celles qui présentaient des signes de COVID-19 et des personnes déjà diagnostiquées COVID-19 positives.

¹⁰ OECD, Health at a Glance Europe 2020

• Hôpitaux

Dès le mois de mars 2020, au sein des 4 centres hospitaliers (CHdN, CHL, CHEM, HRS), les flux de patients ambulatoires ont été organisés afin d'éviter un contact avec patients COVID ou suspects. Les flux stationnaires COVID et non-COVID ont été séparés à tous les niveaux et l'organisation des soins a fait l'objet d'un cohortage pour les patients comme pour le personnel, afin de minimiser les risques de transmission de l'infection au sein des structures elles-mêmes.

Lors de la 1ère vague (18 mars 2020 au 28 avril 2020), les hôpitaux ont déprogrammé en partie les soins qui n'étaient pas urgents et vitaux afin de mobiliser le personnel médico-soignant sur la gestion de l'épidémie.

Par la suite, une stratégie hospitalière commune a été concertée pour faire face aux vagues subséquentes d'infections et d'hospitalisations pour COVID-19 : un **plan de montée en charge progressive des capacités** d'accueil des patients COVID-19 dans tous les centres hospitaliers, en 4 phases, a été défini afin de retarder la nécessité d'une déprogrammation de l'activité médico-chirurgicale et, le cas échéant, de procéder à une déprogrammation équitable au niveau national.

Activités liées à la COVID-19

• Passages aux urgences, consultations et visites à domicile

La première partie sur les activités liées à la COVID-19 présente les données des passages aux urgences dans les hôpitaux ; les données relatives aux consultations dans les centres de soins avancés (CSA), aux visites à domicile en lien avec ces centres, et aux centres de consultation COVID-19 (CCC) sont présentées dans cette section à titre d'information contextuelle.

Entre le 19 mars 2020 et le 31 mars 2022, **10,2% des passages aux urgences hospitalières étaient liés à la COVID-19** (soit 37 832 sur 370 370 passages). Les deux premiers mois de la pandémie, en mars et avril 2020, cette proportion était particulièrement élevée (30,6% en mars et 18,4% en avril 2020) et accompagnée d'une baisse des passages pour d'autres raisons. D'autres pics ont été observés les mois de novembre et décembre 2020, ainsi que janvier 2022 avec 15,9% à 19,9% des passages liés à la COVID-19.

Lors du premier confinement, durant les 11 semaines d'ouverture des trois **centres de soins avancés (CSA), 7 870 consultations médicales** pour des personnes suspectes d'infection à la COVID-19, dont 131 visites à domicile ont été effectuées. Après une forte utilisation les premières semaines, une diminution graduelle a été observée jusqu'à la fermeture des centres¹¹.

Entre fin octobre 2020 et mi-mai 2021, un total de **14 124 consultations médicales** pour personnes suspectes ou confirmées d'infection à la COVID-19 ont été prestées dans les **centres de consultation COVID-19 (CCC)** ouverts à Luxembourg Ville et Esch-sur-Alzette.

Globalement, les structures des **CSA et CCC ont permis de répondre au besoin accru de consultations médicales liées à la COVID-19** lors du premier confinement pendant lequel les cabinets médicaux étaient fermés ainsi que pendant la deuxième vague de la pandémie. En conséquence, le nombre de passages aux urgences s'est maintenu à un niveau relativement stable au cours de ces vagues. En 2021, la montée de la couverture vaccinale, combinée à l'émergence du variant Omicron, relativement moins pathogène, ont contribué à maintenir les passages liés à la COVID-19 autour de 10% du total des passages aux urgences.

• Hospitalisations dues à la COVID-19

Les données présentées sur l'hospitalisation portent sur la période allant du 01 mars 2020, moment de l'émergence de la COVID-19 au Luxembourg, au 31 décembre 2021.

Pendant cette période, 3 582 séjours hospitaliers dus à la COVID-19 ont été rapportés : **1 741 séjours en 2020 et 1 841 en 2021**. Le nombre des séjours a évolué au cours du temps, suivant **une tendance similaire au nombre de personnes testées positives à la COVID-19**, avec des pics en novembre et décembre 2020 de 488 respectivement 480 séjours.

¹¹ Pour plus d'informations sur les CSA consultez le Flash-COVID N°1

La distribution du nombre de séjours entre les centres hospitaliers, montre que le **CHL et le CHEM ont absorbé environ un tiers des séjours chacun**, 33,7% et 32,7% respectivement en 2020, et 33,6% et 33,9% en 2021. Les HRS ont absorbé 19,2% des séjours en 2020 et 18,4% en 2021 et le CHdN 14,2% en 2020 et 13,7% en 2021. Moins d'1% des séjours a eu lieu à l'INCCI. L'interprétation des données de l'INCCI doit prendre en considération la particularité qu'il s'agit d'un établissement aigu spécialisé dont les compétences ont été sollicitées pour des besoins spécifiques à certaines formes d'infection, pour un petit nombre de patients.

La durée moyenne de séjour (DMS) pour des séjours dus à la COVID-19 était de 10,9 jours en 2020 et a augmenté à 13,0 jours en 2021. Cette augmentation est observée dans tous les établissements aigus. La proportion importante de séjours avec un passage aux soins intensifs explique ces DMS prolongées.

En **2020, 14,1%** (soit 246 sur 1 740 séjours) et, en **2021, 20,3%** (soit 373 sur 1 841 séjours) **des séjours hospitaliers ont eu un passage aux soins intensifs.** La durée moyenne des séjours avec un passage aux soins intensifs est de 20,6 jours en 2020 et de 25,0 jours en 2021 contre 9,3 et 10,0 jours pour les séjours uniquement en soins normaux. Les établissements CHEM et CHL ont rapporté le plus grand nombre de séjours en soins intensifs (81 respectivement 63 en 2020 et 133 respectivement 76 en 2021).

Les séjours hospitaliers dus à la COVID-19 concernent **principalement les groupes d'âge de 50 à 89 ans** (72,2% des séjours pour 2020 et 2021) et comptent **davantage d'hommes** (58,3% des séjours pour 2020 et 2021). Parmi les séjours COVID-19 avec passage en soins intensifs, 72,2% concernent les hommes. La tranche d'âge de 60-79 ans est la plus concernée (25,9% des séjours pour les hommes, 19,5% des séjours pour les femmes), suivie par la tranche d'âge de 40-59 ans (24,2% pour les hommes, 12,5% pour les femmes).

La documentation hospitalière enregistre **256 décès dus à la COVID-19 en 2020 et 258 décès en 2021** en milieu hospitalier aigu. **Pour la période du 01.03.2020 au 31.12.2021, le taux de létalité hospitalière est de 15,1%** (soit 316 décès sur 2 088 séjours) **parmi les hommes et de 13,3%** (soit 198 décès sur 1 493 séjours) **parmi les femmes** et montre une **forte augmentation avec l'âge**: un taux de létalité de moins de 2% parmi les séjours de personnes de 0 à 49 ans en 2020 et 2021, mais de 8,0% en 2020 et 11,4% en 2021 parmi les 60 à 69 ans, et de 31,9% en 2020 et 28,5% en 2021 parmi les 80 à 89 ans.

Plusieurs facteurs peuvent influencer le taux de létalité hospitalière, comme la virulence, les caractéristiques de la population hospitalisée comme l'âge et l'état de santé, le statut immunitaire, l'accès aux soins, l'analyse de ces facteurs dépassant le cadre de ce rapport.

Activité des établissements aigus spécialisés

• Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle

Les séjours hospitaliers ont augmenté globalement de 2,2% par an entre 2010 et 2019, avec des variations selon les années.

En 2019, on dénombre :

- **605 séjours** d'une durée moyenne de 8,4 jours, dont 6,8% concernent des non-résidents
- soit **4 513 journées d'hospitalisation**

Parmi les **19 lits** installés en 2019, 12 lits ont été occupés en moyenne par jour, ce qui correspond à un taux d'occupation de 63,1% des lits pour l'activité opposable des résidents et non-résidents.

• Centre National de Radiothérapie François Baclesse

Sur la période 2017-2019, on observe une croissance de l'activité :

- Nombre de nouveaux cas pris en charge : +4,2%/an (1 309 en 2019)
- Nombre de traitements réalisés : + 3,8%/an (1 474 en 2019)
- Nombre de consultations externes de suivi post-thérapeutique : 1,9%/an (2 109 en 2019)

Activité des établissements de moyen séjour

• Réhabilitation psychiatrique : CHNP

Les séjours hospitaliers ont augmenté de 1% par an entre 2010 et 2019 (variations selon les années).

En 2019, on dénombre :

- **701 séjours** d'une **durée moyenne de 128 jours**, dont 5,1% concernent des non-résidents
- 33,7% des séjours ont une durée supérieure à 6 mois
- **90 037 journées d'hospitalisation**

Parmi les **239 lits** installés, 204 lits ont été occupés en moyenne par jour, ce qui correspond à un taux d'occupation de 85,1% des lits pour l'activité opposable des résidents et non-résidents.

• Rééducation fonctionnelle : Rehazenter

Les séjours hospitaliers ont augmenté de 0,3% par an entre 2010 et 2019.

En 2019, on dénombre :

- **487 séjours** d'une **durée moyenne de 50,5 jours**, et dont 10,1% concernent des non-résidents.
- **24 554 journées d'hospitalisation**

Parmi les **73 lits** installés, 66,3 lits ont été occupés en moyenne par jour, ce qui correspond à un taux d'occupation de 90,8% des lits pour l'activité opposable des résidents et non-résidents.

La proportion de personnes âgées de **75 ans et plus** a fluctué entre 9,2% et 19,2% des séjours du Rehazenter entre 2010 et 2019 (45 séjours en 2019, soit 9,2% du total des séjours) mais ne représentaient qu'entre 5,7 et 10,3% des journées (1 410 journées en 2019, soit 5,7% du total des journées).

• Rééducation gériatrique : HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers

La présentation porte sur l'activité de rééducation gériatrique qui concerne l'HIS et les services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers du CHdN, du CHEM et des HRS.

Les séjours hospitaliers ont augmenté de 7,4% par an entre 2010 et 2019 et le nombre de journées a augmenté de 7,2% par an.

Les **taux d'occupation** de ces services sont très élevés entre 2015 et 2019, les taux annuels d'occupation fluctuaient entre 87,7% et 94,6% pour l'ensemble des services.

En 2019 :

- Les services de rééducation gériatrique ont réalisé **1 536 séjours et 47 722 journées**.
- La durée moyenne de séjour était de **31,1 jours**¹².
- Pour 149¹³ lits de rééducation gériatrique, 132,9 étaient occupés en moyenne par jour, ce qui correspond à un **taux d'occupation de 87,7%** pour l'activité opposable des résidents et non-résidents, avec des variations selon les services de 86,7% à 91,5%.
- La part des **non-résidents** dans l'hospitalisation en rééducation gériatrique est faible : 1,6% des séjours.

• Réhabilitation physique et post-oncologique : Château de Colpach

A partir du 1er avril 2018, le Château de Colpach a changé d'activité, passant d'une activité de convalescence à une activité de réhabilitation physique et post-oncologique.

En 2019, le Centre de réhabilitation du Château de Colpach a réalisé **696 séjours, soit 15 838 journées d'hospitalisation**.

Les séjours avaient une durée moyenne de séjour de **22,8 jours**.

Le taux d'occupation était de 73,1%.

• Etablissement d'accueil pour personnes en fin de vie : Haus OMEGA

En 2019, **117 patients** étaient hospitalisés en soins palliatifs au sein de l'établissement Haus OMEGA, soit **4 701 journées d'hospitalisation d'une durée moyenne de 46,9 jours**.

Le **taux d'occupation** était de **85,9%**.

¹² L'indicateur de DMS est toutefois insuffisant. Les durées médianes et durées maximum devraient être étudiées car certains séjours sont prolongés faute de solutions de placement en aval (ex : CIPA, maisons de soins).

¹³ Les données d'activité à notre disposition n'incluent pour le CHEM, que les 36 lits de Dudelange (et pas les 23 lits de Niederborn) et pour les HRS, sur la période de janvier à mai, seule l'activité de 30 lits sur 70 lits est incluse (raison : facturation a différé du réel de l'activité).

Conclusion

Cette édition de la carte sanitaire illustre quelques caractéristiques du secteur hospitalier national.

Ce secteur, confronté au défi d'une croissance démographique significative (+2,0% par an entre 2015 et 2020) et à une demande croissante de soins pour des assurés non-résidents (8,0% des séjours en 2019), offre 2 667 lits hospitaliers en 2021, soit 4,2 lits hospitaliers pour 1 000 habitants, répartis au sein de 4 centres hospitaliers, 6 établissements hospitaliers spécialisés, et un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie.

Ce paysage montre que, par rapport à la planification hospitalière de 2018, qui prévoyait un nombre maximum de 3 040 lits pouvant être autorisés, il reste une marge de 373 lits pouvant être exploités, pour autant que ces lits puissent être autorisés sur base de projets de services répondant aux besoins de la population et installés au regard des contraintes organisationnelles et architecturales actuelles.

L'évaluation globale des activités hospitalières montre une croissance qui suit globalement l'évolution de la population pour les séjours hospitaliers (tous séjours confondus), les passages aux urgences, l'imagerie médicale et l'activité opératoire. L'hospitalisation de jour a montré une croissance importante au cours des 10 dernières années, avec une progression très significative de la chirurgie ambulatoire depuis 2015 ; les séances de chimiothérapie et de dialyse sont également en nette croissance. La durée moyenne de séjour en hospitalisation stationnaire est restée stable (7,4 jours) et plus élevée que dans la plupart des pays européens.

Les taux moyens annuels d'occupation des lits aigus restent en-dessous de 80% au niveau national mais des pics saisonniers sont observés et, dans certains établissements, ce taux atteint 82,6%.

Pour le secteur des lits de moyen séjour (lits de réhabilitation et de rééducation), les taux d'occupation moyens annuels sont généralement compris entre 85 et 95%, ce qui est considéré comme la norme pour ce type d'activité.

Ces constats généraux pourront alimenter les réflexions préliminaires sur la planification hospitalière mais doivent impérativement être complétés par l'analyse des motifs de recours aux soins hospitaliers stationnaires et de jour. Cette analyse, réalisée sur base des données de la documentation et de la classification des séjours hospitaliers (DCSH), et utilement complétée par une documentation des motifs de prise en charge hospitalière à l'étranger, permettra, à partir de 2023, d'évaluer l'adéquation et la pertinence de l'offre hospitalière nationale à la demande.

Au fur et à mesure de la disponibilité de ces analyses, la carte sanitaire sera ainsi complétée, offrant au lecteur une information de plus en plus riche et utile sur laquelle fonder des appréciations et des décisions éclairées.

Dans le contexte de pandémie COVID-19, l'organisation de l'offre de soins primaires a permis de répondre aux besoins de consultation et de maintenir la fréquentation des services d'urgence hospitaliers à un niveau relativement stable au cours des vagues pandémiques successives.

Les données de la DCSH permettent de donner un aperçu du fardeau hospitalier de la COVID-19 en termes quantitatifs (nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisations, durées de séjour) et des caractéristiques démographiques des patients hospitalisés pour COVID-19 au cours des années 2020 et 2021.

Le nombre de séjours dus à la COVID-19 est similaire en 2020 et en 2021. La proportion élevée (17,3%) de séjours présentant un passage en soins intensifs a impacté fortement la durée moyenne de séjour. De manière notable, c'est la tranche d'âge de 50 à 59 ans qui représente le plus grand nombre d'hospitalisations de mars 2020 à fin 2021. Les hommes ont, dans 21,4% des cas, séjourné aux soins intensifs et représentent ainsi plus des 2/3 des séjours avec passage en soins intensifs, à l'instar de ce qui a été observé dans d'autres pays. La majorité des décès hospitaliers concerne les personnes plus âgées, à partir de 70 ans, avec un écart minime entre les genres.

Une analyse de la proportion de séjours COVID-19 par rapport au total des séjours hospitaliers au deuxième semestre 2020 et en 2021, ainsi que la comparaison des profils des patients concernés sera possible lorsque l'ensemble des données de la DCSH sera disponible pour ces périodes.

