

CARTE SANITAIRE 2012

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG - 5^E ÉDITION

**FASCICULE 4: FOCUS SUR DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES:
TRANSFERTS À L'ÉTRANGER, RÉÉDUCATION ET CONVALESCENCE,
GÉRIATRIE, SOINS PALLIATIFS**



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

www.sante.lu

crp SANTÉ
CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC
CENTRE D'ÉTUDES EN SANTÉ

Base légale	Art.3, Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements de santé
Éditeur	Ministère de la Santé, Grand-Duché de Luxembourg Ministre de la Santé : Mars DI BARTOLOMEO Responsable de l'Édition : Roger CONSRUCK, Conseiller de Gouvernement
Rédaction	Anne-Charlotte THOMAS, Marie-Lise LAIR : CRP-Santé, Centre d'Études en Santé Roger CONSRUCK : Ministère de la Santé
Conception graphique	rose de claire, design
Photographies	istockphoto.com
Tous droits réservés	© 2013, Ministère de la Santé
Impression	Imprimerie Centrale
ISBN	978-99959-680-5-2
Édition	Juillet 2013

Focus sur des prises en charge spécifiques :

**Transferts à l'étranger, Rééducation et
convalescence, gériatrie, soins palliatifs**



Focus sur des prises en charge spécifiques :

Transferts à l'étranger, Rééducation et convalescence, gériatrie, soins palliatifs

_____	Avant-propos _____	7
_____	Liste des abréviations _____	9
_____	Liste des tableaux _____	11
_____	Liste des figures _____	12
_____	1. TRANSFERTS À L'ÉTRANGER _____	15
_____	2. RÉÉDUCATION ET CONVALESCENCE _____	27
_____	3. GÉRIATRIE _____	51
_____	4. SOINS PALLIATIFS _____	59

Avant-propos

Ce fascicule présente l'analyse des prises en charge spécifiques de :

- transferts à l'étranger,
- rééducation et convalescence,
- gériatrie,
- soins palliatifs.

De multiples relectures de ce document ont été réalisées par divers acteurs, si toutefois des erreurs dans la reproduction ou le traitement des données chiffrées avaient échappé à notre vigilance, nous vous prions de bien vouloir nous les signaler (*Ministère de la Santé, M. Roger CONSBRUCK, roger.consbruck@ms.etat.lu*).

A noter : Les données présentées sont issues des données de facturation contenues dans la base de la sécurité sociale. De fait, elles ne comprennent pas les données non opposables et engendrent des différences avec les données dont disposent les hôpitaux. Pour la rééducation, elles proviennent des fichiers des établissements hospitaliers validés et traités par le CRP-Santé et sont exhaustives.

Liste des abréviations

AMMD	Association des Médecins et Médecins-Dentistes
APC	Autorisation de Prise en Charge
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CMSS	Contrôle Médical de la Sécurité Sociale
CIM	Classification Internationale des Maladies (en anglais : ICD : International Classification of Diseases)
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Agées
CNS	Caisse Nationale de Santé
CPH	Commission Permanente du Secteur Hospitalier
CRP-Santé	Centre de Recherche Public de la Santé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
ESMJ	Entrée et Sortie le Même Jour
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
GDL	Grand-Duché de Luxembourg
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
LOM	Lits Occupés en Moyenne par jour
MIF	Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
PHN	Plan Hospitalier National (RGD 13 mars 2009)
RGD	Règlement Grand-Ducal
TO	Taux d'Occupation
UO	Unité d'Œuvre
USP	Unité de Soins Palliatifs

Abréviations des noms des établissements hospitaliers

CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHK	Centre Hospitalier du Kirchberg
ZITHA	ZithaKlinik
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CSM	Clinique Sainte Marie
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
CFB	Centre National de Radiothérapie François Baclesse
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
RHZ	Rehazenter
HIS	Hôpital Intercommunal de Steinfort
Colpach	Centre de Convalescence Emile Mayrisch

Liste des tableaux

Tableau n°1	Evolution des autorisations de prise en charge vers l'étranger, 1998-2007	19
Tableau n°2	Etablissements et lits de rééducation et de convalescence, au GDL, 2012	29
Tableau n°3	Evolution du nombre de médecins de MPR, 2006-2010	30
Tableau n°4	Occupation des lits de rééducation, 2009	46
Tableau n°5	Evolution des hospitalisations des patients âgés de 70 ans et plus, par établissement, 2002-2009	53
Tableaux n°6 et n°7	Part des séjours et journées d'hospitalisation des patients âgés de 70 ans et plus dans le total des séjours et journées, par établissement, 2002-2009 ..	55
Tableau n°8	Evolution de l'occupation des lits par les patients âgés de 70 ans et plus, par établissement, 2002-2009	56
Tableau n°9	Evolution de la durée moyenne des séjours des patients âgés de 70 ans et plus, par établissement, 2002-2009	56
Tableau n°10	Unités et lits de soins palliatifs, par hôpital, 2010	62
Tableau n°11	Equipes mobiles de soins palliatifs, par hôpital, 2011	62
Tableau n°12	Nombre de journées facturées en soins palliatifs, 2004-2009	64
Tableau n°13	Activité de soins palliatifs déclarée par les établissements hospitaliers	64

Liste des Figures

Figure n°1	Evolution des autorisations de prise en charge vers l'étranger, 1998-2007	18
Figure n°2	Evolution du nombre d'autorisations de prise en charge, par pays de destination, 1998-2007	21
Figure n°3	Répartition du nombre d'autorisations de prise en charge selon l'établissement de destination pour les pathologies en forte croissance, 1998-2007	23
Figure n°4	Etendue de la patientèle prise en charge en rééducation stationnaire et en convalescence, par établissement, 2010-2011	33
Figure n°5	Nombre d'épisodes de rééducation stationnaire et de convalescence, par établissement, 2010-2011	33
Figure n°6	Ratio d'épisodes de rééducation stationnaire ou convalescence par personne par établissement, 2010-2011	34
Figure n°7	Répartition de la population en rééducation stationnaire et en convalescence selon le genre, par établissement, 2010-2011	34
Figure n°8	Distribution de l'âge de la population en rééducation stationnaire et en convalescence, par établissement, 2010-2011	35
Figure n°9	Distribution nationale des prises en charge en rééducation stationnaire, par classe d'âge, 2010-2011	36
Figure n°10	Répartition des épisodes par type de rééducation reçue, par établissement, 2010-2011	36
Figure n°11	Lieu de rééducation des patients selon le type de provenance, par établissement, 2010-2011	37
Figure n°12	Distribution des prescripteurs de séjours en rééducation stationnaire selon leur spécialité, 2010-2011	38
Figure n°13	Distribution des prescripteurs de séjours en convalescence selon leur spécialité, 2011	39
Figure n°14	Durée de séjour en hôpital aigu avant hospitalisation en rééducation stationnaire ou en convalescence, par établissement, 2010-2011	39
Figure n°15	Durée de séjour en hôpital aigu avant hospitalisation en rééducation stationnaire neurologique post-AVC, selon le lieu de provenance, par établissement, 2011	40
Figure n°16	Proportion de séjours en hospitalisation aiguë au cours de la rééducation stationnaire et de la convalescence, avec ou sans retour en rééducation ou convalescence, par établissement, 2010-2011	40
Figure n°17	Proportion de séjours en hospitalisation aiguë au cours de la rééducation stationnaire et de la convalescence, sans retour en rééducation ou convalescence, par établissement, 2010-2011	41
Figure n°18	Durée des épisodes de rééducation stationnaire et de convalescence, par établissement, 2010-2011	42

Figure n°19	Gain d'indépendance fonctionnelle (en %) en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée, par établissement, 2010-2011	43
Figure n°20	Gain d'indépendance fonctionnelle en rééducation orthopédique (en %), par établissement, 2011	44
Figure n°21	Gain d'indépendance fonctionnelle en rééducation neurologique post-AVC (en %), par établissement, 2011	44
Figure n°22	Mode de sortie des personnes hospitalisées en rééducation stationnaire et en convalescence, par établissement, 2010-2011	44
Figure n°23	Poursuite de la rééducation après la sortie de l'unité de rééducation stationnaire, par établissement, 2010-2011	45
Figure n°24	Evolution des séjours hospitaliers des patients âgés de 70 ans et plus, par établissement, 2002-2009	54



1. Transferts à l'étranger

1.1	Réglementation européenne relative aux transferts de patients à l'étranger	17
1.2	Evolution des soins prestés à l'étranger pour des résidents luxembourgeois entre 1998 et 2007	18
1.2.1	Evolution du nombre de transferts vers l'étranger selon le motif, 1998-2007	18
1.2.2	Impact de l'implantation de nouveaux services au Luxembourg sur la diminution des transferts vers l'étranger	20
1.2.3	Pays et établissements de destination des patients, 1998-2007	21
1.3	Synthèse des constats et propositions	24

TRANSFERTS À L'ÉTRANGER

RÉÉDUCATION ET CONVALESCENCE

GÉRIATRIE

SOINS PALLIATIFS

1.1 Réglementation européenne relative aux transferts de patients à l'étranger

Les décisions de justice rendues par la Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE) ont influencé l'évolution des flux de patients étrangers.

- En **1998**, la jurisprudence de la CJCE a acté pour la première fois le principe de libre circulation des biens et des prestations de services pouvant s'appliquer au domaine de la santé au sein de l'Union Européenne (arrêts **Kohll et Decker**).
- En 2001, deux nouveaux arrêts de la CJCE portaient sur le remboursement de prestations hospitalières. Le juge conditionnait l'hospitalisation dans un pays étranger à une autorisation préalable mais indiquait que cette admission devait être donnée si le traitement qu'attendait le patient n'était pas disponible dans son Etat d'affiliation aux mêmes conditions de qualité et d'efficacité.
- En **2011** : la **Directive** relative à l'application des **droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers** (Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil européen du 9 mars 2011) prévoit l'instauration d'un cadre général pour :
 - clarifier les droits des patients concernant leur accès à des soins de santé transfrontaliers et à leur remboursement,
 - garantir la qualité et la sécurité des soins qu'ils recevront dans un autre Etat de l'Union Européenne,
 - promouvoir la coopération en matière de soins de santé entre les Etats membres.

La transposition de cette directive doit se faire avant octobre 2013 et devrait avoir de nouvelles répercussions en matière de transferts de patients pour des soins prodigués à l'étranger.

En **2009**, au Luxembourg, les **prestations de soins de santé à l'étranger constituent 17.5% des prestations de soins de santé** liquidées pour l'année. Ce pourcentage correspond aux dépenses de :

- transferts à l'étranger des résidents,
- consommation de soins de santé dans leur pays de résidence des travailleurs frontaliers assurés par la CNS. (Source : IGSS, Rapport général sur la Sécurité sociale 2009).

L'analyse qui suit exclut les non-résidents.

1.2 Evolution des soins prestés à l'étranger pour des résidents luxembourgeois entre 1998 et 2007

Les données présentées ci-dessous sont extraites d'une étude menée par le CRP-Santé, qui s'est appuyée sur les données médico-administratives du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale et dont l'objectif était de mesurer l'impact de l'ouverture de nouveaux services de santé sur le territoire luxembourgeois sur le recours aux soins à l'étranger des patients résidant au Luxembourg (*Enjeux Santé n°3, Evolution des soins des résidents luxembourgeois à l'étranger entre 1998 et 2007, novembre 2009*).

Source des données utilisées:

- Autorisations de prise en charge (APC) pour des transferts vers l'étranger accordées par la CNS entre 1998 et 2007. Total: 158 428 APC
- Population concernée: 48 514 personnes assurées et résidentes au Luxembourg, pour lesquelles un traitement à l'étranger a été demandé au moins une fois sur la période 1998-2007. Exclusion des demandes suspendues ou refusées par la CNS (1767 demandes ont été refusées entre 1998 et 2007, principalement pour des raisons de traitement existant au Luxembourg ou pour une inefficacité scientifiquement démontrée du traitement demandé).

1.2.1 Evolution du nombre de transferts vers l'étranger selon le motif, 1998-2007

Le nombre d'autorisations de prise en charge vers l'étranger a augmenté de 27,3 % entre 1998 et 2007.

Sur la même période, la population résidente a augmenté de 12,4 %

(Source: STATEC).

Figure n°1 et tableau n°1 : Evolution des autorisations de prise en charge vers l'étranger, 1998-2007

Figure n°1

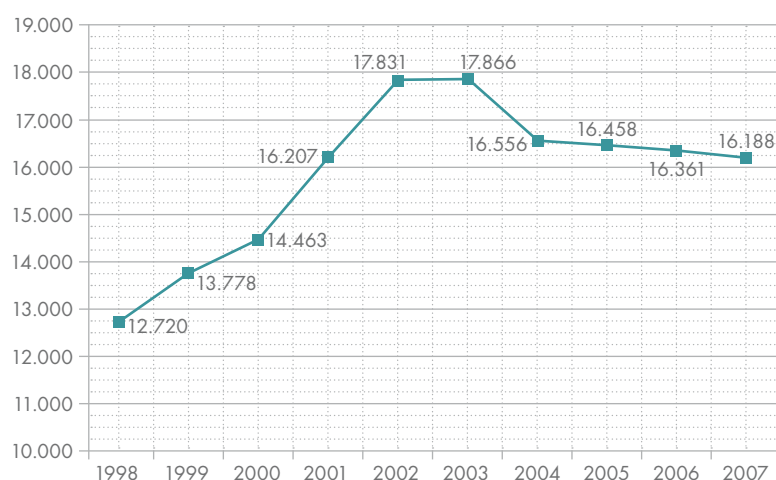


Tableau n°1

Motifs de transfert	1998	% du total	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% du total	Total	Evol. 1998-07
Pathologie rhumatologique	1.434	11,3%	1.800	2.185	3.031	3.636	3.675	3.258	3.256	3.108	2.972	18,4%	28.355	+107,3%
Pathologie oncologique	1.990	15,6%	2.173	2.298	2.166	2.270	2.173	2.080	2.068	2.213	2.095	12,9%	21.526	+5,3%
Pathologie ophtalmologique	1.466	11,5%	1.393	1.512	1.697	1.858	2.015	2.079	2.152	2.572	2.813	17,4%	19.557	+91,9%
Pathologie cardiologique	757	6,0%	788	846	921	831	1.071	1.258	1.421	1.592	1.662	10,3%	11.147	+119,6%
Pathologie gynécologique	1.171	9,2%	1.076	929	1.128	1.044	1.114	1.149	1.062	677	653	4,0%	10.003	-44,2%
Pathologie neurologique	755	5,9%	824	790	973	1.015	1.038	1.008	1.044	1.066	999	6,2%	9.512	+32,3%
Malformations congénitales	1.101	8,7%	1.094	1.102	1.013	883	920	992	885	842	600	3,7%	9.432	-45,5%
Pathologie psychiatrique	521	4,1%	729	774	896	905	987	1.016	1.116	1.104	1.132	7,0%	9.180	+117,3%
Pathologie gastro-enterologique	567	4,5%	533	642	673	652	726	634	714	635	681	4,2%	6.457	+20,1%
Pathologie dermatologique	329	2,6%	408	444	526	619	564	498	446	404	379	2,3%	4.617	+15,2%
ORL	316	2,5%	427	376	445	516	520	492	447	496	562	3,5%	4.597	+77,8%
Examen radio-diagnostic	0	0,0%	1	709	681	1.370	973	124	12	3	1	0,0%	3.874	
Pathologie néphrologique	198	1,6%	280	258	271	348	295	323	279	290	327	2,0%	2.869	+65,2%
Pathologie endocrinologique	216	1,7%	199	214	251	213	304	323	331	314	266	1,6%	2.631	+23,1%
Traitement radiothérapique	840	6,6%	977	223	102	66	52	51	36	27	4	0,0%	2.378	-99,5%
Pathologie traumatologique	184	1,4%	188	200	224	199	204	194	190	165	169	1,0%	1.917	-8,2%
Pathologie pneumologique	153	1,2%	157	142	162	184	201	225	218	195	219	1,4%	1.856	+43,1%
Pathologie hématologique	123	1,0%	125	118	176	185	185	202	194	208	217	1,3%	1.733	+76,4%
Traitement de rééducation	216	1,7%	220	152	235	238	234	222	115	54	1	0,0%	1.687	-99,5%
Soins dentaires	57	0,4%	53	78	131	155	107	92	91	110	162	1,0%	1.036	+184,2%
Examen médecine nucléaire	5	0,0%	3	116	220	355	218	12	2	1	0	0,0%	932	-100,0%
Obstétrique périnatale	95	0,7%	99	78	47	55	86	62	98	57	73	0,5%	750	-23,2%
Tumeurs bénignes	67	0,5%	52	78	57	62	49	80	77	72	78	0,5%	672	+16,4%
Maladies infectieuses	25	0,2%	40	63	62	32	34	62	75	66	55	0,3%	514	+120,0%
Cures thermales	75	0,6%	76	70	39	42	34	45	31	23	22	0,1%	457	-70,7%
Pathologie urologique	25	0,2%	24	23	35	41	44	55	68	49	37	0,2%	401	+48,0%
Symptômes et dépendance	34	0,3%	39	43	45	57	43	20	30	18	9	0,1%	338	-73,5%
Total	12.720	100,0%	13.778	14.463	16.207	17.831	17.866	16.556	16.458	16.361	16.188	100,0%	158.428	+27,3%

Sur cette période, les motifs de transferts à l'étranger sont regroupés selon une classification propre au Contrôle Médical de la Sécurité Sociale. Toutefois, les pathologies sont codées avec la CIM 10.

La catégorie «Traitement de rééducation» pour laquelle il n'y aurait eu qu'une seule autorisation de prise en charge en 2007 interpelle.

Les motifs de transferts les plus courants, pour la population concernée, tous âges confondus sont :

- en 1998, les pathologies oncologiques (15.6 %), ophtalmologiques (11.5 %), rhumatologiques (11.3 %) et gynécologiques (9.2 %) ;
- en 2007, les pathologies rhumatologiques (18.4 %), ophtalmologiques (17.4 %), oncologiques (12.9 %) et cardiologiques (10.3 %).

Les motifs de transferts les plus courants sont un peu différents pour les moins de 18 ans (N=24 498 APC entre 1998 et 2007 soit 15 % des APC). Ils concernent, en 2007, les malformations congénitales (17.4 %), les pathologies ophtalmologiques (14 %) et les pathologies neurologiques (11.9 %).

Par ailleurs, les autorisations de longue durée (prise en charge d'une durée supérieure à 6 mois) sont passées de 175 APC en 1998 à 795 en 2007, notamment pour insuffisance rénale et cas de leucémies.

1.2.2 Impact de l'implantation de nouveaux services au Luxembourg sur la diminution des transferts vers l'étranger

L'implantation de nouveaux services au Luxembourg a eu un fort impact sur la diminution des transferts pour soins à l'étranger de la population résidente.

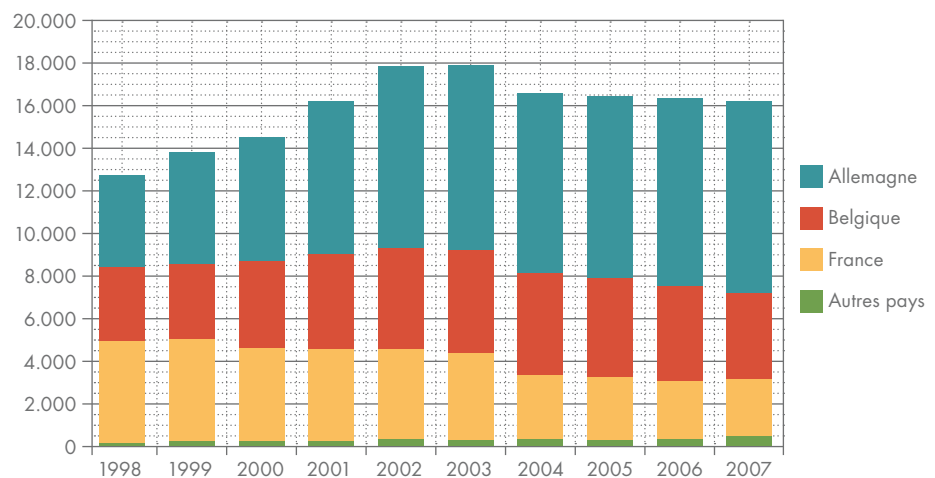
On peut citer, à ce titre :

- la création du Centre de **Procréation médicalement assistée (PMA)**, qui a engendré la diminution du nombre de transferts à l'étranger pour des motifs de « stérilité de la femme » depuis 2004,
- l'acquisition de plusieurs appareils d'**Imagerie par Résonance Magnétique nucléaire (IRM)** qui a induit une diminution de 1400 APC en 2002 à 0 en 2007 et l'acquisition d'un **PET-Scan** qui a induit une diminution de 300 APC en 2003 à quelques unités en 2006-2007,
- la création du **Centre François Baclesse** en 2000 qui a engendré une diminution des transferts pour traitement de tumeur maligne du sein par radiothérapie de 300 en 1999 à quelques unités en 2006,
- la création de l'**INCCI** en 2001, qui a induit une diminution des transferts pour coronarographie de 150 APC en 2000 à quelques unités en 2007 et une diminution des transferts pour pontage coronarien d'une centaine d'APC avant 2003 à quelques unités en 2007.

1.2.3 Pays et établissements de destination des patients, 1998-2007

1.2.3.1 Pays de destination des patients

Figure n°2: Evolution du nombre d'autorisations de prise en charge, par pays de destination, 1998-2007



- 98 % des APC concernent l'Allemagne, la Belgique ou la France, compte tenu de la proximité des trois pays, du partenariat entre les hôpitaux luxembourgeois et leurs homologues français, belges et surtout allemands ainsi que des étudiants en médecine de nationalité luxembourgeoise ayant fait leurs études dans des universités de ces trois pays.
- L'Allemagne est le pays privilégié par les médecins exerçant au Luxembourg et leurs patients en 2007 avec 8 971 APC (55%) contre 4 091 en Belgique (25%) et 2 654 en France (16%). Ce phénomène s'accroît avec le temps. Cette évolution en forte croissance vers l'Allemagne pourrait aussi provenir de l'augmentation du nombre de médecins spécialistes allemands exerçant au Luxembourg, ainsi que du marketing réalisé par les établissements de santé allemands pour diffuser leur offre de prestation.
- Alors que pour les pathologies oncologiques, le nombre d'APC est sensiblement identique pour les trois pays et évolue peu au cours du temps, ceux concernant la pathologie cardiologique, les maladies infectieuses et la pathologie rhumatologique augmentent sensiblement en Allemagne au cours du temps contrairement à la France ou à la Belgique. La pathologie psychiatrique est presque exclusivement adressée vers l'Allemagne.

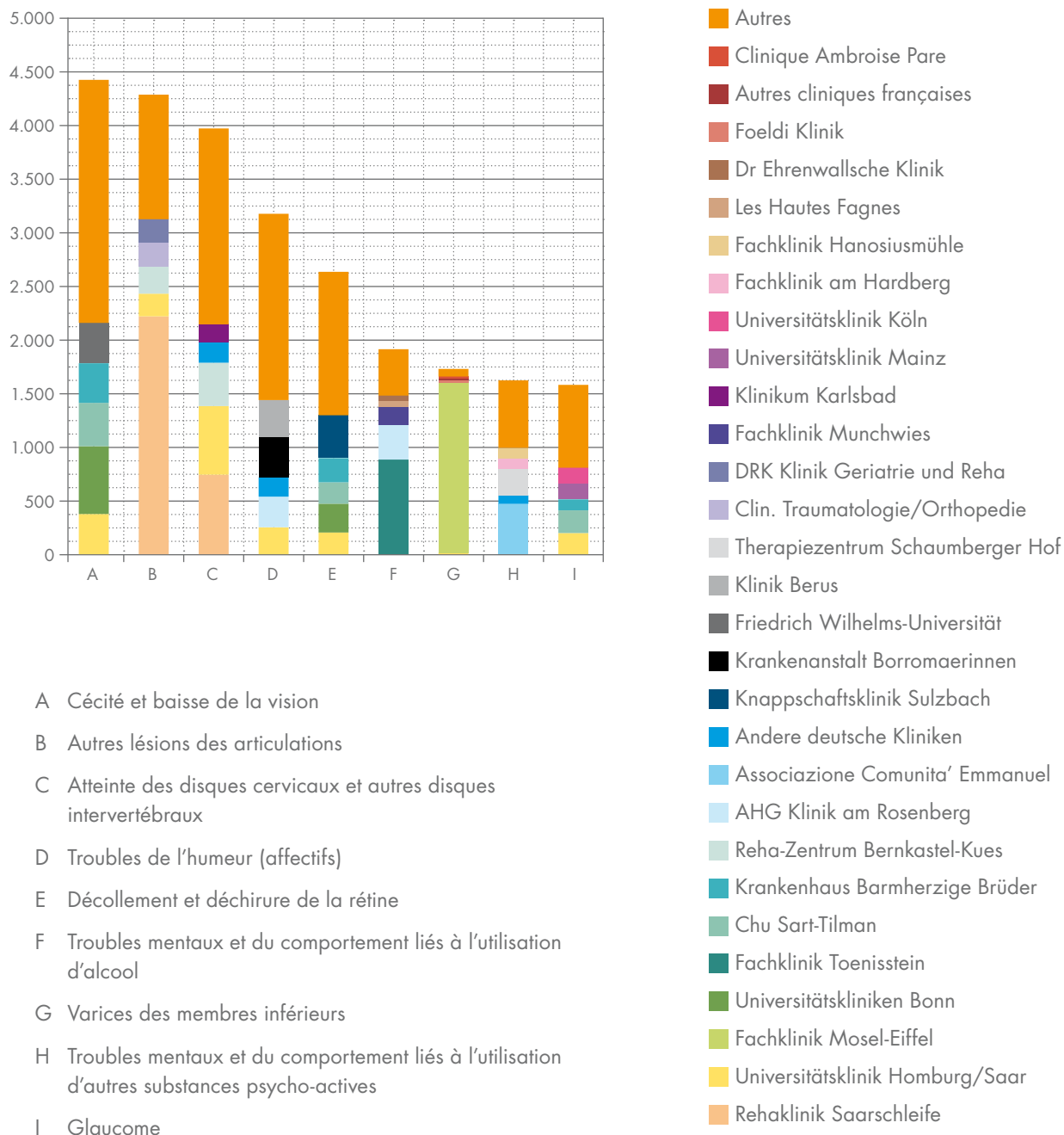
1.2.3.2 Etablissements de destination des patients

Pour plusieurs groupes de soins, les établissements allemands sont majoritaires, on peut citer pour exemple la psychiatrie (62 %).

En outre, les établissements particulièrement fréquentés selon la pathologie à traiter sont :

- la Fachklinik Mosel-Eiffel pour plus de 90 % des soins pour « Varices des membres inférieurs »,
- la Rehaklinik Saarschleife pour plus de 50 % des soins pour « autres lésions des articulations » (rééducation),
- la Fachklinik Toennisstein pour près de 50 % des soins pour « Troubles mentaux liés à l'alcool » (réhabilitation psychiatrique).

Figure n°3: Répartition du nombre d'autorisations de prise en charge selon l'établissement de destination pour les pathologies en forte croissance, 1998-2007



1.3 Synthèse des constats et propositions

Synthèse des constats

Une croissance du recours aux soins à l'étranger

Le nombre d'autorisations de prise en charge vers l'étranger a augmenté de 27.3 % entre 1998 et 2007 alors que sur la même période, la population résidente n'a augmenté que de 12.4 %.

La transposition de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers d'ici octobre 2013 devrait maintenir, voire développer les demandes de recours aux soins à l'étranger. La compétitivité des structures de santé luxembourgeoises risque d'être soumise à de fortes pressions, d'autant que le coût de la main d'œuvre du personnel soignant est plus élevé que dans les pays frontaliers.

Une absence d'information sur les résultats

Il n'existe à ce jour aucune évaluation clinique des résultats des prises en charge réalisées à l'étranger, y compris dans des secteurs comme la rééducation fonctionnelle, ni d'évaluation de la satisfaction des patients et de leurs proches. La transposition de la directive européenne devrait pallier ce flou, puisqu'est prévue une publication de la qualité des prises en charge. Toutefois, si les indicateurs de résultats ne sont pas standardisés, la comparaison restera quasi impossible.

Une absence d'information sur le processus décisionnel des patients

La demande de transfert à l'étranger est faite par le médecin traitant du patient. Aucune information n'est disponible sur la distribution du recours aux soins à l'étranger sur demande du patient ou sur proposition du médecin. De même, lorsque le recours est lié à une demande de deuxième avis, aucune information n'est disponible sur le taux de poursuite des soins à l'étranger.

Une information globale sur les coûts

Les coûts des soins à l'étranger sont publiés par l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale chaque année. Toutefois, l'absence de lien avec le type de soins prestés nuit à une analyse sur l'opportunité de déployer ou non de nouvelles offres de services de santé sur le territoire luxembourgeois ou sur les alliances et coopérations à mettre en place dans le cadre des soins transfrontaliers.

Ces analyses coûts-bénéfices devraient être alimentées par des indicateurs ne relevant pas essentiellement de la sphère économique, car les aspects de support familial et affectif notamment pour les seniors ou les très jeunes sont à considérer comme indicateur dans la qualité des prises en charge.

D'autre part, il faut éviter que le recours aux soins à l'étranger soit une opportunité pour confier à nos voisins transfrontaliers les prises en charge plus complexes notamment en psychiatrie.

Propositions

- Aligner, pour des raisons de comparabilité, les **codifications** des transferts à l'étranger avec celles utilisées au Grand-Duché.
- **Prévoir** dans l'autorisation du transfert à l'étranger l'**organisation de la continuité de la prise en charge** au retour du patient au GDL.
- Mettre en place un **système d'évaluation des résultats cliniques** obtenus lors des soins à l'étranger notamment lorsque cette prestation existe aussi au Luxembourg, et **mesurer la satisfaction des patients** et des familles.
- Réaliser une **analyse des coûts-bénéfices** afin d'évaluer la nécessité de développer d'autres services de santé au Luxembourg.
- Publier annuellement un **rapport sur les types de recours aux soins à l'étranger**, intégrant les motifs, et leur évolution temporelle.



2. Rééducation et convalescence

2.1	Présentation du secteur de rééducation et convalescence au GDL	29
2.1.1	Evolution des ressources en lits de rééducation et de convalescence	29
2.1.2	Evolution démographique des médecins de médecine physique et de réadaptation, 2006-2010	30
2.1.3	Accès aux structures de rééducation et convalescence	30
2.1.4	Organisation de la filière de rééducation	31
2.1.5	Besoin global en rééducation	31
2.2	Activité de rééducation 2010-2011 et convalescence 2011	32
2.3	Résultats de rééducation, 2010-2011	43
2.4	Occupation des lits de rééducation, 2009	46
2.5	Rééducation fonctionnelle à l'étranger	47
2.6	Synthèse des constats et perspectives	48

TRANSFERTS À L'ÉTRANGER

RÉÉDUCATION ET CONVALESCENCE

GÉRIATRIE

SOINS PALLIATIFS

2.1 Présentation du secteur de rééducation et de convalescence au GDL

2.1.1 Evolution des ressources en lits de rééducation et de convalescence

La prise en charge en rééducation fonctionnelle s'est développée au Luxembourg de 1995 à 2009 de manière progressive.

Tout d'abord concentrée sur l'Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS), elle s'est diversifiée en offrant des lits pour la rééducation fonctionnelle gériatrique à l'HIS avec 30 lits (+4 lits autorisés au Plan Hospitalier National 2009), en créant 15 lits dans le Nord à l'Hôpital Saint Louis d'Ettelbruck puis 30 lits dans le Sud à l'Hôpital de Dudelange et enfin 30 lits au Centre à la Zithaklinik.

Dans le même temps, un programme de construction-rénovation a permis de doter le pays :

- d'une infrastructure moderne de rééducation et de réadaptation, le Rehazenter (72 lits),
- d'une infrastructure de convalescence de 100 lits à Colpach.

Au total, le Luxembourg dispose de **181 lits de rééducation et de 100 lits de convalescence**.

Tableau n°2: Etablissements et lits de rééducation et de convalescence, au GDL, 2012

Activité	Etablissements	Nombre de lits autorisés (PHN 2009)
Rééducation	Centre Hospitalier du Nord (CHdN) Site Ettelbruck - <i>Service de rééducation gériatrique</i>	15
	Zithaklinik (ZITHA) <i>Service de rééducation gériatrique</i>	30
	Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) Site Dudelange – <i>Service de rééducation gériatrique</i>	30
	Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)	34
	Rehazenter (RHZ)	72 (+3 appartements thérapeutiques)
Convalescence	Centre de convalescence Emile Mayrisch (Colpach)	100

2.1.2 Evolution démographique des médecins de médecine physique et de réadaptation, 2006-2010

Tableau n°3: Evolution du nombre de médecins de MPR, 2006-2010

(Source : Enquête annuelle IGSS auprès des établissements hospitaliers)

	2006	2007	2008	2009	2010
Médecins MPR	12	14	14	14	16

2.1.3 Accès aux structures de rééducation

Les séjours en rééducation ou en convalescence sont soumis à autorisation préalable du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale selon les modalités suivantes :

- La rééducation fonctionnelle au Rehazenter :

- Le traitement stationnaire est accordé pour un maximum de 90 jours. Des prolongations peuvent être accordées dans des cas exceptionnels.
- Le traitement ambulatoire est accordé pour un maximum de 60 journées de traitement au cours d'une période de 6 mois. Des prolongations peuvent également être accordées.

- La rééducation gériatrique :

- Le traitement stationnaire est accordé pour un maximum de 90 jours. Pas de prolongation.
- Le traitement ambulatoire est accordé pour un maximum de 2 mois, suite à un traitement stationnaire d'au moins 7 jours. Pas de prolongation.

- La rééducation cardiaque :

- Il n'y a actuellement pas de traitement stationnaire dans le pays.
- Le traitement ambulatoire est accordé pour un maximum de 2 mois. Des prolongations successives peuvent être accordées.

- La convalescence :

- La convalescence est considérée comme une cure. Elle nécessite aussi une autorisation du Contrôle Médical et ne peut dépasser 21 jours.

2.1.4 Organisation de la filière de rééducation

Depuis l'attribution de l'ensemble des lits hospitaliers de rééducation fonctionnelle et la demande de publication d'un rapport annuel par l'établissement ayant une **mission de rééducation**, une **plateforme constituée de tous les représentants** de ce secteur, la **Plateforme Rééducation et Convalescence**, s'est constituée pour développer un premier set d'indicateurs permettant d'établir une comparaison des activités.

Cette initiative, soutenue par le Ministère de la Santé et le CRP-Santé sur le plan méthodologique, témoigne du dynamisme des professionnels, de leur volonté de développement des prises en charge rééducatives, ainsi que de leur souci de transparence.

Ce travail collectif a permis la première comparaison des données en 2010.

La **filière de rééducation** est organisée selon les modalités suivantes :

1. Demande de transfert du médecin traitant hospitalier vers un service de rééducation au Luxembourg ou à l'étranger selon les affinités médicales.
2. Répartition des types de patientèle à rééduquer sur le territoire luxembourgeois en fonction de l'âge : personnes de plus de 65 ans au CHdN, ZITHA, CHEM, HIS.
3. Décision sur le profil des patients accueillis prise par l'établissement.
4. Possibilité de réaliser la rééducation en séjour stationnaire ou en hôpital de jour.
5. Possibilité de faire suivre la prise en charge après la sortie du service de rééducation par de la kinésithérapie libérale.

2.1.5 Besoin global en rééducation

L'activité de rééducation ne se limite pas aux seules prises en charge des patients dans les lits de rééducation au Luxembourg.

Des autorisations pour rééducation à l'étranger sont données par le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, surtout vers l'Allemagne.

Il faudra analyser dans ce contexte :

- le nombre de patients autorisés par an,
- les codes ICD 10 de sortie d'hospitalisation des hôpitaux aigus,
- le type de rééducation réalisée à l'étranger,
- les seuils de gravité (handicap à l'admission en rééducation),
- les raisons du transfert à l'étranger,
- les résultats des prises en charge,
- le coût global,
- les implications pour le patient et sa famille,
- les besoins complémentaires de rééducation lors du retour au Luxembourg.

Il y a lieu de mettre en œuvre des dispositions pour **collecter de manière précise des informations sur ces activités de rééducation réalisées à l'étranger afin d'avoir une vision globale des besoins en rééducation, et pouvoir ainsi faire évoluer les offres de prestations sur le territoire national.**

2.2 Activité de rééducation 2010-2011 et convalescence 2011

En l'absence de données disponibles pour la période de référence 2002-2009 de la carte sanitaire, il a été choisi de présenter les **premiers indicateurs** disponibles **2010-2011 de rééducation et convalescence.**

Les tableaux ci-après comparent les activités de rééducation et convalescence entre établissements, bien que le public cible puisse varier, afin d'avoir une perspective générale de l'activité de rééducation et convalescence réalisée sur le territoire national. **Les données concernent tant les activités opposables que non opposables.**

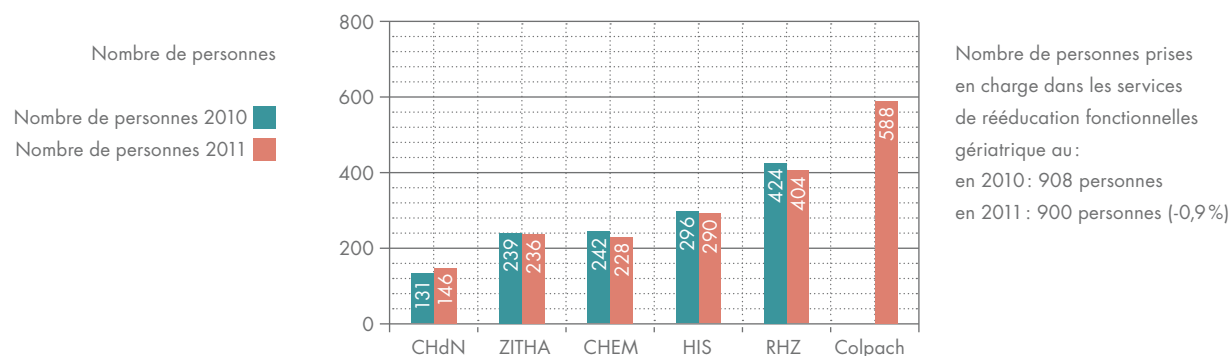
Les données de Colpach n'étant disponibles qu'à partir de 2011, cet établissement n'apparaît dans les tableaux et figures que pour l'année 2011, de plus, ses données concernent seulement les curistes (activité opposable)

Source : CRP-Santé, 2010-2011. 2010 correspond à l'année de la première collecte de données réalisée pour ces établissements, selon des modalités de recueil homogènes et validées au sein de la Plateforme Rééducation et Convalescence, groupe pluridisciplinaire mis en place par le Ministère de la Santé dédié à cette spécialité.

- **Définition :** un **épisode de rééducation stationnaire** correspond à :
 - un espace-temps ininterrompu entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation pour rééducation stationnaire, inférieur à 365 jours,
 - un espace-temps interrompu entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation pour rééducation stationnaire, par des sorties au domicile le week-end,
 - un espace-temps interrompu entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation pour rééducation stationnaire par un séjour en hôpital aigu d'une durée égale ou inférieure à 8 jours.

Figure n°4: Etendue de la patientèle prise en charge en rééducation stationnaire et en convalescence, par établissement, 2010-2011

Définition de l'indicateur: nombre de personnes hospitalisées une ou plusieurs fois dans l'année, sorties dans l'année de référence.



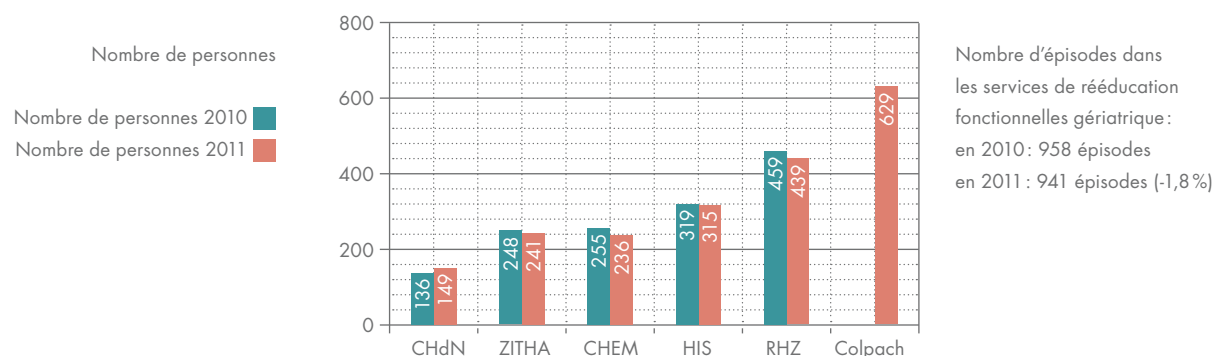
A l'exception du CHdN, tous les établissements ont accueilli moins de personnes en 2011 qu'en 2010. La croissance d'accueil du CHdN a été de plus de 10% du nombre de personnes.

Au total, 1 304 personnes ont bénéficié de rééducation stationnaire au Luxembourg en 2011, contre 1 332 en 2010, soit une diminution de 2,1%.

Le secteur de la convalescence a accueilli 588 personnes en 2011.

Figure n°5: Nombre d'épisodes de rééducation stationnaire et de convalescence, par établissement, 2010-2011

Définition de l'indicateur: nombre d'épisodes d'hospitalisation de rééducation en milieu stationnaire ou convalescence dans l'année civile de référence.



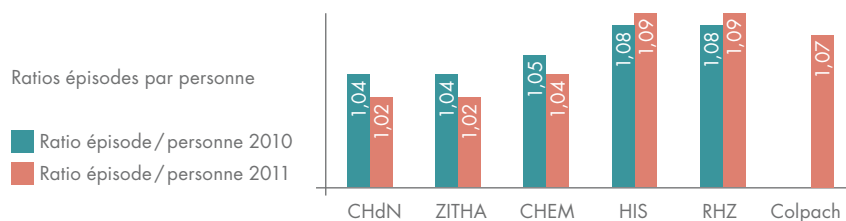
Les variations constatées sur le nombre de patients entre 2010 et 2011 sont confirmées par une variation à la baisse du nombre d'épisodes de rééducation stationnaire.

Cet indicateur devra être suivi dans les prochaines années afin d'étudier la tendance. En effet, si cette tendance à la baisse se confirme, il faudrait alors en rechercher les causes potentielles telles que transferts favorisés à l'étranger pour rééducation ou impact de l'ouverture des 100 lits de convalescence à Colpach.

Si la tendance à la baisse ne se confirme pas, cela pourrait signifier que l'amélioration de la technique d'extraction des données demandées aux hôpitaux entre 2010 et 2011 pourrait avoir eu un impact sur la comptabilisation des patients et des séjours.

Figure n°6: Ratio d'épisodes de rééducation stationnaire ou convalescence par personne par établissement, 2010-2011

Définition de l'indicateur: Ratio nombre d'épisodes de rééducation stationnaire ou convalescence par personne hospitalisée en rééducation stationnaire ou convalescence dans l'année civile de référence.



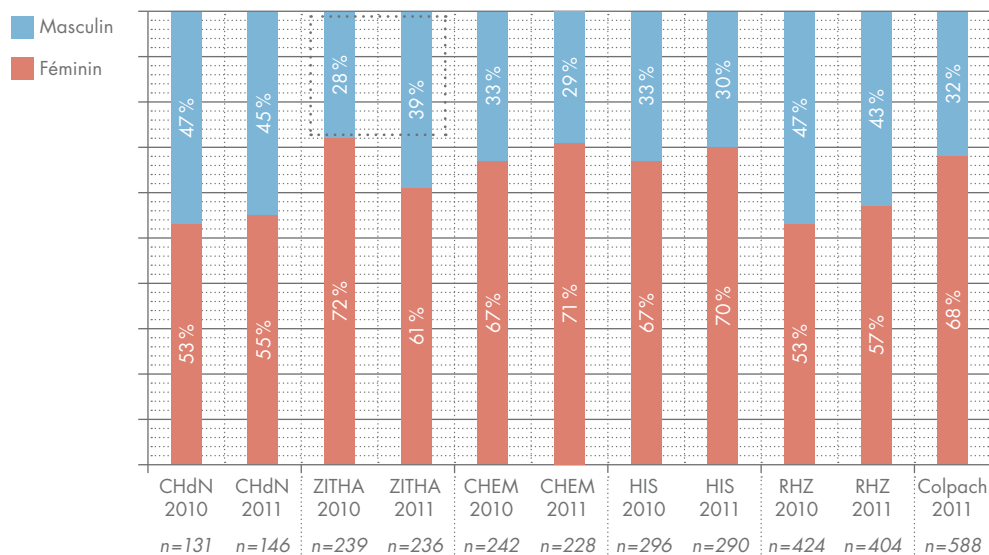
Une personne bénéficiant de rééducation stationnaire au Luxembourg a un ratio d'épisodes d'hospitalisation pour rééducation allant de 1,02 à 1,09 selon l'établissement, pendant l'année civile.

Le ratio est légèrement plus faible dans les trois établissements aigus ayant un service de rééducation fonctionnelle (CHEM, CHdN, ZITHA).

Les variations 2010-2011 dans les établissements sont faibles et non significatives.

Figure n°7: Répartition de la population en rééducation stationnaire et en convalescence selon le genre, par établissement, 2010-2011

Définition de l'indicateur: Répartition par genre des personnes hospitalisées en rééducation fonctionnelle ou convalescence, sorties dans l'année civile de référence.



La patientèle en convalescence et en rééducation est majoritairement féminine quelle que soit l'année étudiée et quel que soit le type d'activité (rééducation fonctionnelle gériatrique, rééducation fonctionnelle ou convalescence), avec une répartition 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes environ.

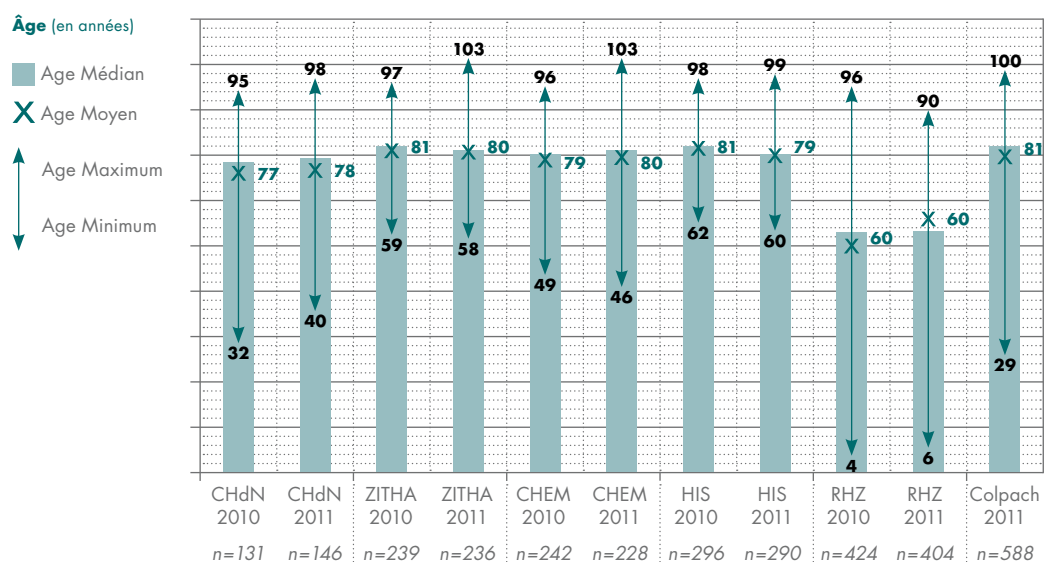
La proportion femmes/hommes peut légèrement varier par établissement d'une année sur l'autre.

La proportion hommes/femmes est toutefois différente entre le CHdN et les autres établissements réalisant de la rééducation fonctionnelle gériatrique. Cela pourrait s'expliquer par le type de patients accueillis dans cette unité limitée à 15 lits, qui sont plus jeunes.

De même au Rehazenter, la population accueillie étant plus jeune, la répartition hommes/femmes est moins affectée.

Figure n°8: Distribution de l'âge de la population en rééducation stationnaire et en convalescence, par établissement, 2010-2011

Définition de l'indicateur: âge moyen, médian, maximum, minimum des personnes hospitalisées en unité ou centre de rééducation fonctionnelle ou convalescence, sorties dans l'année civile de référence.

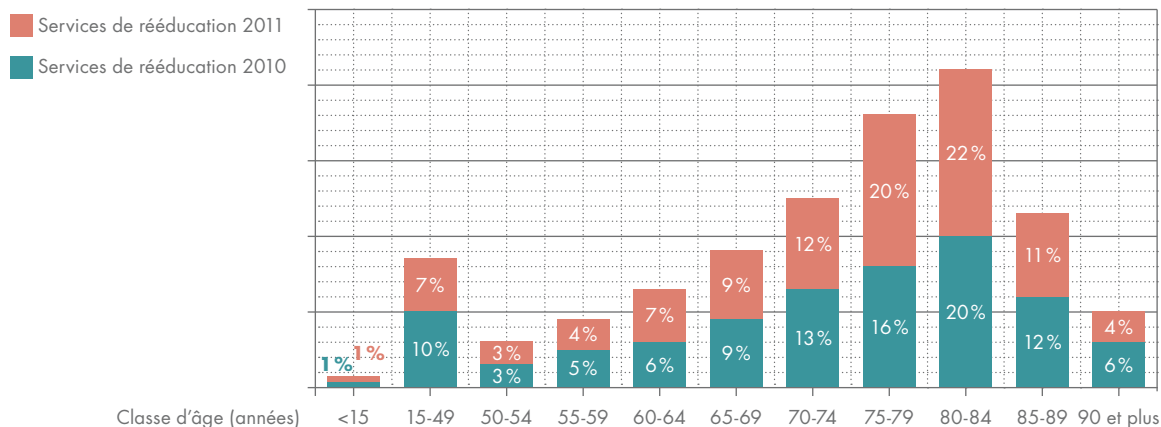


L'âge médian est, sur l'ensemble de la population bénéficiant d'un séjour stationnaire de rééducation au Luxembourg de 78 ans en 2011 contre 76 ans en 2010.

La population accueillie en convalescence est un peu plus âgée que la population de rééducation fonctionnelle.

La population prise en charge au Rehazenter est plus jeune que celle des unités de rééducation fonctionnelle gériatrique, ce qui est logique en raison de la mission de ces unités qui doivent prendre en charge des personnes de plus de 65 ans. Le Rehazenter accueille des enfants en bas âge (âge minimum de 4 ans en 2010).

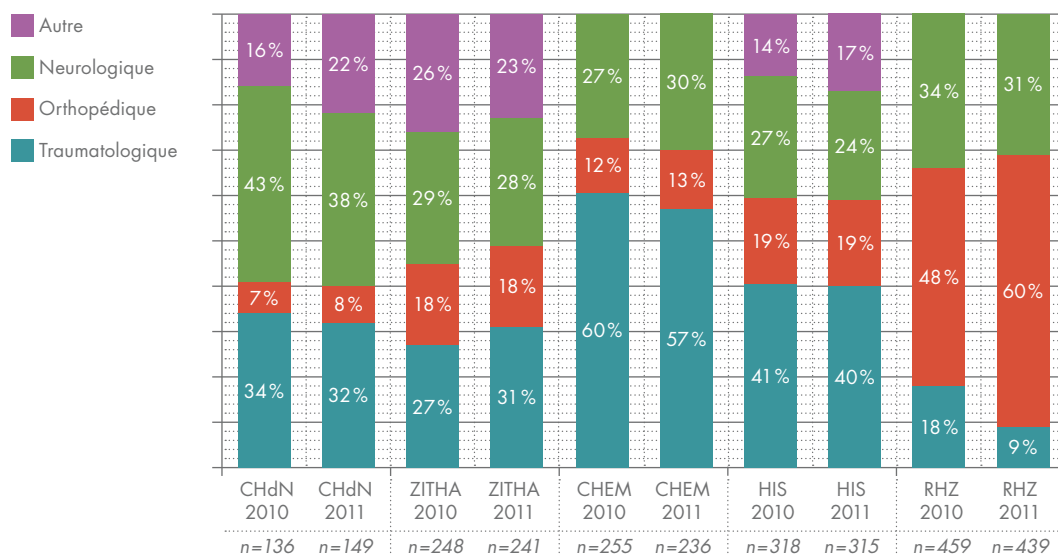
Figure n°9: Distribution nationale des prises en charge en rééducation stationnaire, par classe d'âge, 2010-2011



Sur l'ensemble des services de rééducation, la répartition de l'âge des patients est assez similaire entre 2010 et 2011.

Figure n°10: Répartition des épisodes par type de rééducation reçue, par établissement, 2010-2011

Définition de l'indicateur: Distribution des personnes hospitalisées en service ou centre de rééducation par type de rééducation. Les activités de rééducation ont été classées en grands types de rééducation: neurologique, orthopédique, traumatologique et autre.



La distribution des types de rééducation est assez semblable entre 2010 et 2011, sur l'ensemble ainsi que par établissement.

La proportion d'épisodes de rééducation neurologique au CHdN est un peu moins élevée en 2011 qu'en 2010.

La proportion des épisodes pour rééducation post-traumatologique est moins élevée au Rehazenter alors que celle pour rééducation orthopédique est plus élevée.

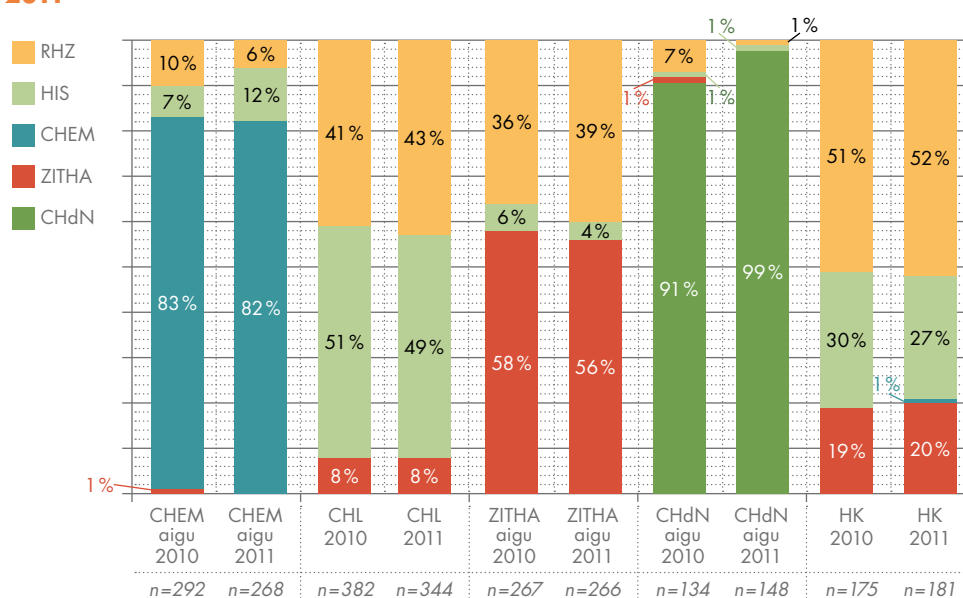
A l'avenir, la « rééducation autre » devra être mieux explorée, puisqu'elle représente plus de 20 % des épisodes à la ZITHA et au CHdN. Pour cela, une nouvelle classification des types de rééducation sera proposée pour mise en application en 2014.

Il sera d'autre part nécessaire d'édicter des règles plus précises quant à la codification des épisodes de rééducation, afin d'harmoniser la codification entre les établissements. En effet, l'absence de « rééducation autre » au CHEM ou au Rehazenter par rapport au 23 % de la ZITHA nécessite d'encadrer ce processus de codification afin d'améliorer la comparabilité entre les établissements.

Certaines unités de rééducation fonctionnelle gériatrique ont un profil marqué, tel que le CHEM, qui accueille en majorité des personnes pour rééducation post traumatologique ou orthopédique (70 % des épisodes environ).

Le Rehazenter accueille plus de 30 % de ses épisodes pour une rééducation neurologique, pourcentage très similaire à celui des autres établissements. Il sera donc intéressant de comparer à l'avenir le profil clinique des patients neurologiques du Rehazenter avec ceux des autres unités de rééducation fonctionnelle gériatrique afin de comparer leur âge, la sévérité de la pathologie, le type de handicap à l'entrée, le niveau de répercussion de la maladie neurologique sur les habitudes de vie,... afin de savoir si le Rehazenter accueille les cas les plus sévères en raison de la disponibilité d'un plateau technique de rééducation neuf et largement supérieur à celui dont dispose les autres institutions au Luxembourg.

Figure n°11 : Lieu de rééducation des patients selon le type de provenance, par établissement, 2010-2011



Lecture du tableau: L'axe des abscisses représente les hôpitaux d'origine des patients. 83 % des personnes hospitalisées en unité de rééducation au CHEM proviennent du CHEM en hospitalisation aiguë avant rééducation.

Le CHEM adresse, en 2011, 82 % de ses patients nécessitant une rééducation dans son service de rééducation fonctionnelle gériatrique, le reste allant à Steinfort.

Le CHL adresse ses patients ayant besoin de rééducation de manière égale vers l'HIS ou le Rehazenter.

Près de 50 % des patients hospitalisés en rééducation fonctionnelle gériatrique à la ZITHA proviennent de la ZITHA, et 40 % proviennent de l'HK.

Presque tous les patients du CHdN sont adressés dans son service de rééducation fonctionnelle gériatrique.

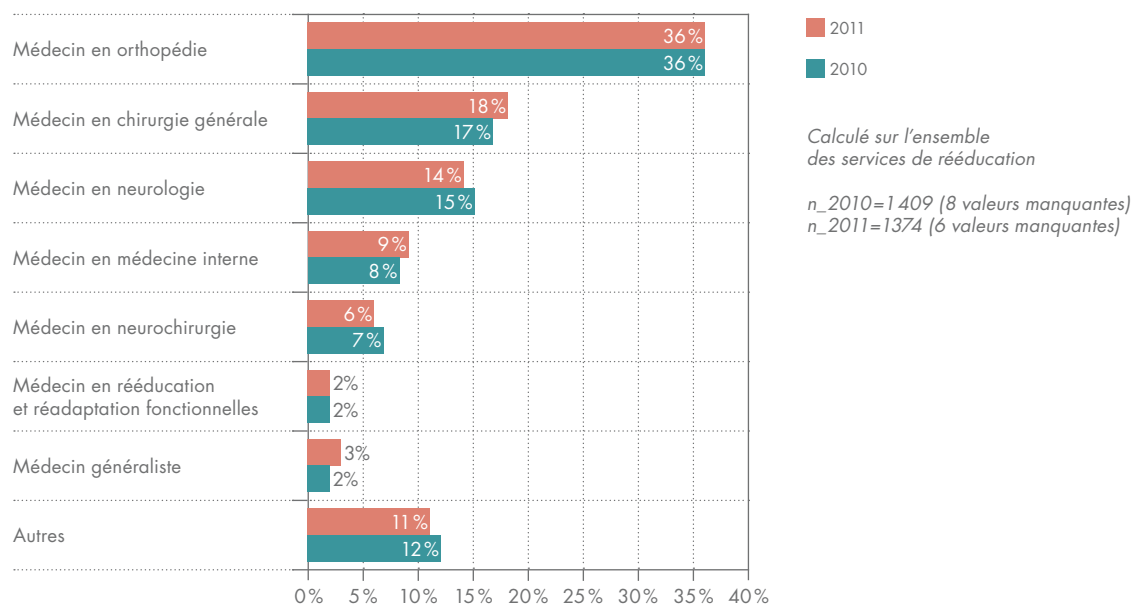
L'HK adresse ses patients en priorité au Rehazenter, puis à l'HIS et à la ZITHA.

Le CHEM et le CHdN sont de faibles fournisseurs du Rehazenter, ce qui mérite d'être exploré, la distance ne pouvant pas être une explication suffisante. Pour ces deux établissements, l'étude des transferts à l'étranger par comparaison aux transferts à l'étranger faits par le CHL et la ZITHA, apporterait peut-être un éclairage permettant de mieux comprendre la situation.

Très peu de différences sont observées entre 2010 et 2011, ce qui pourrait s'expliquer par de probables filières de rééducation organisées.

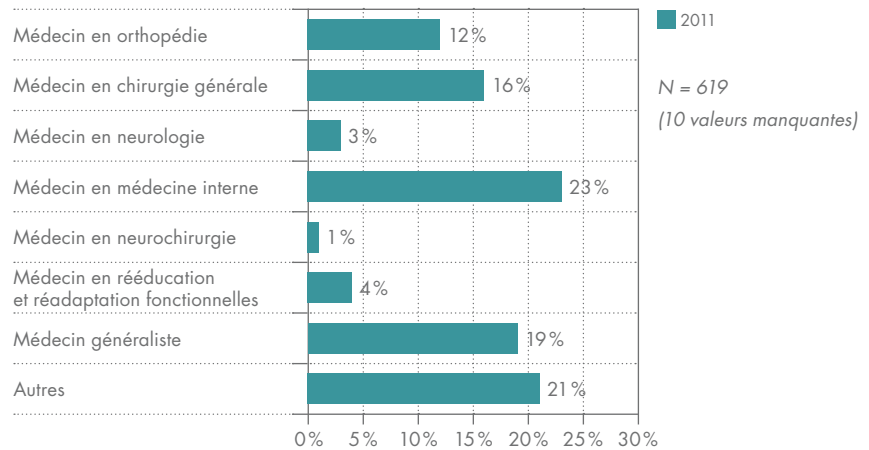
Figure n°12: Distribution des prescripteurs de séjours en rééducation stationnaire selon leur spécialité, 2010-2011

Définition de l'indicateur: Distribution des séjours en unité de rééducation stationnaire selon la spécialité du médecin prescripteur de la rééducation



Le profil des médecins prescripteurs de séjours de rééducation fonctionnelle au Luxembourg est très similaire entre 2010 et 2011. Il s'agit en priorité de médecins spécialisés en orthopédie, en chirurgie et en neurologie.

Les médecins généralistes interviennent pour 2 % dans les prescriptions de séjours en rééducation fonctionnelle au Luxembourg.

Figure n°13: Distribution des prescripteurs de séjours en convalescence selon leur spécialité, 2011

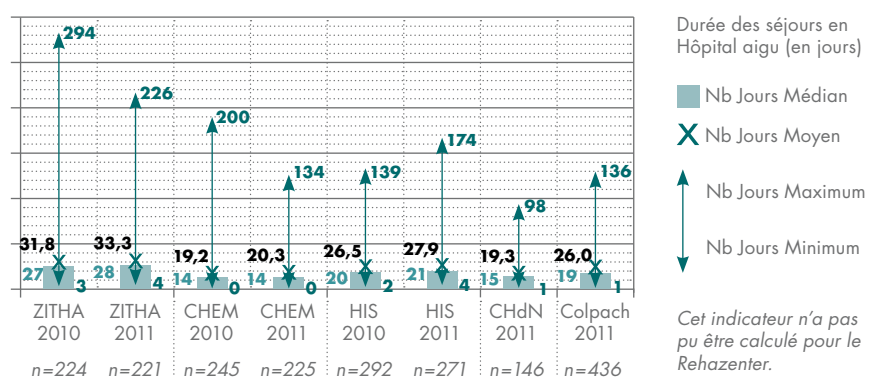
Les médecins internistes et les médecins généralistes sont les deux plus grands fournisseurs de séjours en convalescence, suivis par les médecins de chirurgie générale.

Toutefois, il faut noter que 21 % des séjours de convalescence sont demandés par des médecins de diverses disciplines, ce qui laisse présupposer que le besoin de convalescence se retrouve dans plusieurs disciplines médicales.

Figure n°14: Durée de séjour en hôpital aigu avant hospitalisation en rééducation stationnaire ou en convalescence, par établissement, 2010-2011

Modalité de calcul de l'indicateur: DMS = nombre de jours en hôpital aigu pour toutes les sorties dans l'année civile de référence / nombre de sorties dans l'année civile de référence.

Seuls les patients qui proviennent d'hôpital aigu sont concernés par cet indicateur. Il n'a pas pu être calculé pour le Rehacenter. Toutes les durées sont exprimées en nombre de jours.



NB: valeur zéro = patient ESMJ de l'hôpital fournisseur pour être immédiatement transféré en unité de rééducation.

La durée médiane de séjour en hôpital aigu avant hospitalisation des patients de la ZITHA est la plus élevée. Par comparaison avec les autres hôpitaux, elle est près de deux fois plus élevée (par rapport au CHEM par ex.).

Quelle que soit l'année, la durée moyenne de séjour en hôpital aigu avant la rééducation fonctionnelle est plus élevée à la ZITHA.

Selon le type de rééducation, la durée du séjour en hôpital aigu avant entrée en service de rééducation varie aussi selon les établissements.

Figure n°15: Durée de séjour en hôpital aigu avant hospitalisation en rééducation stationnaire neurologique post-AVC, selon le lieu de provenance, par établissement, 2011

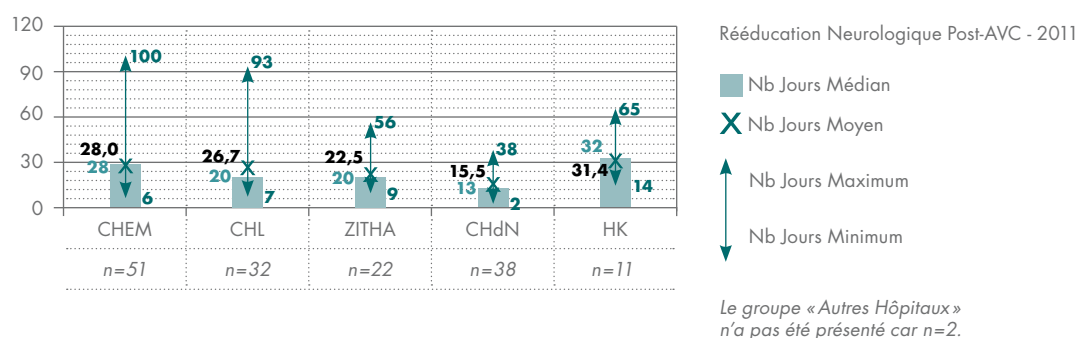
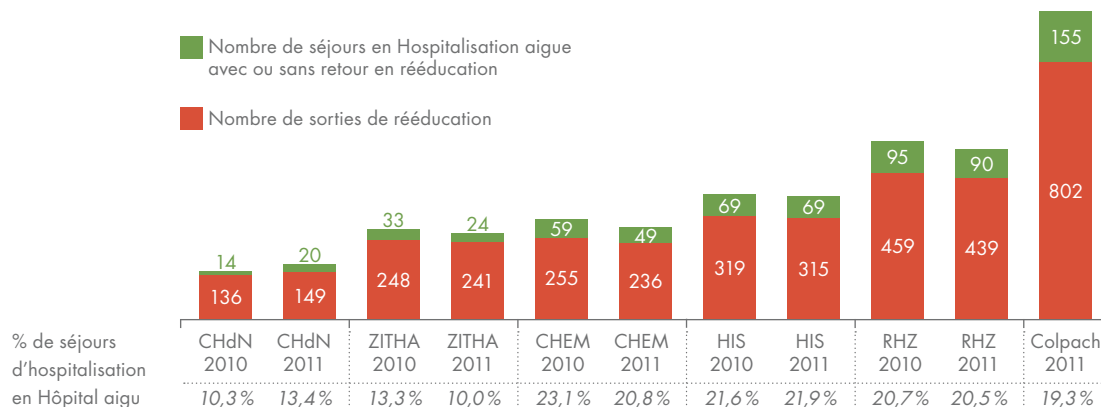


Figure n°16: Proportion de séjours en hospitalisation aiguë au cours de la rééducation stationnaire et de la convalescence, avec ou sans retour en rééducation ou convalescence, par établissement, 2010-2011

Définition de l'indicateur: Ratio de séjours d'hospitalisation en hôpital aigu par personne au cours de sa rééducation stationnaire.

Est considéré comme séjour en hôpital aigu au cours d'un épisode de rééducation :

- un séjour avec au moins une nuit d'hospitalisation en hôpital aigu avec retour vers la rééducation, que ce soit pour un examen diagnostic, un traitement, une situation clinique instable,
- un séjour de plus de 8 jours en hôpital aigu avec retour en rééducation ayant entraîné la comptabilisation d'un 2^{ème} épisode de rééducation,
- un transfert vers l'hôpital aigu sans retour vers la rééducation,
- un séjour de plus de 24h dans une autre unité de soins du même hôpital (USN ou USI) pour le CHEM, la ZITHA et le CHdN.



Au cours d'un épisode d'hospitalisation en rééducation, le patient peut être ré-hospitalisé en hôpital aigu pour diverses raisons : modification de l'état clinique, chute, etc...

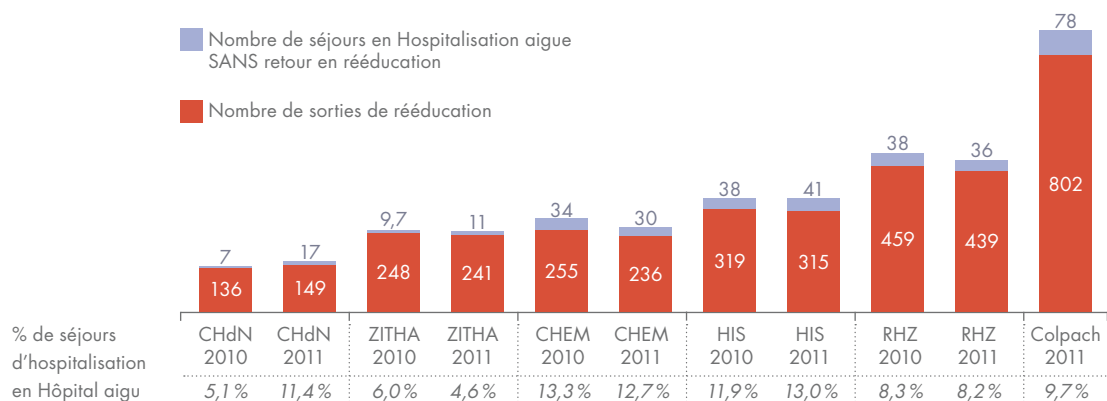
Le taux de ré-hospitalisation est stable au sein de chaque établissement entre 2010 et 2011.

Les établissements qui possèdent le service de rééducation au sein de l'établissement, tels que le CHdN et la ZITHA, ont le taux le plus faible de ré-hospitalisation, aux alentours de 13 %.

Lorsque le service de rééducation fonctionnelle se trouve sur un autre site éloigné (ex: CHEM) ou lorsque l'établissement de rééducation ou de convalescence n'a pas de lien direct avec un hôpital aigu, le taux de ré-hospitalisation est d'environ 20 %.

Cette différence dans les taux de ré-hospitalisation entre le CHdN, la ZITHA et les autres établissements, est très probablement liée à la possibilité de demander un avis médical en laissant le patient hospitalisé en rééducation, ce qui n'est pas le cas dans les autres établissements.

Figure n°17 : Proportion de séjours en hospitalisation aiguë au cours de la rééducation stationnaire et de la convalescence, sans retour en rééducation ou convalescence, par établissement, 2010-2011



Lors d'un retour en hôpital aigu au cours d'un épisode de rééducation, certains patients ne reviendront pas en rééducation, la raison principale pouvant être l'aggravation de l'état clinique engendrant le décès.

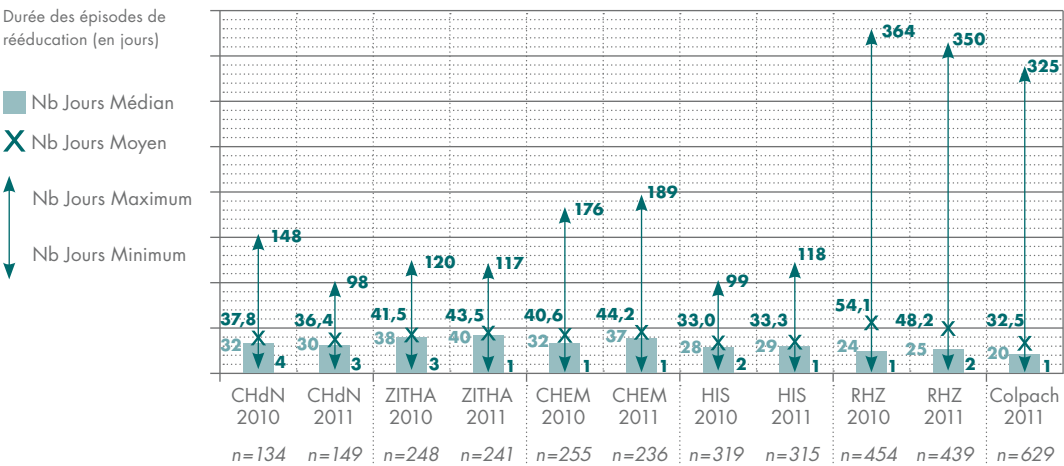
A l'exception du CHdN, les taux de non-retour en rééducation sont sensiblement les mêmes dans les établissements entre 2010 et 2011.

Le taux de non-retour est le plus faible à la ZITHA.

Le RehaZenter a un taux de non-retour plus faible que les services de rééducation fonctionnelle gériatrique. Ceci pourrait être lié à la moyenne d'âge des patients pris en charge dans cet établissement, les personnes plus âgées en service de rééducation fonctionnelle gériatrique présentant des comorbidités plus nombreuses et ayant donc un risque plus accru de complications.

Figure n°18: Durée des épisodes de rééducation stationnaire et de convalescence, par établissement, 2010-2011

Modalité de calcul de l'indicateur : pour chaque épisode, est comptabilisé le nombre de jours selon la formule suivante : date de sortie de l'unité de rééducation stationnaire quelle que soit la destination moins date d'entrée en unité de rééducation stationnaire.



Certains patients ont des durées d'hospitalisation en rééducation très courtes : 1 à 4 jours. Ce type de séjour se retrouve dans tous les services de rééducation et de convalescence. Cela correspond à des patients qui retournent en hôpital aigu rapidement.

Certains patients ont des durées d'hospitalisation en rééducation de 4 mois, voire près d'une année (au Rehazenter).

La durée médiane d'hospitalisation en rééducation fonctionnelle varie entre 25 jours et 40 jours.

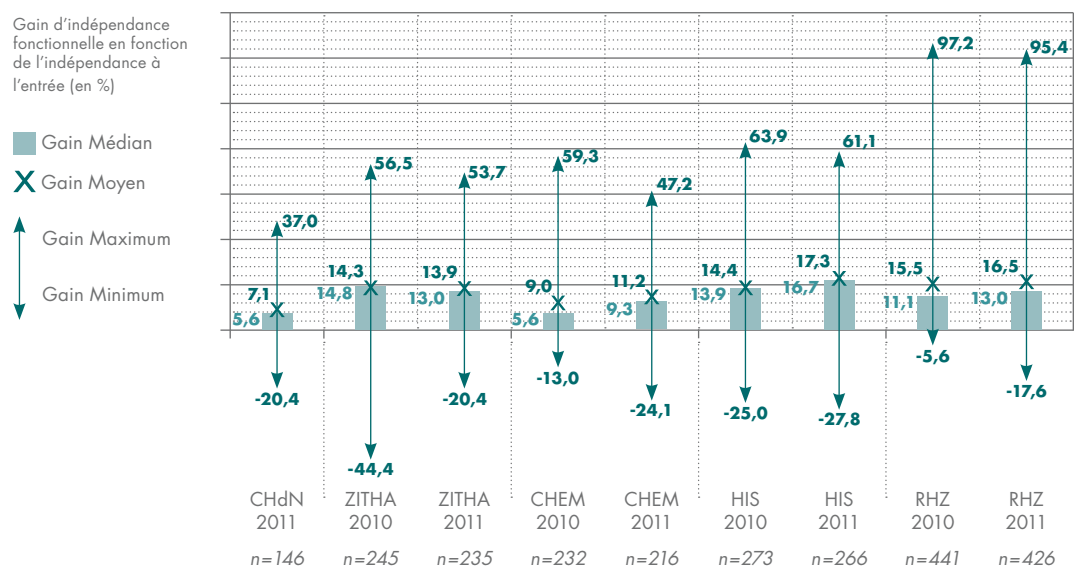
Parmi les établissements qui accueillent des patients pour rééducation fonctionnelle gériatrique, l'HIS et le CHdN ont les durées médianes d'hospitalisation les plus faibles aux alentours de 30 jours.

Les patients en convalescence ont une durée médiane d'épisode de convalescence de 20 jours.

2.3 Résultats de rééducation, 2010-2011

Les résultats obtenus en rééducation peuvent, entre autres, se mesurer grâce au **gain d'indépendance** fonctionnelle mesurée à l'entrée et à la sortie avec la grille MIF (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle). Cette grille permet de mesurer l'autonomie du patient à l'entrée du service de rééducation et à la sortie, de comparer le score obtenu, de mesurer la différence de score, et de rapporter ce score de différence d'indépendance à l'indépendance à l'entrée. Celui-ci s'exprime alors en pourcentage. Le CHdN n'apparaît pas en 2010 car les scores MIF n'étaient pas disponibles.

Figure n°19: Gain d'indépendance fonctionnelle (en %) en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée, par établissement, 2010-2011



Le gain d'indépendance fonctionnelle est calculé sur base du score MIF à l'entrée et du score MIF à la sortie de rééducation.

Certains patients perdent de l'indépendance fonctionnelle au cours de leur séjour en rééducation. D'autres en gagnent.

Les gains MIF médian et moyen augmentent pour tous les établissements entre 2010 et 2011 excepté pour la Zitha où il diminue légèrement.

Le gain d'indépendance fonctionnelle peut varier selon le type de rééducation.

Figure n°20: Gain d'indépendance fonctionnelle en rééducation orthopédique (en %), par établissement, 2011

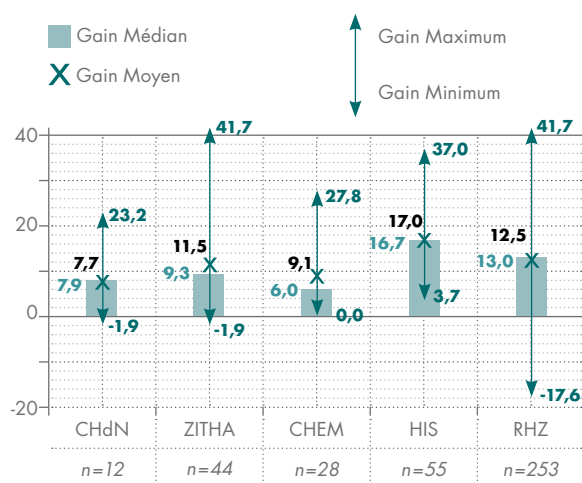


Figure n°21: Gain d'indépendance fonctionnelle en rééducation neurologique post-AVC (en %), par établissement, 2011

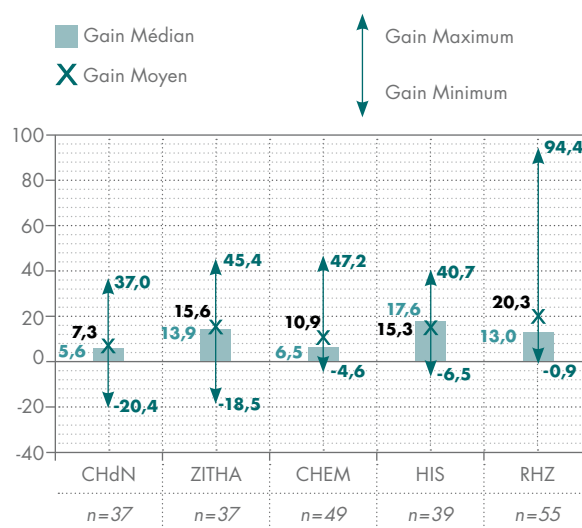
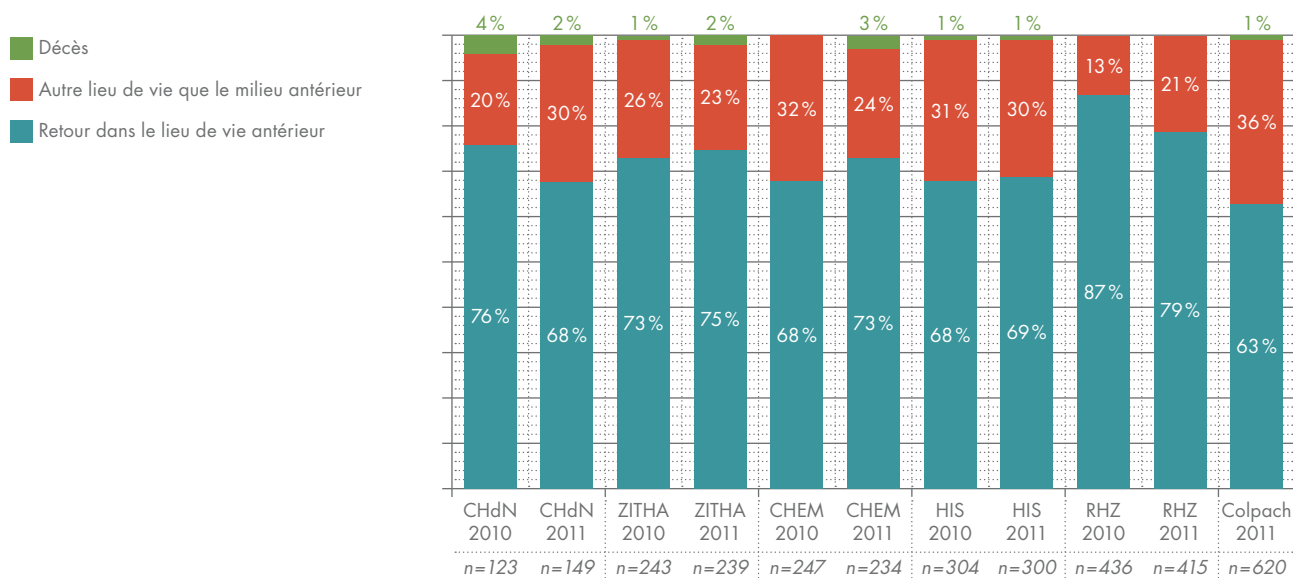


Figure n°22: Mode de sortie des personnes hospitalisées en rééducation stationnaire et en convalescence, par établissement, 2010-2011

Définition de l'indicateur: distribution des sorties des personnes hospitalisées en rééducation fonctionnelle et convalescence selon leur mode de sortie.



Le taux de décès en service de rééducation fonctionnelle gériatrique varie entre 1 et 3% en 2011.

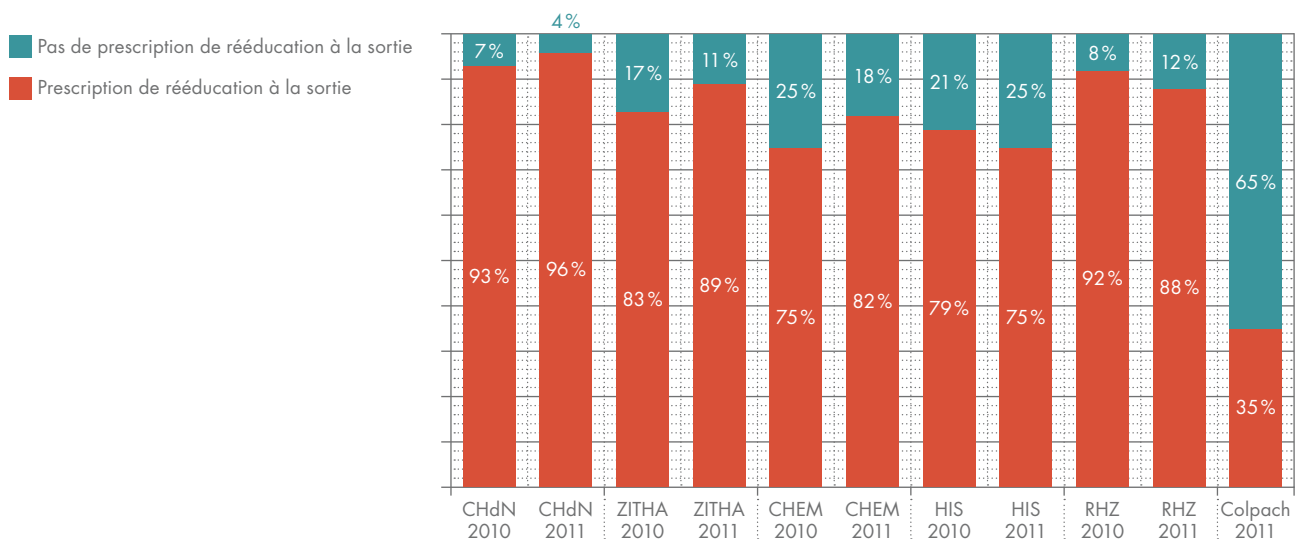
Le retour dans le milieu de vie antérieur se situe aux alentours de 70%, de 68 % au CHdN à 75 % à la ZITHA. Le Rehazenter a un taux de retour dans le milieu de vie antérieur plus élevé de 79 %. Toutefois sa population est plus jeune.

En convalescence, le taux de retour dans le milieu de vie antérieur est plus bas : 63 %. Ce résultat sera à étudier afin d'en comprendre les raisons.

Parmi les patients qui ne retournent pas dans leur lieu de vie antérieur, certains retournent à domicile, en logement encadré, ou chez la famille ou les proches. En 2011, c'est le cas pour 11.8 % des patients au Rehazenter et 2.7 % au CHdN.

Figure n°23: Poursuite de la rééducation après la sortie de l'unité de rééducation stationnaire, par établissement, 2010-2011

Définition de l'indicateur: distribution des sorties des personnes hospitalisées en rééducation fonctionnelle selon leur type de rééducation à la sortie.



Il existe des différences importantes en matière de prescription de rééducation à la sortie d'hospitalisation pour rééducation : de 75 % des épisodes à l'HIS à 96 % au CHdN.

Cependant le CHdN accueille une proportion plus importante de patients pour rééducation neurologique post AVC.

2.4 Occupation des lits de rééducation, 2009

- Sources :
- CNS, 2009, activité opposable, résidents et non-résidents, rééducation, présence à minuit, hors places de surveillance ambulatoire. NB : Rehazenter = journées facturées en rééducation présence à minuit + soins normaux ESMJ
 - Lits = lits autorisés au Plan Hospitalier National 2009.

- Modalités de calcul :
- Lits occupés en moyenne par jour (LOM) = moyenne des journées d'hospitalisation facturées par jour calculée sur l'année civile
 - Taux d'occupation (TO) = (nombre de journées d'hospitalisation facturées / (nombre de lits autorisés au Plan Hospitalier national 2009 * 365 jours))*100

Tableau n°4: Occupation des lits de rééducation, 2009

Etablissements – activité de rééducation	Lits de rééducation autorisés	Lits occupés en moyenne par jour	Occupation minimale	Occupation maximale	Taux d'occupation
Rehazenter	72	64,3	56	71	89,3%
HIS	34	28,1	21	30	82,5%
CHdN	15	14,5	11	15	96,6%
ZITHA	30	27,4	22	33	91,4%
CHEM	30	32,2	24	36	107,4%
Total GDL	181	166,5	147	179	92,0%

Les taux d'occupation des lits de rééducation varient entre 82.5% et 107.4%. Au regard des besoins croissants liés à l'augmentation de la population notamment âgée, et aux nombreux transferts à l'étranger, il convient de surveiller de près les besoins en capacités stationnaires et de favoriser par ailleurs la rééducation ambulatoire.

Pour mémoire et par comparaison, les établissements aigus, pour leur activité de soins aigus, ont des taux d'occupation qui varient entre 62.5% et 80.9%.

2.5 Rééducation fonctionnelle à l'étranger

Le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale (CMSS) autorise des transferts à l'étranger pour rééducation.

Toutefois, la classification adoptée à des fins statistiques par l'Administration du CMSS ne permet pas de cerner avec une précision suffisante la quantité, la typologie et les motifs de transferts à l'étranger pour rééducation.

Pourtant, **pour obtenir une vision globale du besoin de rééducation et de sa planification**, il serait **nécessaire de compléter la présente analyse par les données en provenance des séjours de rééducation fonctionnelle autorisés à l'étranger**.

Ce complément devrait au minimum comporter les éléments suivants :

- nombre annuel d'épisodes de rééducation fonctionnelle autorisés à l'étranger,
- type de rééducation : orthopédique, traumatologique, neurologique (post-AVC, neurologique autre, autre type de rééducation,...)
- âge des personnes ayant bénéficié d'un séjour de rééducation autorisé à l'étranger,
- spécialité du médecin prescripteur des séjours à l'étranger,
- hôpital aigu de provenance avant transfert en rééducation à l'étranger,
- durée moyenne de séjour en hôpital aigu avant transfert à l'étranger,
- nombre de séjours autorisés par structure de rééducation à l'étranger,
- durée moyenne du séjour de rééducation à l'étranger,
- coût du séjour de rééducation à l'étranger,
- score MIF à l'entrée / à la sortie.

Une analyse comparative des deux populations, l'une ayant bénéficié de la rééducation au Luxembourg et l'autre ayant bénéficié de la rééducation à l'étranger, permettrait de répondre aux questions suivantes :

- le profil des patients est-il le même ? en termes d'âge, de type de rééducation, de niveau d'indépendance fonctionnelle à l'entrée ?
- la rééducation réalisée à l'étranger peut-elle être réalisée au Luxembourg pour ces patients ? si oui, l'offre des structures du Grand-Duché est-elle adaptée et suffisante ? si oui, pour quel prix par comparaison aux coûts à l'étranger ?
- les résultats de rééducation à l'étranger sont-ils supérieurs à ceux obtenus au Luxembourg dans la même catégorie de rééducation, et en tenant compte du niveau d'indépendance fonctionnelle à l'entrée ?

2.6 Synthèse des constats et perspectives

Synthèse des constats

Les **services de rééducation fonctionnelle gériatrique ne sont pas spécialisés**. Ils répondent en priorité aux besoins locaux. Peu de différences sont observées au sein des établissements entre 2010 et 2011, témoignant d'une activité relativement profilée.

Le nombre de lits influence le type de patients accueillis. Ainsi le CHdN, qui ne dispose que de 15 lits, hospitalise en priorité les patients post-AVC nécessitant une rééducation plus importante en cas de handicap.

L'implantation du service de rééducation fonctionnelle gériatrique en dehors de l'enceinte d'un hôpital aigu influence le ratio de ré-hospitalisations en hôpital aigu pendant l'épisode de rééducation.

Les **durées d'hospitalisation en hôpital aigu avant le séjour en rééducation fonctionnelle** restent relativement élevées. Il serait nécessaire d'étudier en profondeur cet indicateur afin d'en comprendre les causes et de faire des propositions pour raccourcir ce temps d'hospitalisation en hôpital aigu.

A la sortie de rééducation, près de 75 % des patients retournent dans leur milieu de vie antérieur. Plus de 75 % des patients poursuivent la rééducation après leur séjour en rééducation (kinésithérapie ambulatoire).

Le **gain d'indépendance fonctionnelle** pendant le séjour en rééducation est lié au niveau d'indépendance à l'entrée. Les gains sont plus évidents chez les personnes bénéficiant d'une rééducation traumatologique ou orthopédique. La rééducation neurologique post-AVC est plus complexe et le gain d'indépendance fonctionnelle est aussi plus faible en raison des lourds handicaps possibles.

Il existe une grande **complémentarité entre les services de rééducation fonctionnelle gériatrique et le Rehazenter**. Celui-ci participe toutefois à la prise en charge de patients de plus de 65 ans.

Il faut noter que cet établissement qui dispose d'un plateau technique plus spécialisé que les autres institutions, accueille des patients dont le score d'indépendance fonctionnelle à l'entrée est le plus faible.

De manière globale, les services de rééducation fonctionnelle gériatrique répondent à leur mission d'accueil des personnes âgées de plus de 65 ans.

Le **taux d'occupation des lits de rééducation fonctionnelle** est élevé, puisqu'il atteint 92 % (en 2009).

Les **médecins spécialistes** sont les principaux prescripteurs de séjours en rééducation, notamment les médecins orthopédistes, les chirurgiens généraux et les neurologues.

Les **médecins généralistes** prescrivent des séjours en convalescence, mais très peu de séjours en rééducation. La **population accueillie en convalescence** est très proche en âge de la population accueillie en rééducation fonctionnelle gériatrique. Elle provient de tous les hôpitaux aigus du pays. 40 % des patients ayant eu une autorisation pour un séjour en convalescence pris en charge par la Caisse Nationale de Santé prolongent leur séjour à leur propre charge.

Perspectives

La mise en place de la **plateforme de rééducation et convalescence** est un excellent outil pour permettre un travail partagé entre les établissements.

Cette activité constitue un modèle à reproduire dans d'autres disciplines, car les professionnels médicaux et soignants, en accord avec l'autorité publique et avec un support méthodologique, ont été capables de se concerter et de publier leurs résultats, afin d'en faire un outil de développement.

L'amélioration des prises en charge en rééducation stationnaire nécessitera de **travailler collectivement sur certains points critiques du processus** :

- la gestion des personnes ayant des troubles cognitifs et des besoins de rééducation,
- les modalités de prise en charge de rééducation gériatrique en hôpital de jour,
- le circuit d'information médicale entre l'hôpital aigu et le service de rééducation, ainsi qu'avec les réseaux de soins à domicile,
- la mesure d'indicateurs de résultats cliniques,
- la prise en charge sociale de certains patients afin de diminuer les journées d'hospitalisation inutiles.

La rééducation fonctionnelle régionalisée répond à un véritable besoin.

Il convient d'améliorer les informations relatives aux recours de **rééducation à l'étranger**, notamment en harmonisant la codification pour transfert avec celle utilisée pour les hospitalisations au GDL.

La **mesure de la satisfaction, des délais d'attente et d'indicateurs de résultats cliniques** devrait compléter à l'avenir cette première initiative de comparaison entre établissements.



3. Gériatrie

3.1	Activité d'hospitalisation aiguë des patients âgés de 70 ans et plus, 2002-2009	53
3.2	Propositions	57

TRANSFERTS À L'ÉTRANGER

RÉÉDUCATION ET CONVALESCENCE

GÉRIATRIE

SOINS PALLIATIFS

3.1 Activité d'hospitalisation aiguë des patients âgés de 70 ans et plus, 2002-2009

Les projections démographiques réalisées par le STATEC indiquent une augmentation constante de la population âgée de plus de 65 ans : « Les 65 ans et plus représentent à l'heure actuelle environ 14 % de la population totale. Leur part relative grimperait jusqu'à 25.5 % dans le scénario « baseline » (solde migratoire passant de +5 936 en 2010 à +2 758 migrants en 2060) et à 31.7 % dans le scénario « bas » (solde migratoire nul à partir de 2025). Même en supposant que le solde migratoire reste au niveau des dernières années (autour de +6 000 par an), **la proportion des 65 ans et plus, avoisinerait les 25 % en 2060** » (STATEC, Bulletin N°5/2010 Projections socio-économiques 2010-2060).

Les hôpitaux étant directement impactés par cette évolution, un focus a été réalisé afin d'analyser l'activité hospitalière concernant les personnes âgées de 70 ans et plus.

Sur la période 2002-2009, la population âgée de 70 ans et plus au GDL a augmenté de 13.6%, passant de 43 263 habitants à 49 139 habitants (Source : STATEC, 01.01.2002 et 01.01.2009).

Tableau n°5 : Evolution des hospitalisations des patients âgés de 70 ans et plus, par établissement, 2002-2009

Source : IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors rééducation – Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ

Etablissements		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Evol. annuelle moy.	Evol 2002/09
CHdN	Séjours 70 ans et +	4 004	4 005	3 995	4 533	4 435	4 689	4 884	5 238	+3,9%	+30,8%
	Journées 70 ans et +	46 103	44 144	39 541	45 838	44 477	43 720	42 044	45 167	-0,3%	-2,0%
CHL	Séjours 70 ans et +	5 327	5 418	5 478	5 508	5 410	5 421	5 424	5 587	+0,7%	+4,9%
	Journées 70 ans et +	50 756	50 655	45 392	47 254	46 539	48 620	46 676	49 586	-0,3%	-2,3%
CHK	Séjours 70 ans et +	4 164	3 715	3 563	3 970	4 011	4 072	4 204	4 151	0,0%	-0,3%
	Journées 70 ans et +	46 069	35 591	35 050	37 048	38 124	38 162	40 427	38 333	-2,6%	-16,8%
ZITHA	Séjours 70 ans et +	3 659	4 238	4 700	4 676	4 619	5 026	5 284	5 433	+5,8%	+48,5%
	Journées 70 ans et +	33 635	34 749	33 491	32 449	31 709	35 297	33 433	34 990	+0,6%	+4,0%
CHEM	Séjours 70 ans et +	6 447	7 263	7 034	6 733	7 008	7 525	7 717	8 253	+3,6%	+28,0%
	Journées 70 ans et +	66 477	70 864	66 621	67 567	73 513	73 903	72 489	76 900	+2,1%	+15,7%
CSM	Séjours 70 ans et +	1 622	1 357	1 332	1 480	1 417	1 442	1 501	1 818	+1,6%	+12,1%
	Journées 70 ans et +	16 315	13 460	12 071	11 981	12 686	15 325	12 428	15 655	-0,6%	-4,0%
TOTAL	Séjours 70 ans et +	25 223	25 996	26 102	26 900	26 900	28 175	29 014	30 480	+2,7%	+20,8%
	Journées 70 ans et +	259 355	249 463	232 166	242 137	247 048	255 027	247 497	260 631	+0,1%	+0,5%

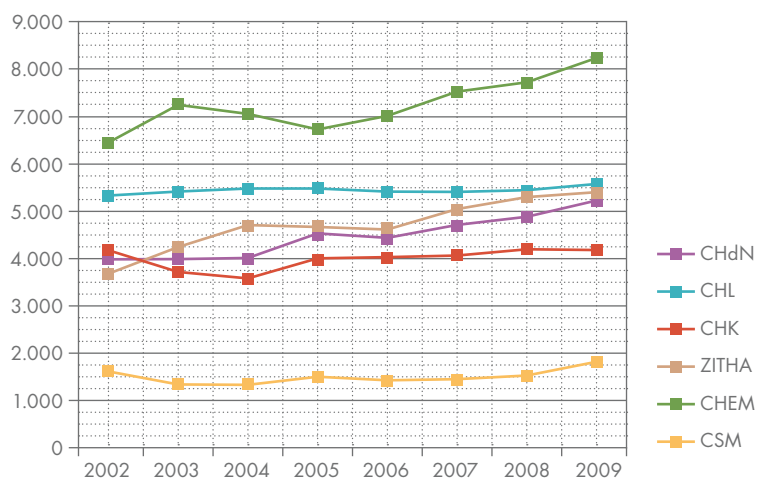
Les **séjours hospitaliers concernant des patients âgés de plus de 70 ans ont progressé** en moyenne de 2.7 % par an, soit un peu plus que la progression moyenne du total des séjours (+2.4 %). Au total, les séjours ont progressé **de 21 % pour tous les établissements entre 2002 et 2009** avec des augmentations particulièrement importantes pour le CHdN (+31 %) et la ZITHA (+49 %).

Les **journées d'hospitalisation concernant des patients âgés de plus de 70 ans ne montrent pas d'augmentation générale** tous établissements confondus (+0.5 %) mais montre des écarts allant de -17 % pour le CHK à +16 % pour le CHEM. La progression moyenne annuelle est très faible (+0.1 %).

Ces évolutions sont en cohérence avec la progression des séjours et journées d'hospitalisation tous âges confondus entre 2002 et 2009 qui ont respectivement augmenté de 18.5 % et 3.1 %.

Figure n°24: Evolution des séjours hospitaliers des patients âgés de 70 ans et plus, par établissement, 2002-2009

Source : IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors rééducation – Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ



Tableaux n°6 et n°7 : Part des séjours et journées d'hospitalisation des patients âgés de 70 ans et plus dans le total des séjours et journées, par établissement, 2002-2009

Source : IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors rééducation – Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ

Tableau n°6 : Part des séjours hospitaliers des 70 ans et + dans total des séjours, 2002-2009

	CHdN	CHL	CHK	ZITHA	CHEM	CSM	TOTAL
2002	24,3%	20,2%	28,4%	31,5%	24,4%	37,7%	25,3%
2003	24,0%	20,6%	26,7%	33,1%	27,0%	33,1%	25,8%
2004	24,2%	20,9%	23,4%	33,6%	26,3%	32,7%	25,4%
2005	25,2%	21,1%	22,8%	35,8%	25,8%	34,2%	25,6%
2006	24,4%	20,9%	20,6%	36,3%	26,3%	34,0%	25,1%
2007	25,2%	20,5%	20,0%	37,3%	26,2%	37,4%	25,3%
2008	26,4%	20,2%	19,0%	36,0%	25,6%	39,6%	25,0%
2009	27,8%	20,8%	18,7%	35,8%	26,6%	44,8%	25,8%

La **part des séjours hospitaliers** (hors service de rééducation gériatrique) **des patients âgés de plus de 70 ans** dans le total des séjours des établissements hospitaliers est **en moyenne de 25.8% en 2009**, avec des variations d'un établissement à l'autre allant de 18.7% pour le CHK à 35.8% pour la ZITHA et 44.8% pour la Clinique Ste Marie. Toutefois, la Zithaklinik et la Clinique Ste Marie n'ont pas d'activité de maternité, qui contribue à faire baisser l'âge moyen des séjours.

Tableau n°7 : Part des journées d'hospitalisation des 70 ans et + dans total des journées, 2002-2009

	CHdN	CHL	CHK	ZITHA	CHEM	CSM	TOTAL
2002	45,6%	33,1%	44,0%	48,4%	40,2%	55,5%	41,6%
2003	44,9%	32,1%	38,7%	48,3%	43,3%	50,0%	40,8%
2004	40,5%	30,2%	34,5%	47,4%	43,2%	48,4%	38,8%
2005	44,6%	31,5%	35,2%	49,9%	42,9%	48,1%	40,0%
2006	42,3%	31,8%	33,7%	49,1%	44,5%	51,3%	39,9%
2007	41,7%	32,0%	33,4%	52,6%	44,7%	58,2%	40,5%
2008	41,0%	30,9%	33,2%	50,1%	43,3%	55,0%	39,2%
2009	42,6%	31,2%	32,5%	51,4%	46,2%	62,1%	40,5%

La **part des journées d'hospitalisation** (hors service de rééducation gériatrique) concernant des patients âgés de plus de 70 ans dans le total des journées d'hospitalisation est en moyenne de **40.5% en 2009**, et montre également des variations d'un établissement à l'autre, allant de 31.2% pour le CHL à 51.4% pour la ZITHA et 62.1% pour la Clinique Ste Marie.

Qu'il s'agisse des séjours ou des journées d'hospitalisation des patients âgés de 70 ans et plus, il est observé une certaine stabilité sur la période 2002-2009. En effet, la part des séjours hospitaliers des plus de 70 ans dans le total des séjours est passée de 25,3% en 2002 à 25,8% en 2009 tandis que la part des journées d'hospitalisation des 70 ans et plus dans le total des journées d'hospitalisation est passée de 41,6% en 2002 à 40,5% en 2009.

Tableau n°8: Evolution de l'occupation des lits par les patients âgés de 70 ans et plus, par établissement, 2002-2009

Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors rééducation – Z50 exclus), présence à minuit et ESMJ

LOM = Lits occupés en moyenne par jour

Etablissements		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Evol 2002-09
CHdN	LOM 70 ans et +	126,3	120,9	108,3	125,6	121,9	119,8	115,2	123,7	-2,0%
	% du total des LOM	45,6%	44,9%	40,5%	44,6%	42,3%	41,7%	41,0%	42,6%	
CHL	LOM 70 ans et +	139,1	138,8	124,4	129,5	127,5	133,2	127,9	135,9	-2,3%
	% du total des LOM	33,1%	32,1%	30,2%	31,5%	31,8%	32,0%	30,9%	31,2%	
CHK	LOM 70 ans et +	126,2	97,5	96,0	101,5	104,4	104,6	110,8	105,0	-16,8%
	% du total des LOM	44,0%	38,7%	34,5%	35,2%	33,7%	33,4%	33,2%	32,5%	
ZITHA	LOM 70 ans et +	92,2	95,2	91,8	88,9	86,9	96,7	91,6	95,9	+4,0%
	% du total des LOM	48,4%	48,3%	47,4%	49,9%	49,1%	52,6%	50,1%	51,4%	
CHEM	LOM 70 ans et +	182,1	194,1	182,5	185,1	201,4	202,5	198,6	210,7	+15,7%
	% du total des LOM	40,2%	43,3%	43,2%	42,9%	44,5%	44,7%	43,3%	46,2%	
CSM	LOM 70 ans et +	44,7	36,9	33,1	32,8	34,8	42,0	34,0	42,9	-4,0%
	% du total des LOM	55,5%	50,0%	48,4%	48,1%	51,3%	58,2%	55,0%	62,1%	
TOTAL	LOM 70 ans et +	710,6	683,5	636,1	663,4	676,8	698,7	678,1	714,1	+0,5%
	% du total des LOM	41,6%	40,8%	38,8%	40,0%	39,9%	40,5%	39,2%	40,5%	

L'analyse de l'occupation moyenne des lits par les patients âgés de 70 ans et plus dans le total des lits occupés montre une occupation qui varie entre 31,2% (CHL) et 62,1% (CSM) en 2009, avec une **moyenne de 40,5%** pour tous les établissements généraux aigus.

Entre 2002 et 2009, il est observé une certaine stabilité de l'occupation moyenne des lits par les patients âgés de plus de 70 ans dans le total des lits occupés en moyenne par jour : 41,6% en 2002 contre 40,5% en 2009.

Tableau n°9: Evolution de la durée moyenne des séjours des patients âgés de 70 ans et plus, par établissement, 2002-2009

Source: IGSS, activité opposable, résidents et non-résidents, établissements généraux aigus (hors rééducation – Z50 exclus), présence à minuit.

DMS = moyenne (date fin – date début des séjours en présence à minuit)

Etablissements	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CHdN	12,4	12,0	10,8	11,5	11,1	10,3	9,8	10,2
CHL	10,6	10,1	9,1	9,5	9,8	10,2	9,7	10,2
CHK	11,6	10,0	10,2	10,1	10,5	10,4	10,7	9,9
ZITHA	12,1	11,0	9,8	9,4	9,4	10,1	9,5	9,6
CHEM	11,2	10,7	10,3	10,8	11,6	11,3	11,3	11,4
CSM	10,6	10,7	10,1	9,0	10,0	11,8	9,7	10,7
Total	11,4	10,7	10,0	10,2	10,6	10,6	10,3	10,4

La durée moyenne des séjours des patients âgés de 70 ans et plus a baissé de 1 jour entre 2002 (11,4 jours) et 2009 (10,4 jours). Il est observé certains écarts de DMS entre établissements, ainsi en 2009, les séjours des patients âgés de 70 ans et plus duraient en moyenne 9,6 jours à la ZITHA contre 11,4 jours au CHEM.

3.2 Propositions

Les prévisions démographiques indiquant une augmentation constante de la population âgée de plus de 70 ans, la part de l'hospitalisation des patients de ces tranches d'âge devrait s'accroître dans les années à venir, d'où la nécessité pour les tutelles de continuer le développement d'une politique de :

- santé publique visant la prévention des maladies chroniques,
- dépistage systématique des maladies métaboliques et cardio-vasculaires,
- suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, afin de prévenir et retarder les complications de ces maladies et éviter l'hospitalisation,
- gériatrie à l'hôpital, coordonnée avec les réseaux de soins à domicile.

Il est primordial de **prévenir la dépendance** des personnes hospitalisées **via l'assessment et la prise en charge gériatrique** de ces **patients souvent polypathologiques**, et ce dès l'entrée à l'hôpital, afin de répondre au mieux à leurs besoins et de limiter leur durée d'hospitalisation au strict minimum requis.

La **7^{ème} Conférence Nationale de Santé**, qui s'est déroulée le 20 juin 2012, a été consacrée à la « **Prise en charge de la personne âgée à l'hôpital** ».

Parmi les **recommandations préconisées** par les experts et représentants des autorités de santé publique, on peut retenir :

- **en termes de politiques de santé publique :**

- l'élaboration et l'implémentation d'un Plan National Gériatrie ne se limitant pas seulement à la démence,
- la réalisation d'un rapport sur la santé des seniors *(au même titre que le rapport sur la santé des jeunes)*

- **en termes d'organisation des prises en charge :**

- la définition de parcours de santé / pathways pour le développement de filières gériatriques,
- l'organisation de l'assessment gériatrique dès l'admission, assorti de critères qualité et d'évaluation,
- la coopération et la pluridisciplinarité dans les prises en charge,
- le partage d'information via le dossier de soins partagé extrahospitalier et le dossier informatique hospitalier,
- la mise en place de structures et/ou services particulièr(e)s.

- **en termes de ressources humaines :**

- le recrutement de médecins spécialisés : gériatre ou compétence de médecine interne et gériatrique,
- la formation des médecins et paramédicaux à la prise en charge globale de la personne âgée polypathologique, de ses comorbidités afin notamment d'être en mesure d'éviter les risques liés à l'iatrogénie médicamenteuse,
- la mise en exergue de l'importance du rôle de l'assistante sociale pour des patients qui souvent, outre l'épisode aigu pour lequel ils arrivent à l'hôpital, se trouvent aussi dans une situation de détresse sociale.

Ainsi, face à ce défi du 21^{ème} siècle auquel tous les acteurs du secteur de la santé devront répondre, il est urgent de **mettre en place un projet national et une coordination structurée pour la prise en charge des personnes âgées**.



4. Soins palliatifs

4.1	Présentation de la prise en charge en soins palliatifs au GDL	61
4.1.1	Contexte législatif: Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie	61
4.1.2	Organisation de la prise en charge hospitalière en soins palliatifs	61
4.2	Mesure de l'activité en soins palliatifs à l'hôpital	64
4.3	Conclusion et perspectives	65

TRANSFERTS À L'ÉTRANGER

RÉÉDUCATION ET CONVALESCENCE

GÉRIATRIE

SOINS PALLIATIFS

4.1 Présentation de la prise en charge en soins palliatifs au GDL

Source : Ministère de la Santé et Ministère de la Famille : Rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, portant sur les années 2009 et 2010.

4.1.1 Contexte législatif: Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie

L'accès aux soins palliatifs est garanti pour toute personne en fin de vie qui se trouve en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

« Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique » (art.1 Loi 16 mars 2009).

4.1.2 Organisation de la prise en charge hospitalière en soins palliatifs

Les soins palliatifs sont proposés dans différents milieux de vie : le domicile, l'hôpital, les structures de long séjour ou le centre d'accueil pour personnes en fin de vie.

L'hôpital joue un rôle important dans la mesure où un patient extrahospitalier a très souvent reçu des soins ou traitements à l'hôpital.

4.1.2.1 Les unités de soins palliatifs à l'hôpital

Si la loi de 1998 sur les établissements hospitaliers a bien introduit la notion des soins palliatifs et si le plan hospitalier en a prévu les structures, il n'existe cependant pas de modèle organisationnel unique ni de cadre d'enregistrement des activités et des résultats. Les moyens afférents alloués aux différents hôpitaux sont attribués par la CNS dans le cadre des négociations budgétaires selon les normes définies entre la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois et la CNS.

Tableau n°10: Unités et lits de soins palliatifs, par hôpital, 2010

Etablissements	Date de mise en place	Nbre de lits	Unité autonome	Unité intégrée dans une autre unité de soins
CHdN (<i>Site Ettelbruck</i>)	2003	6	X	
CHL (<i>Site Eich</i>)	2007	5	X	
CHK (<i>Clinique Ste Elisabeth puis transfert à l'HK</i>)	2001	10		X (service d'oncologie)
CHEM (<i>Site d'Esch-sur-Azette</i>)	1994 (1 ^{ère} USP)	8	X	

4.1.2.2 Les équipes mobiles de soins palliatifs intra-hospitalières

Les équipes mobiles de soins palliatifs sont destinées à accompagner les patients nécessitant des soins palliatifs en dehors de l'unité de soins palliatifs, et à soutenir les équipes soignantes qui prennent en charge ces patients.

Tableau n°11: Equipes mobiles de soins palliatifs, par hôpital, 2011

Source: CNS, budgétisation hospitalière

Etablissements	Date de mise en place
CHdN (<i>Site Ettelbruck</i>)	2008
CHL (<i>Site Hôpital municipal + site Eich</i>)	2000
ZITHA	2011
CHEM (<i>Site d'Esch-sur-Azette</i>)	2006

4.1.2.3 Le Centre d'accueil pour personnes en fin de vie: Haus Omega

Le Centre Haus Omega a ouvert ses portes en octobre 2010 à Luxembourg-Hamm.

Il se définit comme « un lieu de vie pour des personnes qui, à cause d'une maladie progédiente grave et incurable, ne nécessitent plus de traitement à l'hôpital et ne

peuvent plus être accueillies de façon continue par leurs proches respectivement par les services de soins à domicile» (Source: www.omega90.lu)

Depuis le 1^{er} janvier 2011, le statut du Centre Haus Omega est celui d'«établissement hospitalier spécialisé» (dispositions de la loi hospitalière de 1998 modifiée par la loi du 17 décembre 2010 qui introduit la catégorie d'«établissement d'accueil pour personnes en fin de vie»).

Ce centre est géré par l'a.s.b.l Omega 90, l'association luxembourgeoise de soins palliatifs et d'accompagnement de personnes en fin de vie. Il a une **capacité d'accueil de 15 lits**.

4.1.2.4 Continuité des soins palliatifs au-delà de l'hôpital

Les collaborations des hôpitaux avec les réseaux d'aide et de soins pour les prises en charge à domicile et avec les structures de long séjour sont laissées à l'initiative des différents hôpitaux et on retrouve ainsi essentiellement deux modèles :

- Le **CHdN** dispose d'une **équipe mobile de soins palliatifs** depuis 1999 qui intervient **au domicile** des patients pris en charge initialement par cet hôpital. Cette équipe mobile fonctionne sur un modèle d'hospitalisation à domicile avec une infirmière de référence qui établit une liaison entre l'hôpital et l'entourage du patient (famille, médecin généraliste, réseaux de soins à domicile...). 342 patients ont été pris en charge entre 1999 et 2009.
- Le **CHEM** a élaboré avec les réseaux d'aide à domicile un concept structuré de transfert des patients et de transmission des données. En effet, le projet «**Continuité des soins palliatifs pour la région Sud du GDL**» vise à garantir une prise en charge en soins palliatifs des patients en fin de vie, que ce soit en milieu hospitalier, à domicile ou en maison de soins.

Les normes du Ministère de la Famille, tutelle des structures de long séjour, prévoient que les personnes résidant ou prises en charge en maisons de soins, centres intégrés pour personnes âgées et structures d'hébergement pour personnes handicapées bénéficient de la continuité de la prise en charge en fin de vie, grâce à une formation institutionnelle complémentaire en soins palliatifs. Les modèles d'organisation sont cependant laissés à la discrétion des gestionnaires et des statistiques homogènes ne sont pas disponibles.

4.2 Mesure de l'activité en soins palliatifs à l'hôpital

Les journées de soins palliatifs font l'objet d'une facturation spéciale prise en charge par la CNS. Le financement de ces journées est supérieur à celui des journées hospitalières en soins normaux et la prise en charge par la CNS requiert une déclaration et une validation préalable du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale.

Tableau n°12: Nombre de journées facturées en soins palliatifs, 2004-2009 (Source: CNS, activité opposable)

Etablissements	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CHdN	1.768	1.791	1.954	1.765	1.913	1.485
CHL				1.156	1.481	1.313
CHK			2.664	2.169	1.682	1.174
CHEM		2.759	2.748	2.600	2.767	1.468
TOTAL	1.768	4.550	7.366	7.690	7.843	5.440

Ces chiffres sont la seule source officielle de mesure de l'activité en soins palliatifs mais ne reflètent pas l'exhaustivité de l'activité réalisée par les établissements, notamment car « certains médecins ont des réticences à demander aux patients en fin de vie de signer la demande de soins palliatifs à adresser à la CNS » (*Rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs*).

Tableau n°13: Activité de soins palliatifs déclarée par les établissements hospitaliers

(Source: Rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs – questionnaire envoyé aux établissements hospitaliers par la Direction de la Santé)

Etablissements	Périodes	Données d'activité	Pathologies des patients
CHdN	2003-2009	933 admissions DMS: 17 jours 434 décès	27% des patients: tumeur digestive 16%: tumeur pulmonaire 3,6%: maladies neurodégénératives ou insuffisances respiratoires terminales
CHL	2007-2010	209 admissions DMS: 52 jours 143 décès	63%: cancer 21%: maladies cardiopulmonaires 14%: maladies neurologiques
CHK	Pas de données		
ZITHA	Pas de données (Fonctionnement de l'USP depuis janvier 2011)		
CHEM	2008-2010	343 admissions DMS: 25 jours 239 décès	97%: cancers 1,5%: maladies neurodégénératives 0,5%: maladies cardiovasculaires

4.3 Conclusion et perspectives

Une motion adoptée par la Chambre des Députés en séance publique du 2 février 2012 :

- constate que le « *premier rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs constitue un inventaire utile d'informations concernant les soins palliatifs, que cependant dans un deuxième temps, une **évaluation exhaustive complémentaire** est importante [...], que la situation des soins palliatifs diffère d'un établissement à l'autre, et ce tant en milieu hospitalier qu'en milieu extra-hospitalier, [...], qu'il est indispensable pour une bonne qualité des soins palliatifs que tous les intervenants dans le domaine en question collaborent et coopèrent de manière efficace, structurée et coordonnée, par exemple dans le cadre d'une plate-forme palliative* ».
- « *invite le Gouvernement à compléter le premier rapport par une **évaluation complémentaire de l'organisation des soins palliatifs au Luxembourg, concernant entre autres l'existence et le fonctionnement des unités de soins palliatifs, le besoin en personnel, la formation du personnel médical et soignant en soins palliatifs**, évaluation à présenter **dans un délai de 3 ans [...]**, à examiner l'**opportunité de la mise en place d'une plate-forme regroupant au niveau national tous les acteurs du secteur**, à continuer à œuvrer afin que la dimension palliative des soins soit mieux considérée dans l'ensemble du système de santé* ».

Il existe une certaine diversité d'approches selon les conceptions et initiatives de prises en charge palliatives développées localement.

La coordination et la cohérence de la continuité des prises en charge est variable notamment avec les institutions de long séjour.

L'activité de soins palliatifs bénéficierait de la mise en place d'une **gouvernance dédiée (coordination, trajectes et continuum des prises en charge), de cadre conceptuel (axiomes, objectifs mesurables), de normes (structures, ressources, procédures), de critères communs de mesure objective des résultats, notamment de satisfaction des bénéficiaires et de leurs proches.**

