

Numéro 15 – Juillet 2023

Frédéric Berger

Jean Ferring

Laurence Weber

Christine Weisgerber

 LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2023

CAHIER STATISTIQUE

État des lieux des soins urgents au Luxembourg



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

Sommaire

INTRODUCTION	4
SOURCE DES DONNÉES	6
1 PREMIÈRE PARTIE : LES SOINS URGENTS EN MÉDECINE HOSPITALIÈRE	7
1.1 Nombre de passages aux urgences dans les centres hospitaliers et nombre de soins urgents en médecine y réalisés (activité hospitalière et consultations des médecins)	7
1.1.1 Nombre de passages aux urgences des centres hospitaliers	7
1.1.2 Activités hospitalières réalisées par les centres hospitaliers lors d'un passage aux services d'urgences.....	14
1.1.3 Consultations des médecins lors des passages aux services d'urgences	19
1.2 Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière.....	37
1.2.1 Évolution du taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière	37
1.2.2 Le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés	38
2 DEUXIÈME PARTIE : LES SOINS URGENTS EN MÉDECINE EXTRAHOSPITALIÈRE	48
2.1 État des lieux des soins urgents en médecine extrahospitalière.....	48
2.1.1 Les consultations et visites urgentes	48
2.1.2 Les consultations et visites urgentes selon les caractéristiques des patients.....	52
2.2 Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière.....	56
2.2.1 Évolution du taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière.....	56
2.2.2 Le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés.....	56
3 TROISIÈME PARTIE : LES SOINS URGENTS EN MÉDECINE EXTRAHOSPITALIÈRE RÉALISÉS PAR UN MÉDECIN AYANT GARDE DANS UNE MAISON MÉDICALE DE GARDE	64
3.1 Les soins urgents en médecine extrahospitalière réalisés par un médecin de garde	65
3.2 Analyse de l'activité des médecins de garde.....	68
3.3 Analyse des soins délivrés aux assurés le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation d'un médecin de garde	69
3.4 Taux de recours à un médecin de garde	70
3.4.1 Évolution du taux de recours à un médecin de garde.....	71
4 QUATRIÈME PARTIE : LE SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE	80
CONCLUSIONS	81
ANNEXES	84

ÉTAT DES LIEUX DES SOINS URGENTS AU LUXEMBOURG

INTRODUCTION

Les soins urgents couvrent aussi bien les soins urgents vitaux que les soins urgents non vitaux. Les premiers répondent à une situation où la vie du patient est en danger et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés. Les seconds ciblent les consultations et les visites d'un médecin en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

L'organisation des soins urgents en médecine prestés dans les centres hospitaliers au Luxembourg est définie au niveau national par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Le règlement 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 précise les normes architecturales, les équipements spécifiques (équipement médical et logistique), les ressources humaines, les normes fonctionnelles, le dossier médical et soignant ainsi que les bases de données sanitaires et indicateurs d'activité à fournir au Ministère de la Santé.

Les soins urgents en médecine hospitalière dont bénéficient les assurés de l'assurance maladie-maternité sont pris en charge par celle-ci par le moyen de l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers et la nomenclature des actes et services des médecins ou par le budget de l'État.

À côté des établissements hospitaliers, les cabinets privés de médecins et les trois maisons médicales de garde créées en 2010 offrent aussi la possibilité de consulter un médecin pour des problèmes de santé en dehors des heures d'ouverture classiques des cabinets médicaux.

L'activité médicale en maison médicale de garde dont bénéficient les assurés de l'assurance maladie-maternité est d'une part financée par l'assurance maladie-maternité suivant la nomenclature des actes et services des médecins et d'autre part par le budget de l'État en ce qui concerne le paiement des gardes des médecins en service à la maison médicale de garde.

La planification, l'organisation et la mise en œuvre de l'aide médicale urgente sont définies par la loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile et création d'un Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS). Par aide médicale urgente sont visés les soins urgents pré-hospitaliers, délivrés aux personnes en détresse vitale, aux victimes d'accidents, d'événements calamiteux, de catastrophes, de sinistres et d'incendies, du transport en ambulance dépêché par le central des secours d'urgence vers un service d'urgence d'un centre hospitalier participant au service de garde.

Le financement de cette aide médicale urgente est entièrement à charge du budget de l'État.

La présent cahier statistique a pour but de dresser un état des lieux des soins urgents en médecine fournis non seulement dans les services d'urgence des quatre centres hospitaliers au Luxembourg en tenant compte de l'activité hospitalière y liée ainsi que des consultations des médecins y réalisées, mais aussi des soins urgents délivrés dans les maisons médicales de garde, les cabinets médicaux et par le service d'aide médicale urgente.

L'évolution détaillée des passages aux urgences dans les 4 centres hospitaliers - Centre hospitalier du Luxembourg (CHL), Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM), Hôpitaux Robert Schuman (HRS), Centre hospitalier du Nord (CHdN) et du service hospitalier national d'urgence pédiatrique (situé au CHL) - entre 2019 et 2021, ainsi qu'au cours du premier semestre de l'année 2022 fait l'objet de la première partie de ce cahier. Cette partie étudie aussi les types de soins urgents délivrés lors de ces passages. La première partie donne en plus un aperçu des consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4,

du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins réalisées par un médecin dans le service de garde d'un centre hospitalier ou au service national d'urgence pédiatrique entre 2019 et 2022. Un focus est porté sur le recours à ces urgences selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés.

La deuxième partie de ce cahier présente les soins urgents en médecine extrahospitalière, y compris les soins urgents prestés dans une maison médicale de garde, pour les années 2019 à 2021. L'évolution de ces soins ainsi que celle des assurés qui en ont bénéficié sont mises en évidence. Le recours à ces soins urgents selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés complète cette partie de l'étude.

La troisième partie cible plus précisément l'activité médicale en milieu extrahospitalier réalisée dans les trois maisons médicales de garde – Luxembourg, Esch-sur-Alzette entre et septembre 2021 puis Belval depuis septembre 2021, et Ettelbruck - entre 2019 et 2021. Le recours à ces soins urgents selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés y est également étudié.

Finalement, une quatrième partie présente succinctement l'organisation et le financement du service d'aide médicale urgente (SAMU) ainsi que quelques chiffres clés.

SOURCE DES DONNÉES

Les données utilisées pour déterminer les soins urgents en médecine proviennent des bases de données de la sécurité sociale. Les données sont issues d'un côté de la facturation de la Caisse nationale de santé (CNS) et de l'autre côté des prises en charge hospitalières déclarées par les centres hospitaliers à la CNS et renseignent la situation en janvier 2023. Elles concernent les assurés de l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise ayant consommé des soins urgents au Luxembourg.

Les données relatives aux caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés de l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise proviennent également des bases de données de la sécurité sociale.

Les chiffres présentés sur l'aide médicale urgente sont issus des rapports annuels du Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS).

1 PREMIÈRE PARTIE : LES SOINS URGENTS EN MÉDECINE HOSPITALIÈRE

La première partie de ce cahier statistique porte sur les soins urgents en médecine hospitalière. Elle retrace en premier lieu l'évolution du nombre de passages aux urgences dans les centres hospitaliers et des consultations y réalisées par les médecins avant d'étudier l'évolution du taux de recours à ces soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés. Les statistiques relatives aux années 2021 et 2022 sont à considérer comme provisoires.

1.1 NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS ET NOMBRE DE SOINS URGENTS EN MÉDECINE Y RÉALISÉS (ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE ET CONSULTATIONS DES MÉDECINS)

Cette section analyse les passages aux urgences dans un des quatre centres hospitaliers du Luxembourg¹, l'activité hospitalière y effectuée et les consultations urgentes réalisées par les médecins dans un service de garde, respectivement au service national d'urgence pédiatrique.

Les quatre centres hospitaliers sont le CHL situé à Luxembourg-Ville, le CHEM situé à Esch-sur-Alzette, Dudelange et Niederkorn, le CHdN situé à Ettelbrück et Wiltz et les HRS situés à Luxembourg-Ville et Esch-sur-Alzette (HRS).

Le Service national d'urgence pédiatrique est situé au CHL.

Dans la région Sud et dans la région Nord du pays, le CHEM, respectivement le CHdN assurent une garde de 24 heures sur 24 et de 7 jours sur 7. À Luxembourg-Ville, il y avait une alternance entre le CHL et les HRS jusqu'au 31 mai 2020. À partir du 1er juin 2020, les services d'urgence du CHL et des HRS assurent une garde parallèle entre 7 et 17 heures lors des jours ouvrables. Pour le reste du temps, une garde alternée est assurée par ces deux hôpitaux.

En principe, chaque fois qu'un assuré est pris en charge aux urgences dans un service de garde ou au service national d'urgence pédiatrique, un passage aux urgences réalisé dans le centre hospitalier, et une consultation urgente y réalisée par le médecin traitant, devraient être facturés et remboursés par la CNS.

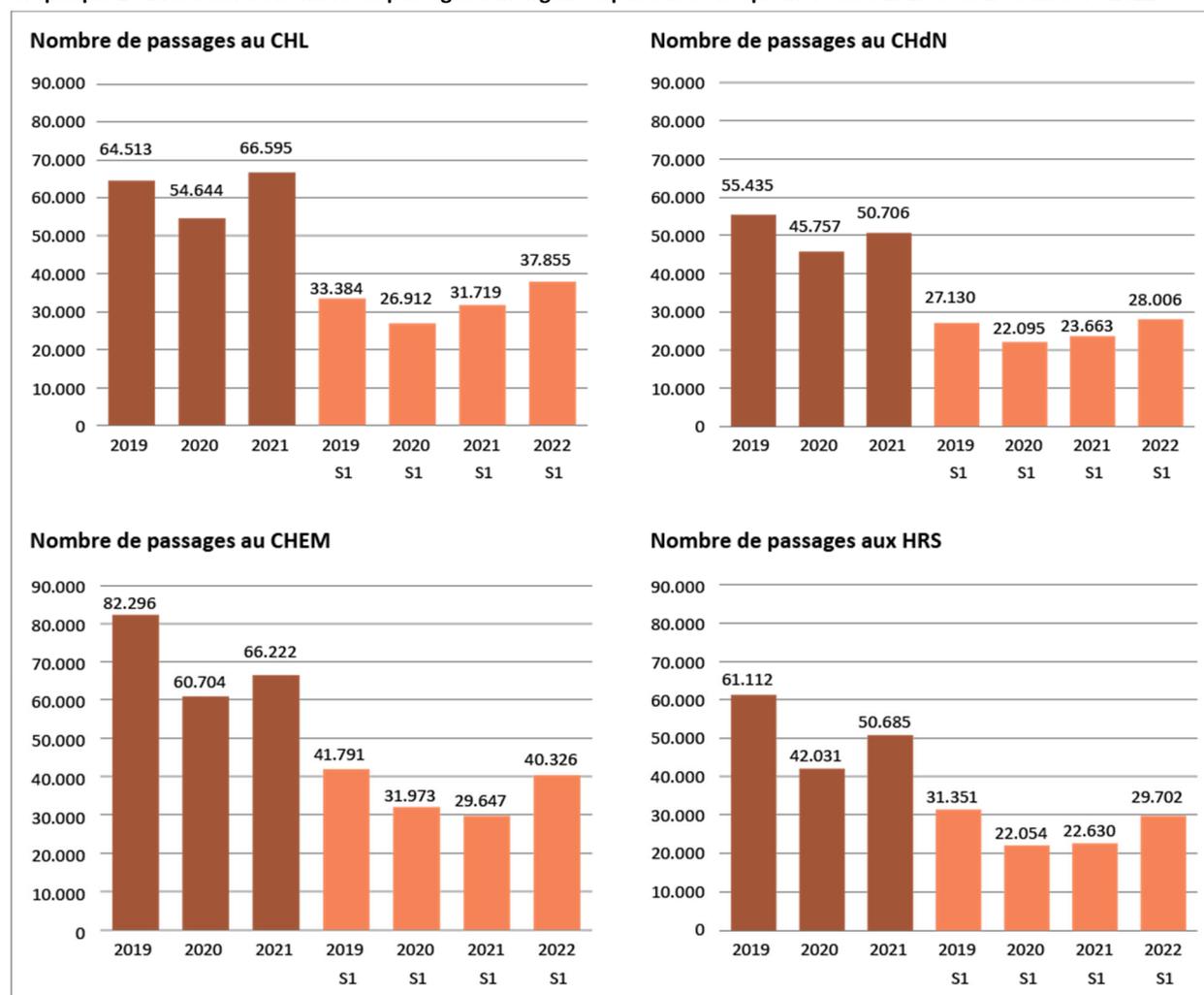
1.1.1 Nombre de passages aux urgences des centres hospitaliers

Les graphiques et tableaux suivants donnent un aperçu détaillé de l'évolution du nombre de passages aux urgences dans les centres hospitaliers en déclinant ces passages dans le temps, selon le jour de la semaine et selon l'heure de la journée. Certaines statistiques couvrent également le 1er semestre de l'année 2022.

En 2019, 263 356 passages aux urgences sont réalisés dans le pays, contre 203 136 en 2020 et 234 208 en 2021. Les graphiques suivants analysent plus en détail l'évolution de ces passages.

¹ Art. 1 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Graphique 1 - Évolution du nombre de passages aux urgences par centre hospitalier entre 2019 et le 1^{er} semestre 2022



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

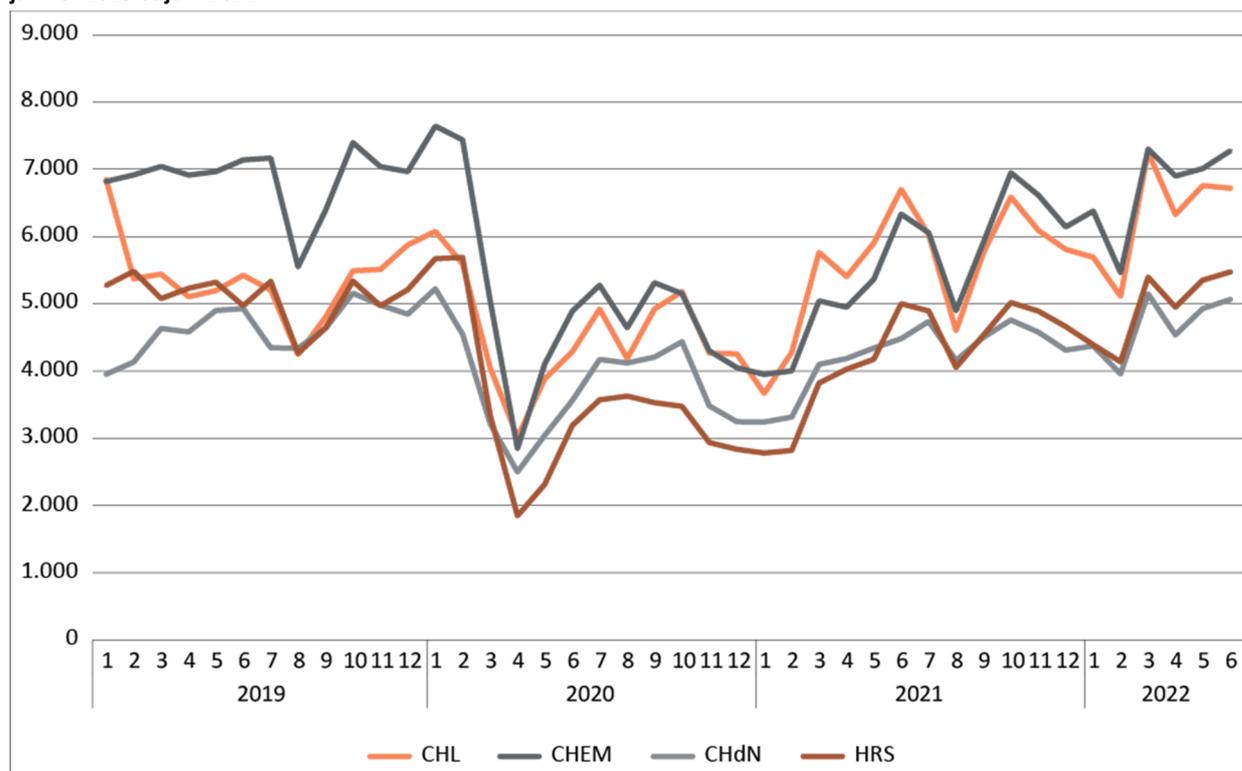
En 2020, suite au début de la crise sanitaire, l'activité des services d'urgences dans les quatre centres hospitaliers diminue fortement. L'activité repart à la hausse en 2021 tout en restant inférieure à celle de 2019, sauf pour le CHL où l'activité de 2021 dépasse celle de 2019.

Entre le premier semestre 2019 et le premier semestre 2022, le nombre de passages effectués aux urgences du CHL progresse de 13,4% et celui du CHdN de 3,2%. Le nombre de passages aux urgences du CHEM et celui des HRS diminuent par contre de 3,5%, respectivement de 5,3% sur cette même période.

Les personnes bénéficiant des prestations de l'assurance dépendance représentent environ 6% des passages aux services d'urgences des quatre centres hospitaliers. Leur part est de 5,6% en 2019, 6,4% en 2020, 6,0% en 2021 et de 5,9% au premier semestre 2022.

Les personnes résidant dans un établissement d'aides et de soins de séjour continu représentent 1,9% des passages aux services d'urgences des quatre centres hospitaliers en 2020 et 2021.

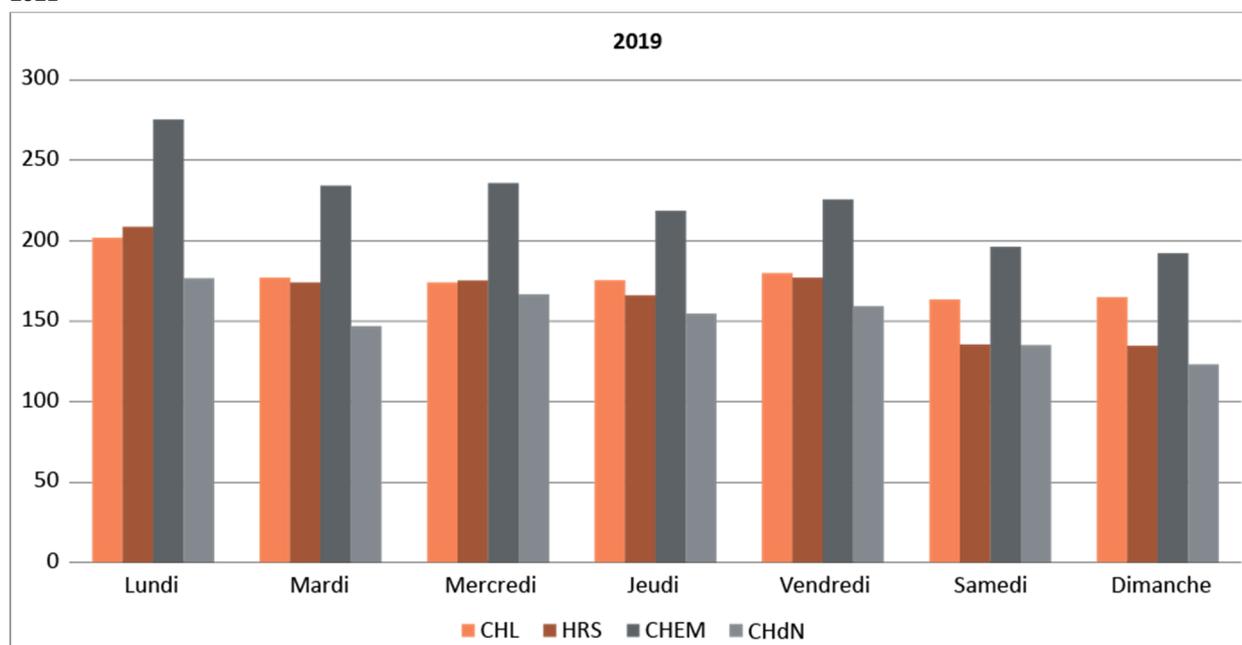
Graphique 2 - Évolution mensuelle du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par centre hospitalier entre janvier 2019 et juin 2022

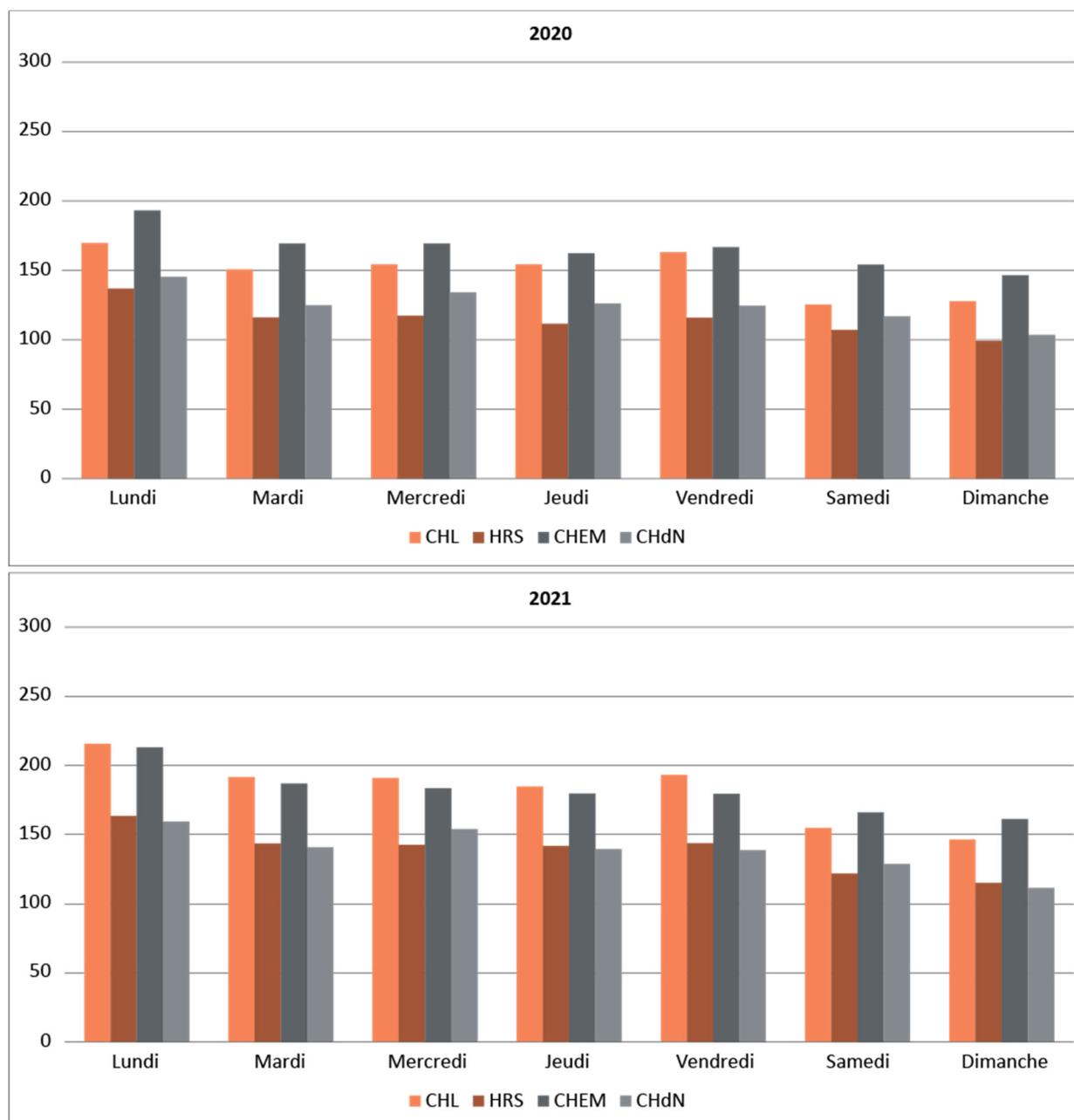


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Dans les quatre centres hospitaliers, les effets du confinement sont nettement visibles en mars et avril 2020. Au premier semestre 2022, la fréquence des passages aux urgences semble avoir rattrapé celle du premier semestre 2019.

Graphique 3 - Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par jour de semaine en 2019, 2020 et 2021

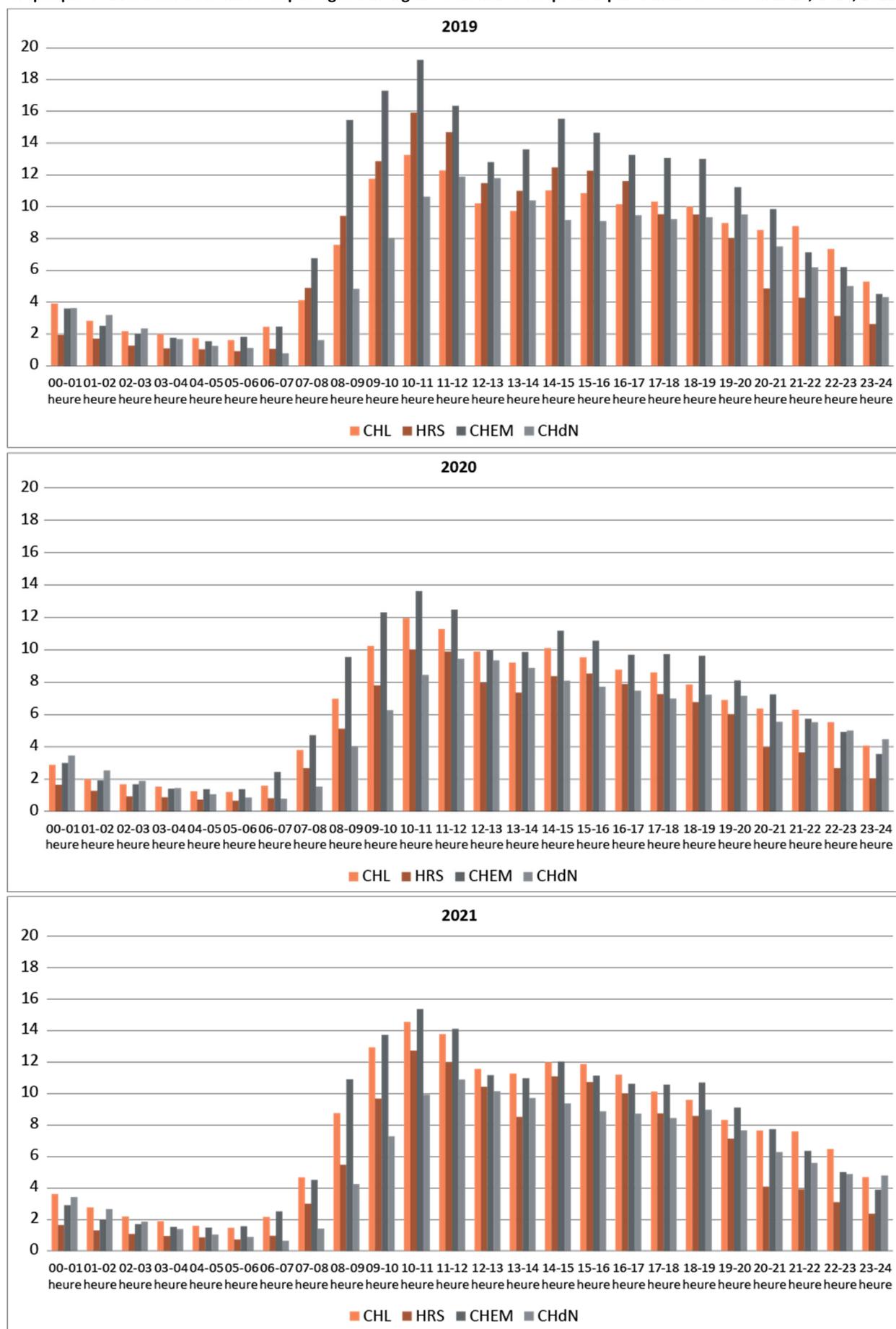




Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Le lundi est le jour de la semaine où les quatre centres hospitaliers enregistrent le plus de passages aux urgences.

Graphique 4 - Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par tranche horaire en 2019, 2020, 2021

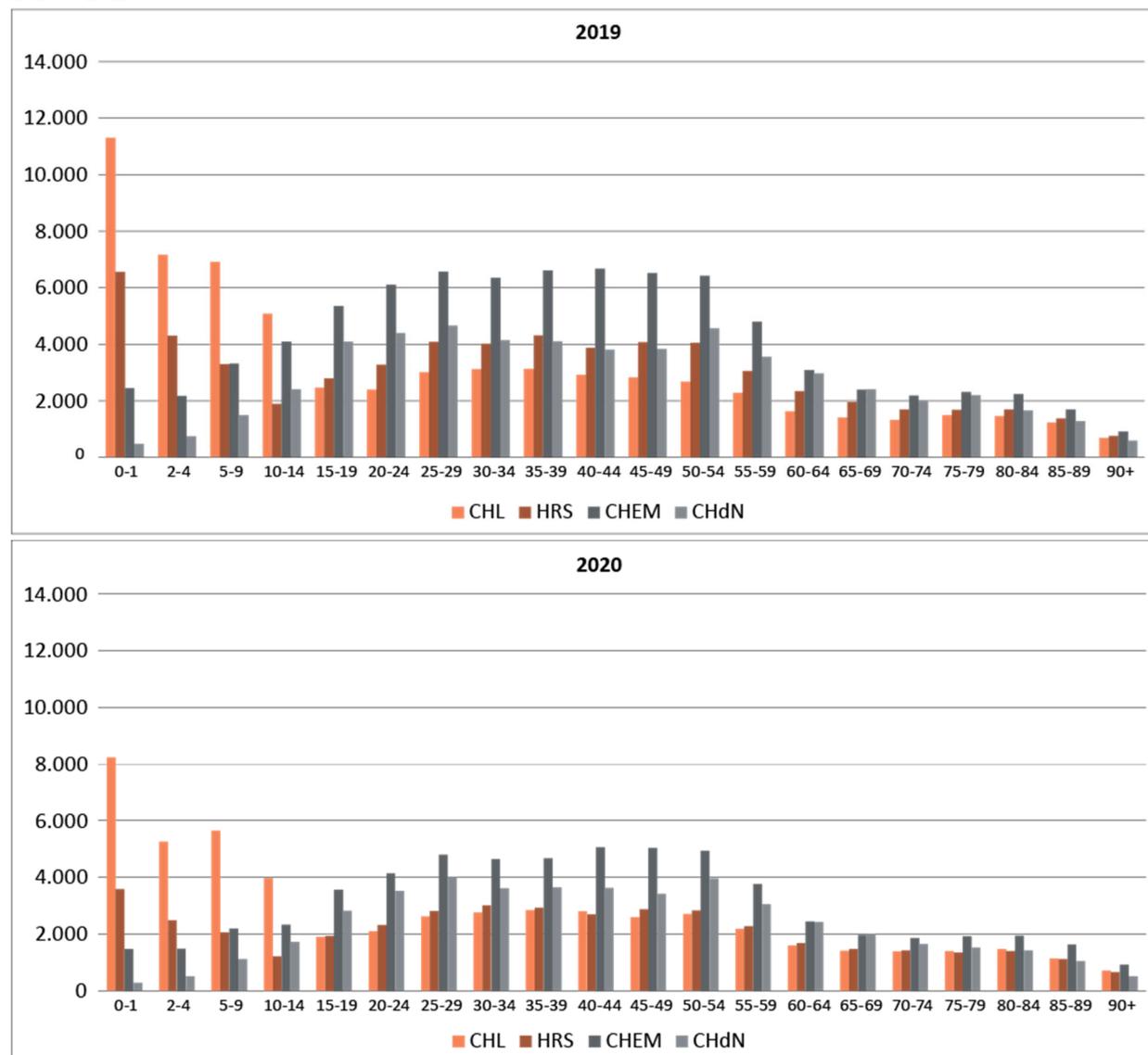


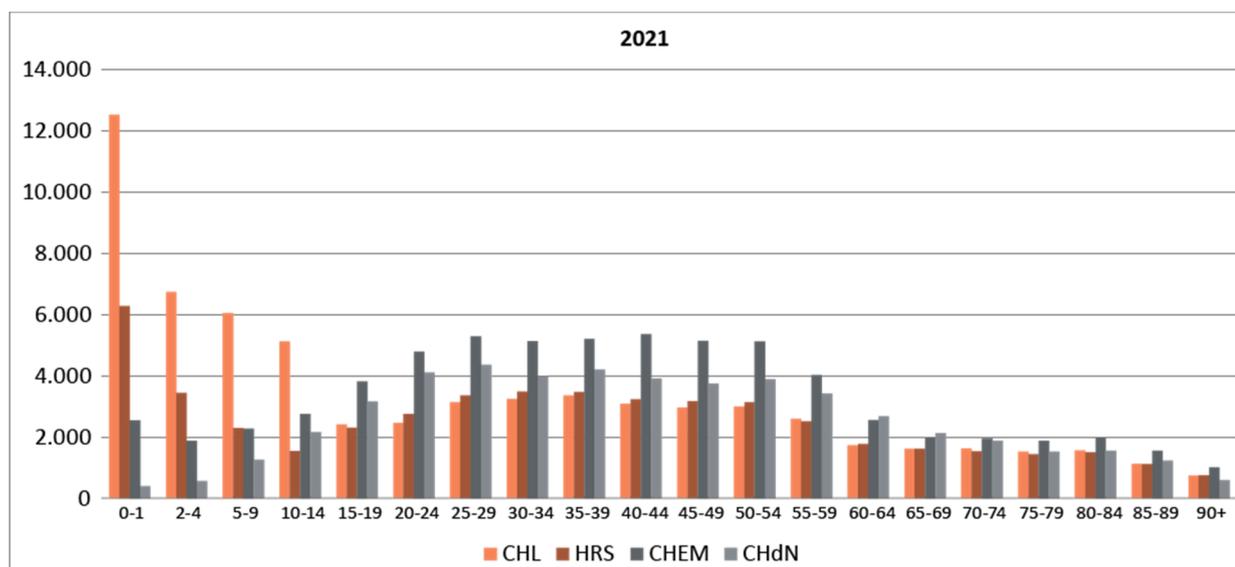
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

L'activité aux services d'urgences varie fortement selon l'heure de la journée. Le nombre de passages aux services d'urgences augmente dès 7 heures du matin pour atteindre un pic entre 10 et 11 heures, et ce, dans tous les centres hospitaliers étudiés. Il diminue légèrement par après, tout en restant toutefois élevé jusqu'à 19 heures. Durant la journée, le nombre de passages est le plus élevé au CHEM, alors que le CHL affiche le plus grand nombre de passages en soirée et dans la nuit. Après minuit, le nombre de passages est cependant faible dans tous les centres hospitaliers.

Les graphiques qui suivent analysent le nombre de passages aux urgences en fonction de l'âge et du sexe des patients. Les chiffres du CHL comprennent le service d'urgence du CHL et le service national d'urgence pédiatrique.

Graphique 5 - Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par groupe d'âge des patients en 2019, 2020 et 2021

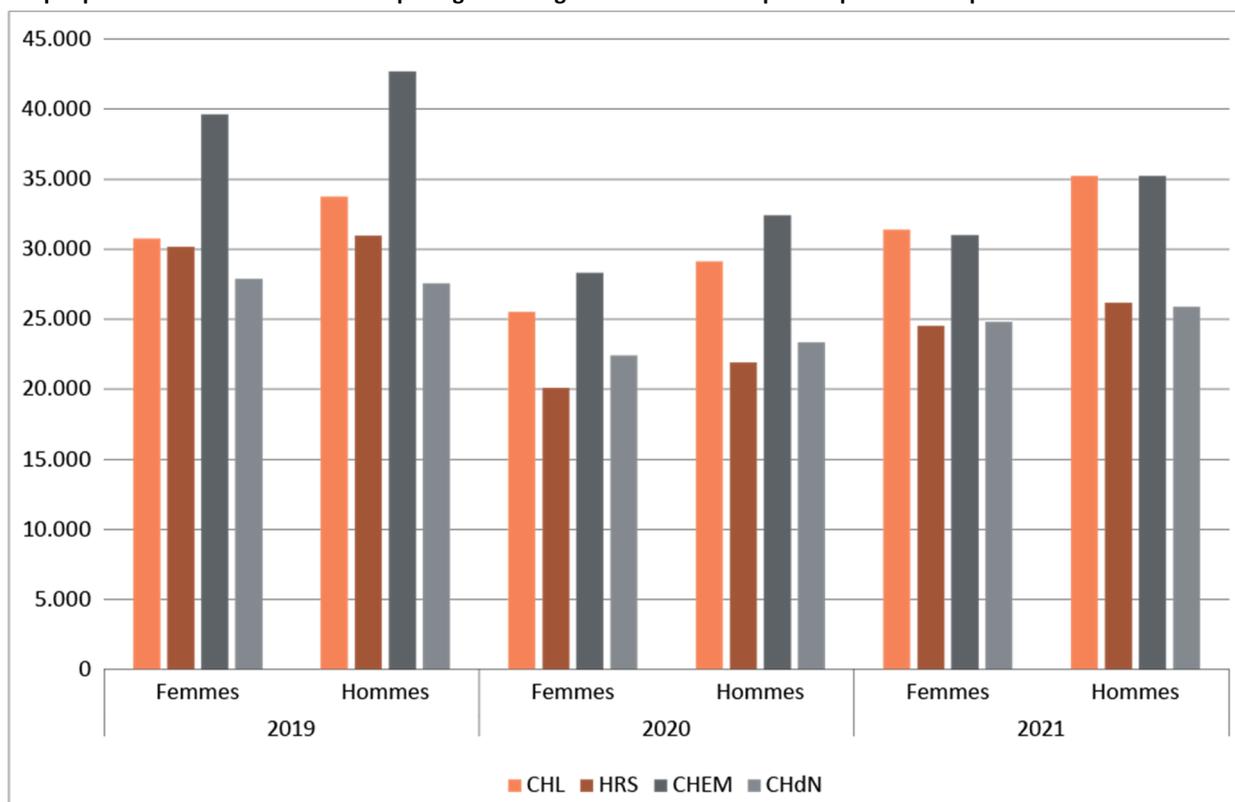




Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Le CHL, qui abrite le service national d'urgence pédiatrique, présente le nombre le plus élevé de passages aux urgences des enfants et surtout des enfants âgés de moins de deux ans (urgences pédiatriques). Le nombre de passages des enfants de 0-1 ans est nettement plus faible aux HRS qu'au CHL, mais reste cependant plus élevé qu'au CHEM et qu'au CHdN. Pour les personnes âgées entre 15 et 59 ans, c'est le CHEM qui affiche le nombre de passages le plus élevé. Même si le taux de recours aux urgences des personnes âgées (75 ans et plus) est élevé, leur part dans les passages aux urgences est assez faible dans les quatre centres hospitaliers.

Graphique 6 - Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par sexe des patients entre 2019 et 2021



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Sur toute la période observée ainsi que dans tous les centres hospitaliers, les hommes recourent plus aux services d'urgences que les femmes.

1.1.2 Activités hospitalières réalisées par les centres hospitaliers lors d'un passage aux services d'urgences

La présente sous-section analyse l'activité exprimée en unité d'œuvre² et réalisée par les centres hospitaliers dans le cas des patients qui sont passés aux urgences³. Seule l'activité réalisée le jour du passage aux urgences est considérée. Les activités retenues sont par exemple les journées d'hospitalisation (occupation d'un lit), les analyses de biologie clinique (unité d'œuvre « laboratoire »), les examens radiologiques, les interventions en salle opératoire, les séances de kinésithérapie, etc.

Tableau 1 - Évolution du nombre d'assurés qui ont eu au moins un passage dans un service d'urgence par centre hospitalier et par jour entre 2019 et 2021

	CHL	CHEM	CHdN	HRS	Total
2019					
Nombre de patients	64 062	81 605	54 756	60 906	261 329
Nombre de patients pour lesquels un seul passage a été réalisé par jour/par centre hospitalier	63 615	80 920	54 101	60 701	259 337
Nombre de patients pour lesquels deux ou plusieurs passages ont été réalisés par jour/par centre hospitalier	447	685	655	205	1 992
2020					
Nombre de patients	54 399	60 283	45 295	41 961	201 938
Nombre de patients pour lesquels un passage a été réalisé par jour/par centre hospitalier	54 155	59 869	44 846	41 891	200 761
Nombre de patients pour lesquels deux ou plusieurs passages ont été réalisés par jour/par centre hospitalier	244	414	449	70	1 177
2021					
Nombre de patients	66 235	65 728	50 236	50 599	232 798
Nombre de patients pour lesquels un passage a été réalisé par jour/par hôpital	65 881	65 241	49 774	50 513	231 409
Nombre de patients pour lesquels deux ou plusieurs passages ont été réalisés par jour/par hôpital	354	487	462	86	1 389

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

En général, un seul passage aux urgences est facturé par jour et par centre hospitalier. Il y a presque 2 000 patients pour lesquels deux passages sont réalisés par jour et par centre hospitalier en 2019. Ce nombre diminue en 2020 et 2021. L'analyse qui suit est basée sur le patient qui est passé au service d'urgence et non pas sur le passage⁴.

² Une unité d'œuvre est le terme qui désigne les prestations d'une entité fonctionnelle. Une entité fonctionnelle correspond à un centre de frais de l'établissement qui facture des prestations à la CNS. Ainsi, une unité d'œuvre peut correspondre par exemple à un passage aux urgences, en policlinique ou en salle opératoire, à une séance de kinésithérapie ou à une journée de soins normaux ou de soins intensifs dans le cas d'un traitement stationnaire (le patient occupe un lit avec présence à minuit). La convention que la CNS a signée avec la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) prévoit une trentaine d'entités fonctionnelles. Ce nombre n'est pas fixe et peut varier d'une année à l'autre. Ainsi, l'entité fonctionnelle « urgences » a été créée en 2019, ce qui a permis d'identifier ces passages non-programmés. Avant cette date, les passages aux urgences faisaient partie de l'entité fonctionnelle « policlinique ».

³ L'analyse se limitera aux années 2019, 2020 et 2021 étant donné que les données relatives à 2022 sont incomplètes.

⁴ Si un patient connaît plusieurs passages au service d'urgences dans un même centre hospitalier, il n'est en principe pas possible de lier les unités d'œuvre réalisées dans ce centre hospitalier à un passage plutôt qu'à un autre. Les autres unités d'œuvre sont donc liées au patient et non pas aux passages aux urgences. Un patient peut passer par le service d'urgences de différents centres hospitaliers le même jour. Dans un tel cas, il est considéré une fois par centre hospitalier. S'il passe dans les quatre services de garde, il est compté quatre fois.

Tableau 2 - Évolution du nombre d'assurés et de la part de prises en charge réalisées parmi les assurés qui sont passés aux urgences entre 2019 et 2021 et qui ont obtenu au moins une autre unité d'œuvre

Établissement hospitalier	2019		2020		2021	
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion
CHL	35 681	55,7%	34 147	62,8%	39 817	60,1%
Ambulatoire (sans prise en charge)	27 801	43,4%	26 139	48,1%	30 909	46,7%
Ambulatoire (avec prise en charge)	43	0,1%	43	0,1%	51	0,1%
Stationnaire (avec prise en charge)	7 837	12,2%	7 965	14,6%	8 857	13,4%
CHEM	54 222	66,4%	43 606	72,3%	48 664	74,0%
Ambulatoire (sans prise en charge)	44 510	54,5%	34 544	57,3%	39 015	59,4%
Ambulatoire (avec prise en charge)	29	0,0%	33	0,1%	60	0,1%
Stationnaire (avec prise en charge)	9 683	11,9%	9 029	15,0%	9 589	14,6%
CHdN	53 041	96,9%	43 430	95,9%	36 498	72,7%
Ambulatoire (sans prise en charge)	46 626	85,2%	37 141	82,0%	29 566	58,9%
Ambulatoire (avec prise en charge)	123	0,2%	84	0,2%	66	0,1%
Stationnaire (avec prise en charge)	6 292	11,5%	6 205	13,7%	6 866	13,7%
HRS	38 712	63,6%	28 084	66,9%	33 153	65,5%
Ambulatoire (sans prise en charge)	30 279	49,7%	20 829	49,6%	24 871	49,2%
Ambulatoire (avec prise en charge)	240	0,4%	244	0,6%	276	0,5%
Stationnaire (avec prise en charge)	8 193	13,5%	7 011	16,7%	8 006	15,8%
Total	181 656		149 267		158 132	

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

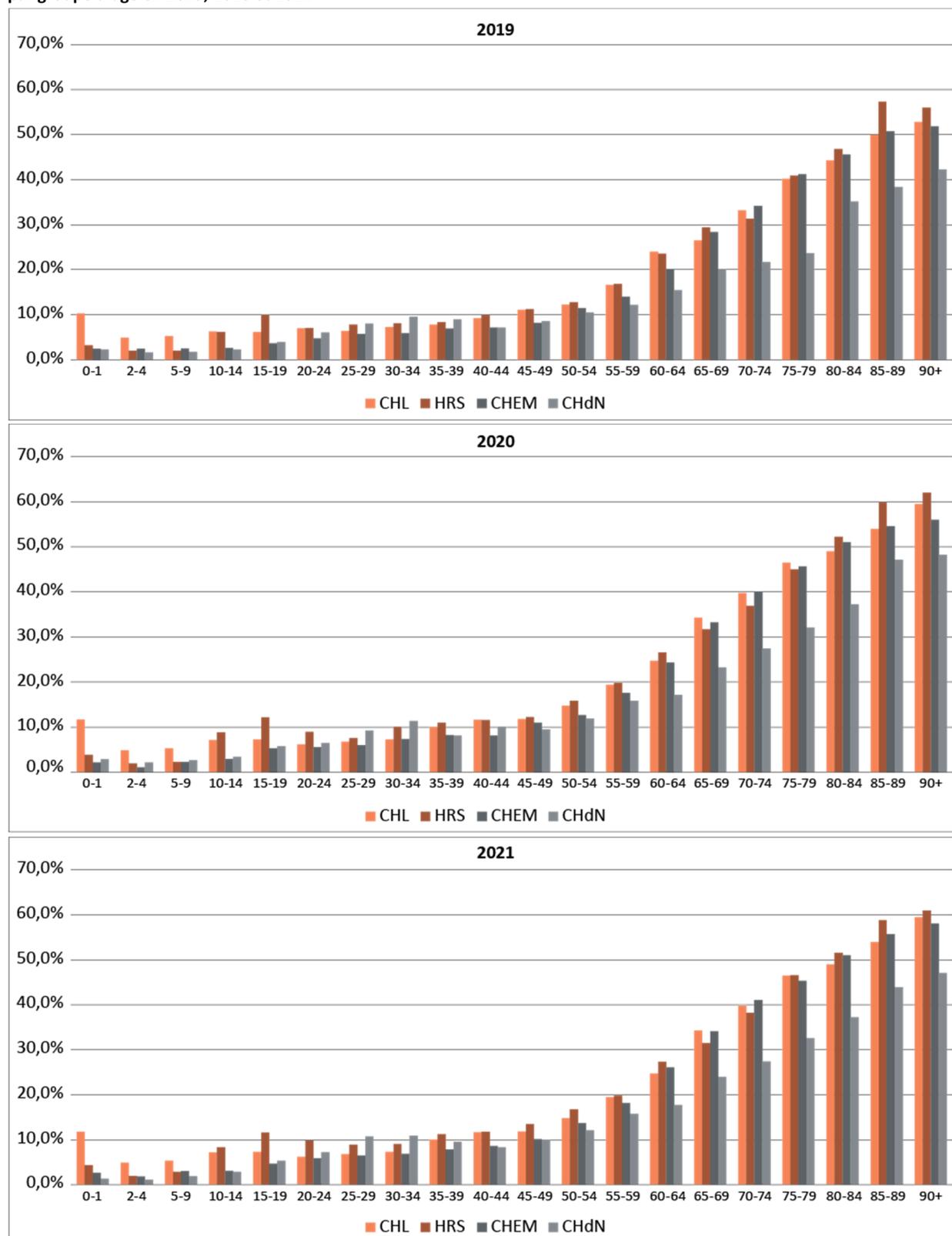
Note de lecture : En 2019, 35 681 assurés, soit 55,7% des assurés passés aux services d'urgences du CHL ont reçu au moins une autre unité d'œuvre le même jour. Le tableau indique le type de prise en charge. Parmi ces 35 681 assurés, il y en a 27 801 soit 43,4% sans prise en charge, 43 soit 0,1% avec prise en charge ambulatoire et 7 837, soit 12,2% avec une prise en charge stationnaire.

Les admissions ambulatoires comprennent les admissions avec prise en charge formelle du patient à l'hôpital et les traitements sans prise en charge. Les admissions ambulatoires avec prise en charge formelle du patient à l'hôpital sont caractérisées par une entrée et sortie du patient le même jour. Les admissions stationnaires sont définies par un séjour hospitalier comportant au moins une nuit à l'hôpital.

Entre 2019 et 2021, 489 055 patients, soit 70,2% des patients qui sont passés aux urgences, bénéficient d'autres unités d'œuvre le même jour. En particulier, ce taux s'établit à 69,5% en 2019, à 73,9% en 2020 et à 67,9% en 2021. En 2019, cette proportion varie entre 55,7% pour le CHL et 96,9% pour le CHdN.

Par contre, la proportion des patients hospitalisés (prise en charge stationnaire) suite à un passage aux services d'urgences est plus homogène en comparant les hôpitaux entre eux. La part d'hospitalisation stationnaire varie entre 11,5% au CHdN et 13,5% au HRS par rapport au total des patients qui sont passés aux urgences. En 2020, elle augmente dans tous les hôpitaux et affiche un taux se situant entre 13,7% et 16,7%. En 2021, elle varie entre 13,4% et 15,8%.

Graphique 7 - Proportion des patients hospitalisés (séjour stationnaire) parmi les patients qui se présentent aux urgences par groupe d'âge en 2019, 2020 et 2021



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Le risque d'hospitalisation suite à un passage aux services d'urgences augmente avec l'âge.

La proportion des patients hospitalisés augmente dans tous les hôpitaux avec l'âge, surtout à partir de 50 ans, et atteint même 60,0% au CHEM pour les patients de 90 ans et plus. Si la part des patients passés par les urgences et hospitalisés ensuite est relativement semblable pour le CHL, les HRS et le CHEM, elle est moins importante pour le CHdN, et ce, quel que soit l'âge. La proportion plus élevée des enfants âgés

de 0 à 4 ans au CHL par rapport aux autres centres hospitaliers s'explique par la présence du service national d'urgence pédiatrique au sein du CHL.

Tableau 3 - Nombre d'unités d'œuvre en dehors des urgences fournies aux patients lors de leurs passages aux urgences entre 2019 et 2021

Entité fonctionnelle	CHL	CHEM	CHdN	HRS	Total
2019					
Hospitalisation - soins normaux	7 124	8 242	5 085	8 007	28 458
Hospitalisation - soins intensifs	525	1 336	1 082	589	3 532
Salles opératoires et salles de réveil	535	714	714	999	2 962
Laboratoires	50 407	44 706	26 539	53 282	174 934
Imagerie médicale	23 764	46 620	24 838	29 233	124 455
IRM	236	140	140	260	776
Policlinique	4 177	6331	56 702	6 390	73 600
Autres	374	361	923	1 177	2835
2020					
Hospitalisation - soins normaux	7289	8 322	5 336	6 829	27 776
Hospitalisation - soins intensifs	524	636	765	503	2 428
Salles opératoires et salles de réveil	493	661	672	888	2 714
Laboratoires	58 477	54 637	34 676	48 107	195 897
Imagerie médicale	23 003	36 622	21 634	21 737	102 996
IRM	256	162	179	227	824
Policlinique	3449	4 754	44 813	4 034	57 050
Autres	365	328	861	986	2 540
2021					
Hospitalisation - soins normaux	8 133	8914	6 038	7 796	30 881
Hospitalisation - soins intensifs	508	560	705	461	2 234
Salles opératoires et salles de réveil	549	689	844	1 111	3 193
Laboratoires	71 845	76 679	42 758	59 739	251 021
Imagerie médicale	25 564	43 739	24 328	25 047	118 678
IRM	211	320	272	265	1 068
Policlinique	3 749	5332	13 376	4 686	27 143
Autres	446	403	977	1 228	3 054

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Les unités d'œuvre les plus facturées le jour du passage du patient aux urgences hospitalières sont les unités d'œuvre « laboratoire » et « imagerie médicale ». En 2019 et en 2020, le nombre de passages en policlinique est aussi élevé, surtout au CHdN.

L'entité fonctionnelle « urgences » a été créée en 2019. Avant 2019, les passages aux urgences faisaient partie de la policlinique et les centres hospitaliers facturaient un passage policlinique. En 2019 et 2020, les centres hospitaliers et surtout le CHdN facturaient encore des passages en policlinique en même temps qu'une unité d'œuvre urgences⁵.

Le CHdN ayant également facturé un passage en policlinique pour presque tous ses passages aux services d'urgences présente ainsi une proportion élevée de patients passés aux urgences avec d'autres prestations réalisées.

Le nombre de journées « soins intensifs » facturées diminue fortement en 2020 par rapport à 2019.

Le tableau de la page suivante indique le nombre d'assurés pour lesquels au moins une unité d'œuvre par entité fonctionnelle a été facturée et la proportion des patients qui ont reçu un certain traitement/soins (au moins une unité d'œuvre a été facturée) parmi les patients qui sont passés aux urgences. Dans le cas des soins normaux et soins intensifs, seule une unité d'œuvre, soit une journée peut être facturée. En ce qui concerne les autres entités fonctionnelles, la situation est souvent différente, plusieurs unités d'œuvre peuvent être facturées par journée.

⁵ Il ne peut cependant pas être exclu que le patient (re) passe en policlinique plus tard dans la journée de sorte que la facturation de ces deux unités d'œuvre ne peut pas d'office être exclue.

Tableau 4 - Évolution du nombre et de la proportion de patients bénéficiant d'unités d'œuvre en dehors des urgences lors de leur passage aux urgences entre 2019 et 2021

Entité fonctionnelle	Hospitalisation - soins normaux		Hospitalisation - soins intensifs		Salles opératoires et salles de réveil		Laboratoires		Imagerie médicale		IRM		Policlinique	
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion
2019														
CHL	7 124	11,1%	525	0,8%	528	0,8%	23 896	37,3%	20 782	32,4%	235	0,4%	3 389	5,3%
CHEM	8 242	10,1%	1 336	1,6%	711	0,9%	29 401	36,0%	40 304	49,4%	140	0,2%	5 085	6,2%
CHdN	5 085	9,3%	1 082	2,0%	700	1,3%	15 096	27,6%	21 787	39,8%	140	0,3%	51 584	94,2%
HRS	8 007	13,1%	589	1,0%	997	1,6%	22 808	37,4%	24 976	41,0%	258	0,4%	5 087	8,4%
2020														
CHL	7 289	13,4%	524	0,8%	487	0,7%	24 249	36,6%	20 082	30,3%	255	0,4%	2 789	4,2%
CHEM	8 322	13,8%	636	1,1%	660	1,1%	27 589	45,8%	31 603	52,4%	157	0,3%	3 669	6,1%
CHdN	5 335	11,8%	765	1,7%	664	1,5%	16 486	36,4%	18 955	41,8%	178	0,4%	41 188	90,9%
HRS	6 829	16,3%	503	1,2%	883	2,1%	18 265	43,5%	18 630	44,4%	225	0,5%	3 102	7,4%
2021														
CHL	8 133	12,3%	508	0,8%	540	0,8%	28 513	43,0%	22 478	33,9%	209	0,3%	3 066	4,6%
CHEM	8 914	13,6%	560	0,9%	689	1,0%	31 374	47,7%	34 896	53,1%	308	0,5%	4 026	6,1%
CHdN	6 038	12,0%	705	1,4%	819	1,6%	18 125	36,1%	21 491	42,8%	269	0,5%	12 477	24,8%
HRS	7 796	15,4%	461	0,9%	1 109	2,2%	21 633	42,8%	21 544	42,6%	261	0,5%	3 531	7,0%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Le tableau précédent indique le nombre et la proportion de patients pour lesquels à côté de l'unité d'œuvre « urgences » une autre unité d'œuvre a été réalisée. Des différences existent entre les hôpitaux.

Ainsi, le CHL facture à 37,3% des 64 062 patients qui sont passés aux urgences au moins une unité d'œuvre « laboratoire » en 2019, contre 36,0% au CHEM, 37,4% aux HRS au 27,6% au CHdN.

Dans le cas de l'imagerie médicale, la proportion de patients pour lesquels au moins une unité d'œuvre est réalisée varie entre 32,4% pour le CHL et 49,4% pour le CHEM. Les HRS et le CHdN présentent une proportion de 41,0%, respectivement 39,8%.

La proportion élevée de patients bénéficiant d'une unité d'œuvre « policlinique » au CHdN s'explique par le fait, décrit plus haut, que celui-ci facture pour presque tous ses passages aux urgences une unité d'œuvre « policlinique ».

Les autres unités d'œuvre sont réalisées moins souvent. Le nombre d'IRM réalisé est faible et la proportion de patients pour lesquels un examen IRM est effectué est en fait toujours inférieure à 1,0%. En ce qui concerne les salles opératoires, la proportion est faible et il y a des différences considérables entre les centres hospitaliers.

La proportion de patients pour lesquels une unité d'œuvre « soins normaux » est facturée varie entre 9,3% en 2019 au CHdN et 16,3% en 2020 aux HRS. La proportion augmente entre 2019 et 2020 et diminue légèrement en 2021. Le nombre de journées reste cependant assez constant entre 2019, 2020 et 2021. En ce qui concerne les soins intensifs, le nombre de patients diminue fortement entre 2019 et 2020. Dans le cas des soins normaux et soins intensifs, seule une unité d'œuvre, c'est-à-dire une journée, peut être facturée.

1.1.3 Consultations des médecins lors des passages aux services d'urgences

Dans cette sous-section, l'analyse se focalise tout d'abord sur les soins urgents en médecine effectués par les médecins qui prennent en charge les patients lors de leur passage au service d'urgence d'un centre hospitalier et qui relèvent des sous-sections 3, 4, 6 et 7, de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins.

Par la suite, l'analyse se concentre sur ces consultations urgentes selon le degré d'urgence avant de décliner ces consultations selon l'âge et le sexe du patient puis de faire un point sur la spécialité des médecins qui réalisent ces consultations. Finalement, un exercice exploratoire vise à analyser les soins urgents en médecine hospitalière selon l'hôpital de réalisation.

Encadré 1 : Méthodologie appliquée à la détermination des consultations médicales urgentes en médecine hospitalière

Les consultations médicales urgentes en médecine hospitalière sur lesquelles porte le focus de cette analyse sont celles des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins :

- service national d'urgence pédiatrique,
- service d'urgence d'un hôpital de garde,
- service national d'urgence pédiatrique⁶ dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19 et
- service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19.

Les troisième et quatrième sous-sections ont été rajoutées en 2020 suite à la crise sanitaire. Elles sont réservées aux consultations effectuées « dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 ».

Comme les forfaits horaires introduits dans le cadre de la prise en charge des patients COVID-19 (acte FC45) ne peuvent pas être attribués à un assuré ils ne sont pas inclus dans les statistiques qui suivent.

Les tableaux et graphiques suivants illustrent l'évolution du nombre de patients ayant bénéficié de soins urgents en médecine hospitalière et l'évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées dans un service d'urgence d'un hôpital de garde ou au service national d'urgence pédiatrique (y inclus la filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19).

Tableau 5 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins et de patients qui en ont bénéficié dans un service d'urgence d'un hôpital de garde / au service national d'urgence pédiatrique entre 2019 et 2022

	2019	2020	2021	2022
Nombre de consultations	183 591	116 976	146 652	134 013
Nombre de patients	181 649	115 208	144 198	132 103
Nombre de patients pour lesquels une consultation a été réalisée par jour	179 733	113 463	141 781	130 235
Nombre de patients pour lesquels deux consultations ont été réalisées par jour	1 890	1 723	2 381	1 837
Nombre de patients pour lesquels au moins trois consultations ont été réalisées par jour	26	22	36	34

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Comme l'analyse de l'évolution du nombre de passages aux urgences d'un centre hospitalier l'a déjà montré, le nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins et le nombre de patients diminue fortement en 2020 pour augmenter par après. Sur toute la période analysée, 581 232 consultations des sous-sections citées plus haut sont réalisées par des médecins pour 573 161 patients (par jour et centre

⁶ Le service national d'urgence pédiatrique se trouve au Centre hospitalier de Luxembourg (CHL).

hospitalier) dans les services d'urgence. Pour la très grande majorité des patients, une seule consultation est enregistrée par journée et par centre hospitalier.

Au moment de l'arrivée au service d'urgence⁷, un premier triage est réalisé par le personnel soignant. Ce triage est réalisé sur base de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) qui est également reprise dans la nomenclature des actes et services des médecins. C'est donc sur base de l'acte facturé par le médecin traitant au service d'urgence que la gravité de l'état de santé du patient est prise en compte pour cette analyse.

Tableau 6 - L'échelle canadienne de triage et de gravité

Niveau d'urgence	Temps d'intervention : Personnel soignant	Temps d'intervention : Médecin
1	Immédiat	Immédiat
2	Immédiat	15 minutes
3	30 minutes	30 minutes
4	60 minutes	60 minutes
5	120 minutes	120 minutes

L'échelle canadienne de triage et de gravité établit une relation entre les besoins des patients en soins et les délais raisonnables pour le traitement, en plus de permettre au personnel soignant d'évaluer la gravité de l'état de santé de leurs patients, leurs besoins en ressources et leur capacité à répondre à certains objectifs opérationnels. L'objectif du triage est d'identifier rapidement les patients souffrant d'une situation urgente menaçant la vie et d'attribuer les ressources, le plus rapidement possible, aux patients les plus gravement atteints. Il existe 5 niveaux d'urgence⁷.

Les niveaux 1, 2 et 3 sont considérés comme une « vraie » urgence, alors que les niveaux 4 et 5 concernent plutôt des cas parmi les passages aux services d'urgences qui sont moins urgents voire même non urgents.

Les quatre tableaux qui suivent indiquent le nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées dans un service d'urgence et au service national d'urgence pédiatrique.

Chaque sous-section comprend 8 actes différents. Les différents actes tiennent compte du niveau d'urgence (1, 2 et 3 ou 4 et 5) et de l'heure, respectivement du jour de réalisation de l'acte.

⁷ Source : [L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : Guide d'implantation](#)

Tableau 7 - Évolution du nombre de consultations urgentes de la sous-section 3 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées au service national d'urgence pédiatrique entre 2019 et 2022

Acte	Libellé	2019	2020	2021	2022
C590	Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	10 444	4 233	2 262	2 532
C591	Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	2 739	1 734	1 455	1 205
C592	Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	1 305	787	677	506
C593	Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	3 721	2 157	1 053	789
C594	Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	2 747	1 038	529	485
C595	Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	827	443	285	258
C596	Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	531	216	103	81
C597	Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	825	407	211	185
Total		23 139	11 015	6 575	6 041

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Tableau 8 - Évolution du nombre de consultations urgentes de la sous-section 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 entre 2020 et 2022

Acte	Libellé	2020	2021	2022
C821	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	452	1 690	2 548
C822	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	147	708	834
C823	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	36	135	307
C824	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	406	2 092	1 933
C825	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	91	430	462
C826	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	52	264	267
C827	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	15	92	86
C828	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	85	373	368
Total		1 284	5 784	6 805

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Tableau 9 - Évolution du nombre de consultations urgentes de la sous-section 4 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées dans un service d'urgence d'un hôpital de garde entre 2019 et 2022

Acte	Libellé	2019	2020	2021	2022
C600	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	46 128	27 475	31 068	23 454
C601	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	6 570	3 465	4 064	2 994
C602	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	6 452	3 393	4 389	3 299
C603	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	7 744	3 871	4 446	3 666
C604	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	55 513	38 727	52 822	51 137
C605	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	12 066	8 810	12 175	11 064
C606	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	9 459	6 824	8 772	9 123
C607	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	16 520	11 711	15 153	14 091
Total		160 452	104 276	132 889	118 828

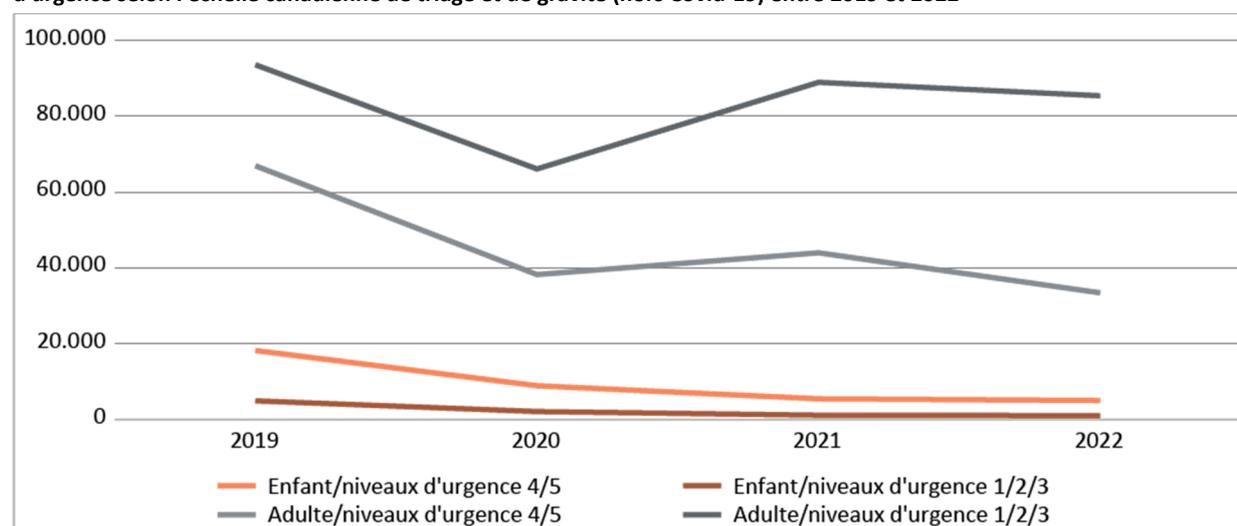
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

La deuxième sous-section comprenant les consultations urgentes C600 à C607 effectuées dans un service d'urgence d'un hôpital de garde (hors Covid-19) sont de loin les plus nombreuses et représentent environ 90% des consultations urgentes réalisées par les médecins dans les centres hospitaliers.

Tableau 10 - Évolution du nombre de consultations urgentes de la sous-section 6 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées dans un service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 entre 2020 et 2022

Acte	Libellé	2020	2021	2022
C811	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	154	527	1 059
C812	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	29	96	143
C813	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	14	54	138
C814	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	22	82	153
C815	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	98	386	472
C816	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	22	89	133
C817	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	18	59	72
C818	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	44	111	169
Total		401	1 404	2 339

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Graphique 8 : Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3 et 4 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées en milieu hospitalier en fonction du niveau d'urgence selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (hors Covid-19) entre 2019 et 2022


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Les consultations réalisées au service national d'urgence pédiatrique avec un niveau d'urgence 4 et 5 sont plus nombreuses que celles avec un niveau d'urgence 1, 2 et 3. En effet, la part des consultations avec un niveau d'urgence faible est d'environ 80,0% par an. Par contre, la part des consultations urgentes de niveaux 4 et 5 dans les services d'urgences hors service national d'urgence pédiatrique se situe à 41,7% en 2019, et passe même à 28,1% en 2022.

Tableau 11 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées en milieu hospitalier en fonction du niveau d'urgence selon l'échelle canadienne de triage et de gravité dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 entre 2020 et 2022

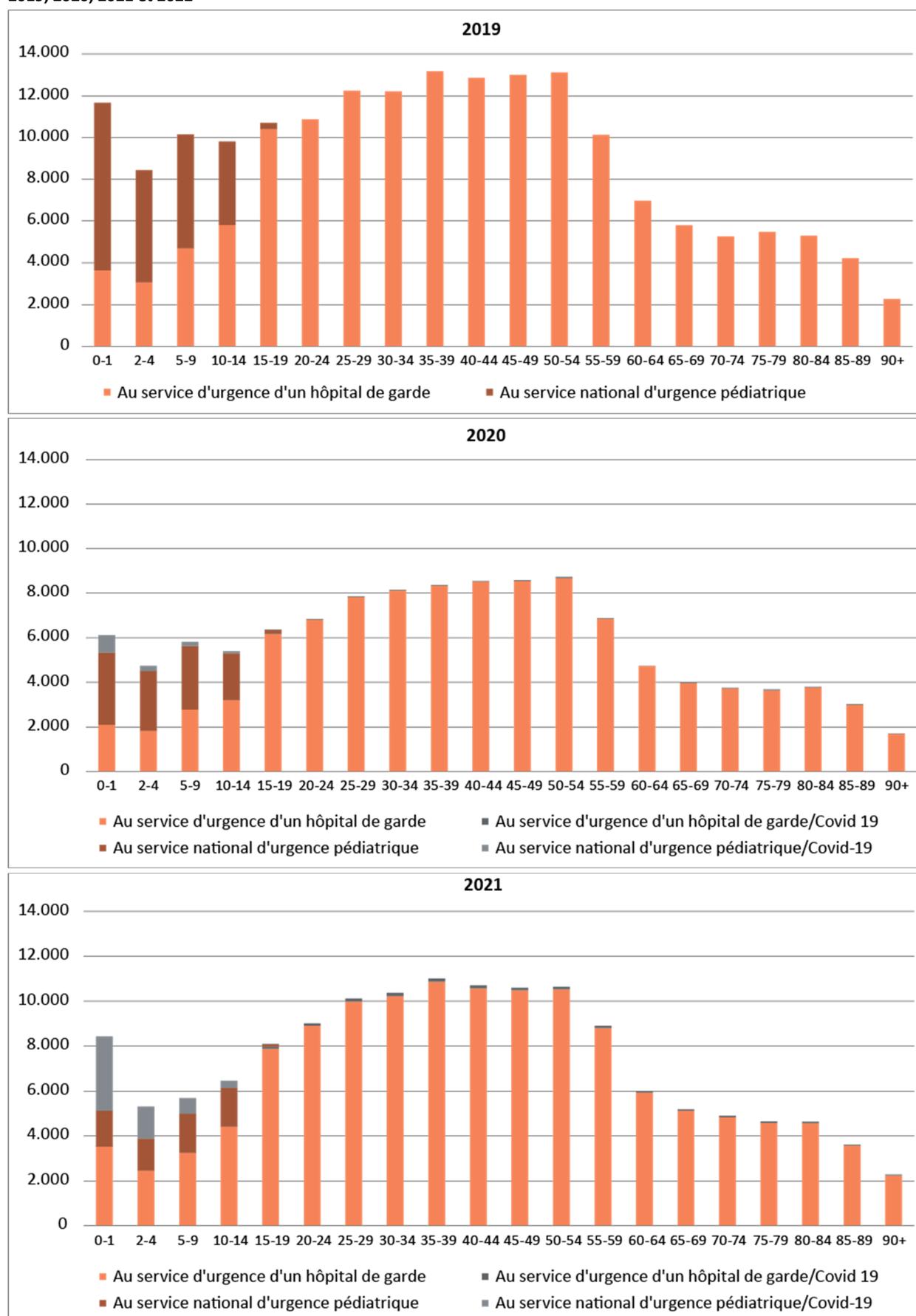
Niveau d'urgence	Libellé	2020	2021	2022
Enfant/niveaux d'urgence 4/5	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	1 041	4 625	5 622
Enfant/niveaux d'urgence 1/2/3	Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	243	1 159	1 183
Adulte/niveaux d'urgence 4/5	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	219	759	1 493
Adulte/niveaux d'urgence 1/2/3	Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	182	645	846
Total		1 685	7 188	9 144

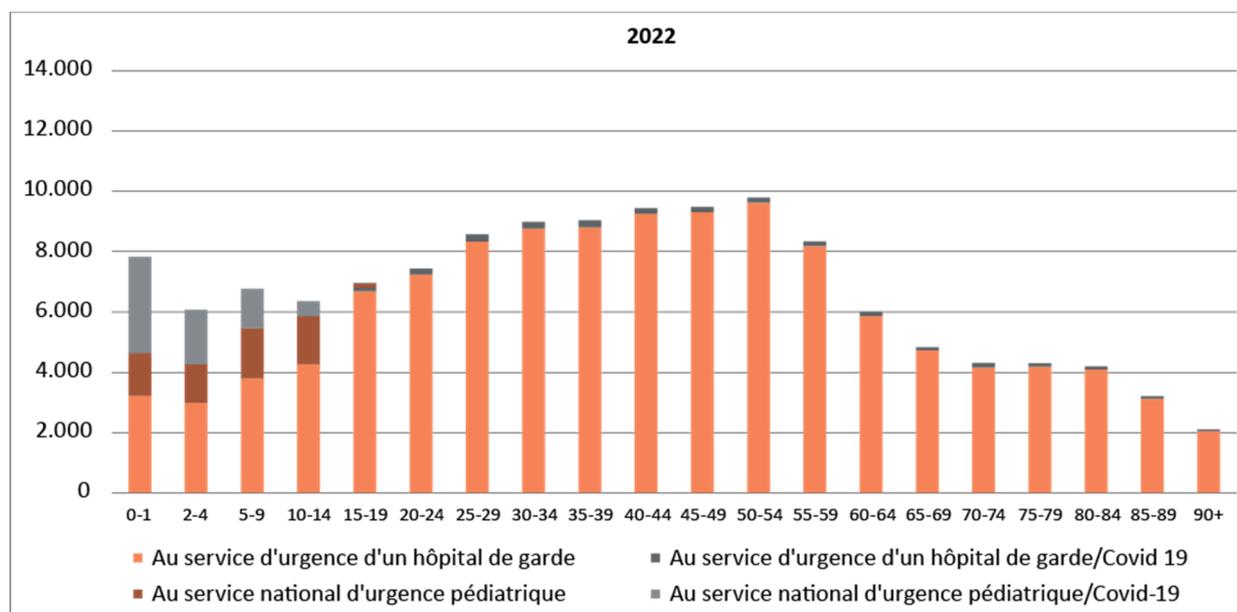
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Le tableau précédent ne tient compte que des consultations urgentes réalisées dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19. Le nombre d'enfants qui sont pris en charge par une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 est plus élevé que celui des adultes. La part des consultations urgentes des enfants de niveaux 4 et 5 s'élève à 81,1% en 2020, respectivement à 82,6% en 2022, tandis que celle des adultes de niveaux 4 et 5 se situe à 54,6% en 2020, respectivement à 63,8% en 2022.

Les prochains graphiques montrent le nombre de consultations urgentes en fonction de l'âge du patient admis au service d'urgence ou au service national d'urgence pédiatrique indépendamment du niveau d'urgence.

Graphique 9 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier par groupe d'âge des patients en 2019, 2020, 2021 et 2022





Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Les enfants de moins de 15 ans représentent plus d'un cinquième (21,9% en 2019) des consultations urgentes réalisées par les médecins. Cette part diminue en 2020 pour passer à 18,9% et à 17,7% en 2021.

La part des enfants dans les consultations urgentes réalisées lors des passages aux services d'urgences de 21,9% en 2019 est inférieure à leur part dans les passages aux services d'urgences (voir graphique 5) qui s'élève à 24,2% en 2019. La part des enfants dans les passages aux services d'urgences diminue à 21,4% en 2020 et repasse à 24,7% en 2021. La part des passages aux services d'urgences des enfants auxquels aucune consultation des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins n'a pu être affectée le même jour est donc plus élevée que dans le cas des patients en général. En 2021, cette proportion augmente encore. Ces pourcentages doivent être considérés avec prudence car un biais dans les résultats provenant du non-envoi à la CNS de certaines factures relatives aux consultations urgentes réalisées par les médecins existe probablement.

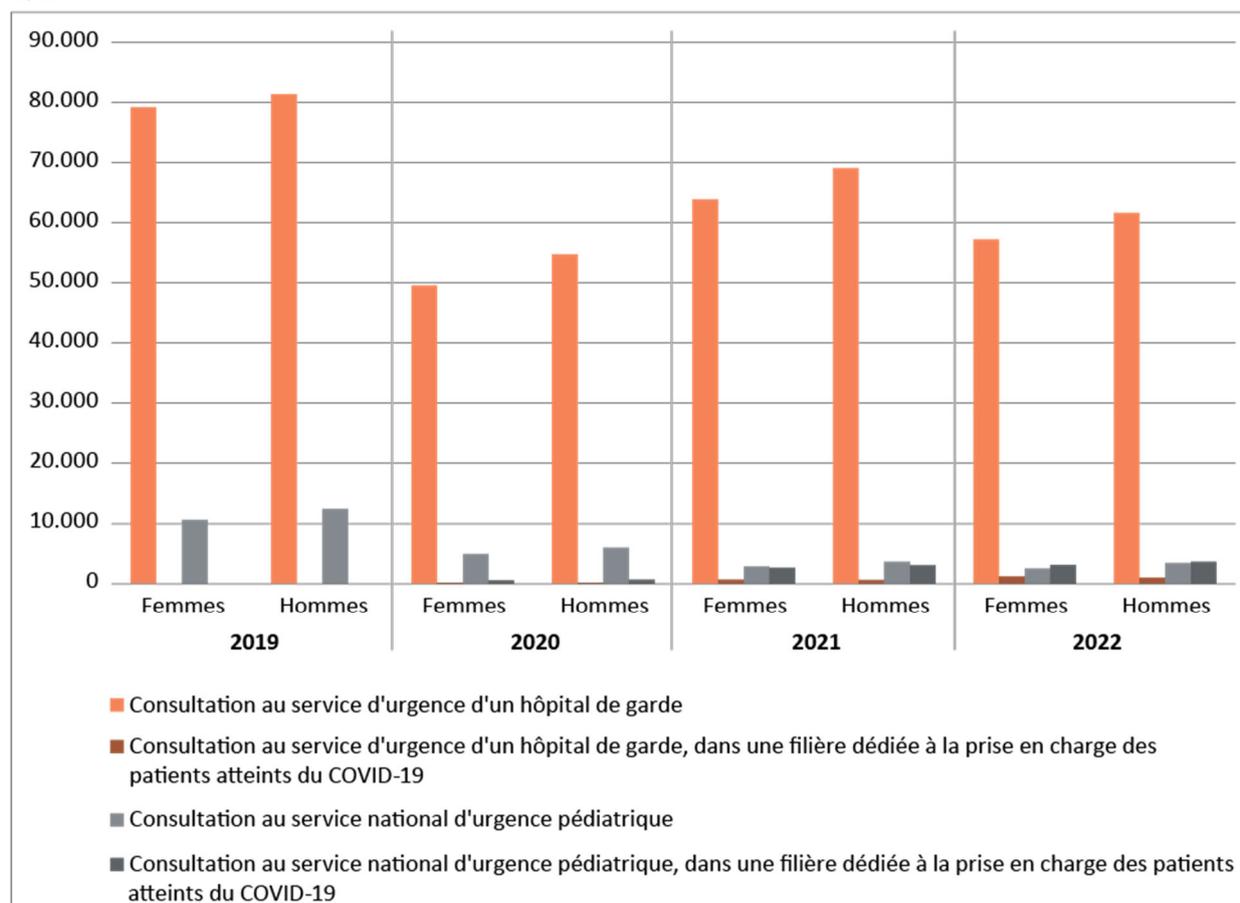
Le constat précédent vaut surtout pour le CHL. Alors que les passages aux urgences réalisés par le CHL augmentent fortement en 2021 (surtout pour les enfants de 0-1 an), les consultations urgentes réalisées par les médecins au CHL pour les enfants (service national d'urgence pédiatrique) diminuent légèrement en 2021 selon les chiffres disponibles.

La part des personnes âgées (75 ans et plus) dans les consultations urgentes est assez faible du fait de leur faible part dans la population totale⁸.

Comme déjà constaté plus haut dans le cadre de l'analyse sur les passages aux urgences, le graphique suivant montre que les hommes sont également plus nombreux à bénéficier d'une consultation aux urgences que les femmes.

⁸ Le taux de recours aux services d'urgences qui sera analysé plus loin dans le cahier est cependant plus élevé.

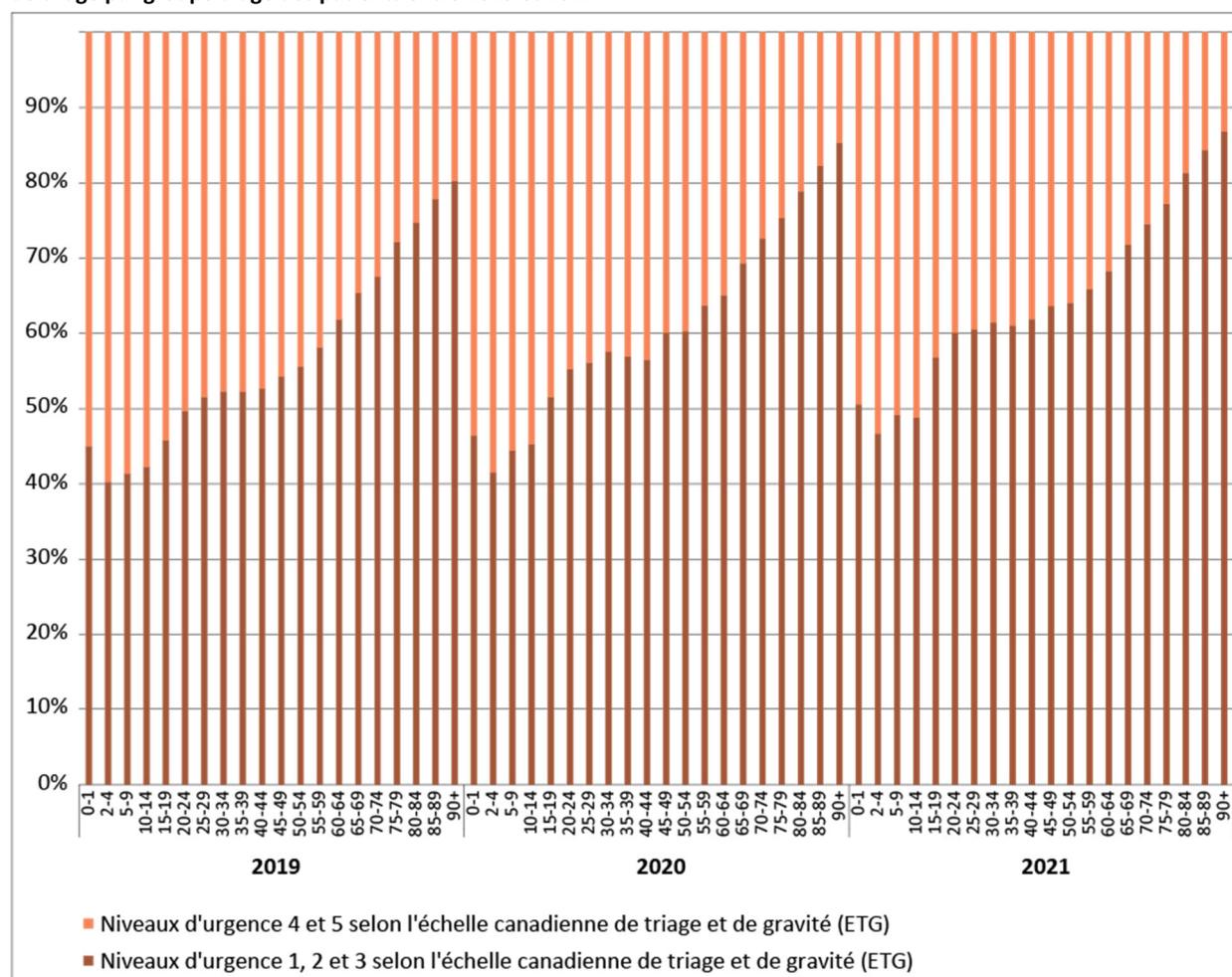
Graphique 10 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier par sexe du patient entre 2019 et 2022



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Le graphique suivant donne la répartition des consultations réalisées entre les deux niveaux d'urgence par catégories d'âge.

Graphique 11 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage par groupe d'âge des patients entre 2019 et 2021



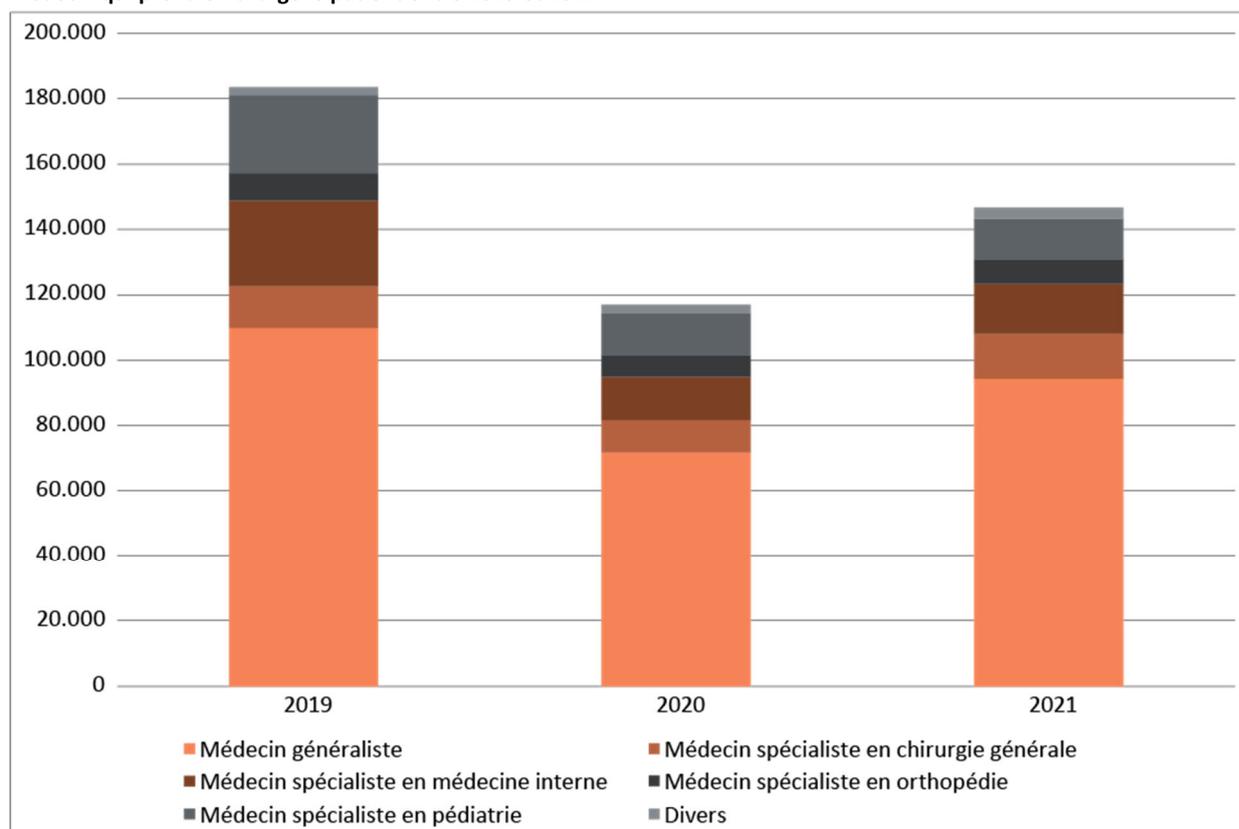
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

La part des consultations urgentes des enfants qui n'ont pas de degré élevé d'urgence dépasse légèrement les consultations avec un degré d'urgence plus élevé (niveaux 1-3). La proportion des consultations ayant un degré d'urgence élevé augmente cependant rapidement avec l'âge.

Par la suite, l'analyse se concentre sur le nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins réalisées par spécialité médicale⁹ (y inclus les consultations réalisées au service national d'urgence pédiatrique) entre 2019 et 2021, puis sur la spécialité médicale liée aux consultations urgentes prestées au service national d'urgence pédiatrique.

⁹ Plus de la moitié des consultations est réalisée par des « associations des médecins ». Le code de l'association des médecins ne permet pas d'identifier le médecin traitant le patient et sa spécialité médicale. Ainsi, pour déterminer la spécialité médicale du médecin, celle de l'association est retenue.

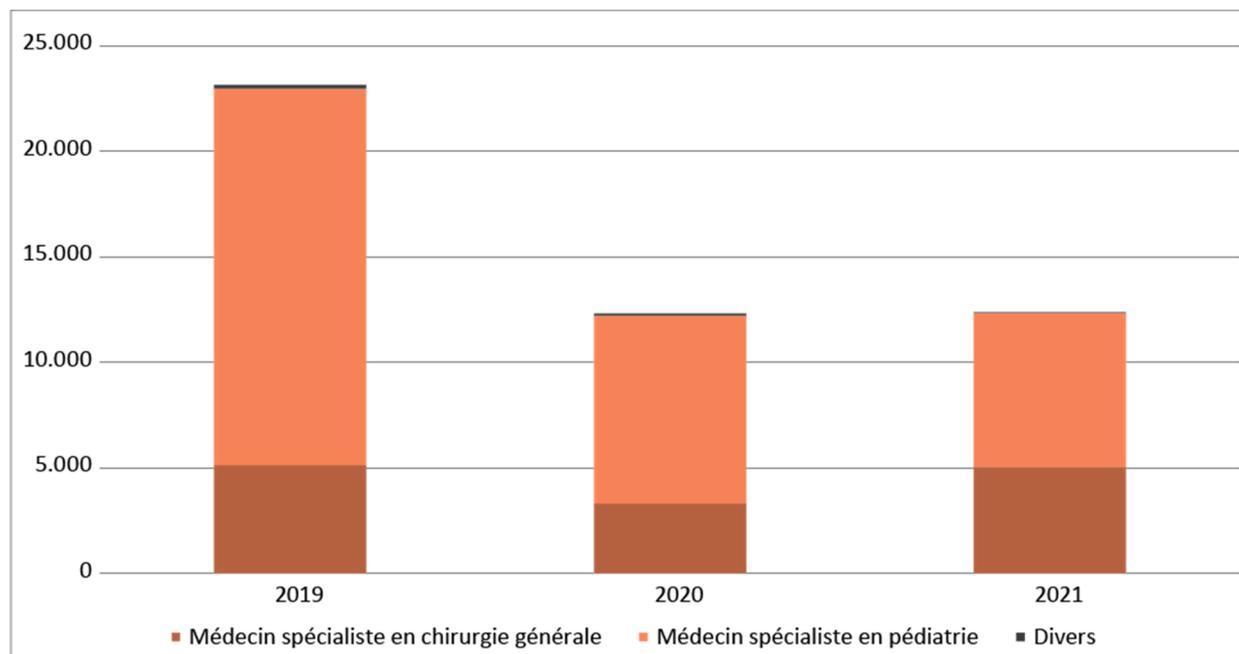
Graphique 12 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier selon la spécialité médicale du médecin qui prend en charge le patient entre 2019 et 2021



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

À côté des médecins généralistes, qui prennent en charge plus de 50% des patients, ce sont les médecins spécialistes en médecine interne, les médecins spécialistes en pédiatrie, les médecins spécialistes en chirurgie générale et les médecins spécialistes en orthopédie qui réalisent un nombre important de consultations urgentes en milieu hospitalier. Les autres spécialités médicales ne réalisent qu'entre 1,5% et 2,5% de ces consultations.

Graphique 13 - Nombre de consultations urgentes des sous-sections 3 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins au service national d'urgence pédiatrique selon la spécialité médicale entre 2019 et 2021



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

En ce qui concerne les consultations réalisées au service d'urgence national pédiatrique, la quasi-totalité des consultations est réalisée par les médecins spécialistes en pédiatrie ou les médecins spécialistes en chirurgie générale.

Le lieu géographique (centre hospitalier ou cabinet médical) de réalisation des consultations et des autres actes réalisés par les médecins n'est en principe pas renseigné. Cependant, comme les consultations urgentes, qui font l'objet de la présente section, ne peuvent être réalisées qu'au sein d'un service d'urgence d'un hôpital de garde, respectivement au service national pédiatrique et, comme l'établissement dans lequel un médecin est agréé, respectivement travaille est souvent connu¹⁰, ces éléments sont pris en compte pour affecter les consultations à un centre hospitalier donné.

Tableau 12 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par établissement hospitalier entre 2019 et 2021

Centre hospitalier	2019	2020	2021
CHL	49 223	32 027	36 233
CHEM	68 574	42 597	51 665
CHdN	25 010	14 822	24 918
HRS	38 814	25 271	31 233
Centre hospitalier Inconnu	1 970	2 259	2 603
TOTAL	183 591	116 976	146 652

Source : Bases de données de la sécurité sociale/Direction de la Santé, calcul IGSS

Parmi les 447 219 consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins réalisées entre 2019 et 2021, 98,5% peuvent être attribuées à un centre hospitalier précis.

Par ailleurs, l'analyse montre que le nombre de passages aux services d'urgences est nettement plus élevé que le nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins. L'analyse de ces écarts montre que pour une partie des passages pour lesquels aucune de ces consultations n'a pu être identifiée, d'autres actes de la nomenclature des actes et services des médecins ont été réalisés. En 2019, pour environ 88% des passages des actes de la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes ont pu être déterminés (cf. tableau 14). Ce taux diminue à 80,0% en 2020 et passe à 81,4% en 2021. La baisse du taux par rapport à 2019 pourrait s'expliquer par la facturation du forfait FC45 qui ne peut pas être attribué à un passage donné.

Le tableau suivant donne la part des passages aux services d'urgences pour lesquels il est possible d'identifier une consultation urgente des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins.

Tableau 13 - Évolution de la part des passages aux services d'urgences avec au moins une consultation urgente des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins réalisée le même jour au même centre hospitalier entre 2019 et 2021

Année	CHL	CHEM	CHdN	HRS	Total
2019	74,8%	81,3%	39,9%	60,0%	66,1%
2020	56,3%	68,9%	29,4%	55,9%	53,9%
2021	52,4%	76,1%	44,8%	56,8%	58,4%

Source : Bases de données de la sécurité sociale/Direction de la Santé, calcul IGSS

¹⁰ L'IGSS a utilisé deux sources pour l'identification du lieu de travail : le relevé des médecins agréés auprès des hôpitaux au 1^{er} janvier des années 2019/2020/2021 de l'IGSS et les bases de données de la sécurité sociale.

La part des passages aux services d'urgences avec au moins une consultation urgente des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins réalisée le même jour au même centre hospitalier varie considérablement entre les centres hospitaliers et comme décrit plus haut, d'une année à l'autre. Cette part est particulièrement faible au CHdN avec seulement 29,4% en 2020. C'est au CHEM que la part est la plus élevée avec 81,3% en 2019. Au CHL, elle s'élève à 74,8% en 2019 et à 52,4% en 2021. Aux HRS elle est assez stable et varie entre 55,9% et 60,0%. En ce qui concerne les HRS, la part des passages aux services d'urgences avec une consultation médicale urgente des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins est particulièrement faible dans le cas des enfants de 0-9 ans, elle varie entre 19,7% et 22,2%. Ceci peut s'expliquer par le fait que les sous-sections 3 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins sont réservées à l'activité du service national d'urgence pédiatrique, situé au CHL.

Le tableau suivant indique pour les passages sans facturation de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins, la part de passages aux services d'urgences pour lesquels il est possible d'identifier un autre acte de la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes le jour du passage indépendamment du lieu de réalisation de cet acte.

Tableau 14 : Evolution de la part des passages aux services d'urgences avec au moins un acte de la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes réalisé le même jour entre 2019 et 2021 (en % du nombre total de passages)

Année	CHL	CHEM	CHdN	HRS	Total
2019	88,9%	90,1%	81,7%	89,7%	88,0%
2020	73,9%	85,3%	73,0%	88,2%	80,0%
2021	70,4%	86,4%	81,9%	88,9%	81,4%

Source : Bases de données de la sécurité sociale/Direction de la Santé, calcul IGSS

Sur la période analysée, les actes les plus réalisés hors sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes sont l'acte C55 (consultation urgente du pédiatrie), l'acte C51 (consultation urgente), l'acte V22 (visite urgente) et, surtout en 2020 et 2021, l'acte 8A31 (TDM du cou et/ou des organes thoraciques). Les actes C55 concernent principalement les enfants de 0 à 9 qui ont eu un passage au service d'urgence des HRS.

Le lieu de réalisation de ces actes n'est pas renseigné, ainsi il est possible que l'acte ait été réalisé au cabinet médical, au centre hospitalier qui a réalisé un passage au service d'urgence, dans un autre centre hospitalier ou dans un établissement hospitalier ne disposant pas d'un service d'urgence, dans une maison médicale, dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu ou chez le patient dans le cas des visites. De même, comme l'heure de l'acte n'est pas non plus renseignée, il est possible que l'acte ait été réalisé avant le passage au service d'urgence, lors du passage ou après le passage.

A titre d'information, le forfait horaire FC45 introduit dans le cadre de la prise en charge des patients COVID-19 est facturé 297 861 fois en 2020 et 89 953 fois en 2021. Il ne peut pas être lié à un patient précis et il n'a pas été considéré dans les calculs précédents. Ceci peut expliquer une part des passages pour lesquels aucun acte ne peut être identifié lors des années 2020 et 2021.

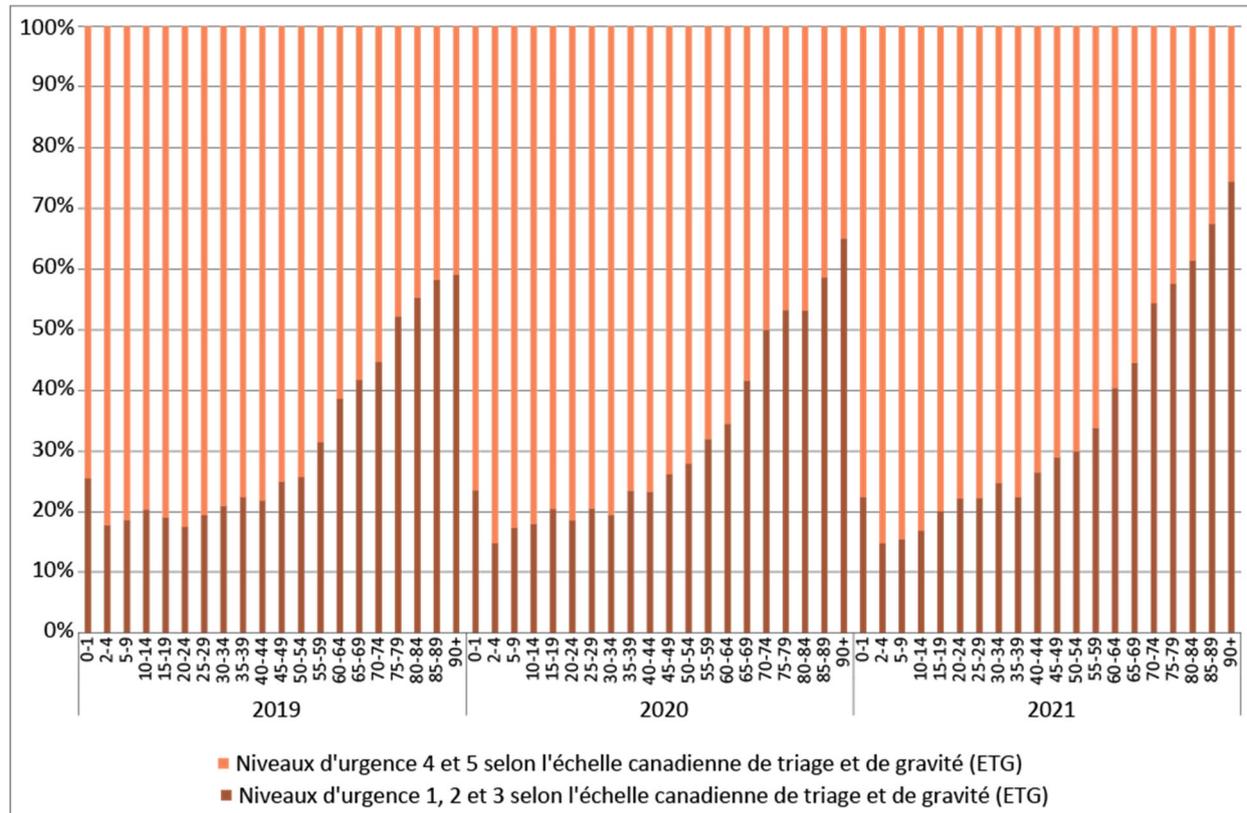
Tableau 15 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité et par établissement hospitalier entre 2019 et 2021

	2019		2020		2021	
	Nombre de consultations et répartition selon le niveau d'urgences		Nombre de consultations et répartition selon le niveau d'urgences		Nombre de consultations et répartition selon le niveau d'urgences	
CHL						
niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	12 657	25,7%	8 422	26,3%	10 389	28,7%
niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	36 566	74,3%	23 605	73,7%	25 844	71,3%
CHEM						
niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	43 817	63,9%	30 570	71,8%	41 341	80,0%
niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	24 757	36,1%	12 027	28,2%	10 324	20,0%
CHdN						
niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	11 511	46,0%	7 345	49,6%	12 614	50,6%
niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	13 499	54,0%	7 477	50,4%	12 304	49,4%
HRS						
niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	29 755	76,7%	20 997	83,1%	26 143	83,7%
niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG)	9 059	23,3%	4 274	16,9%	5 090	16,3%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

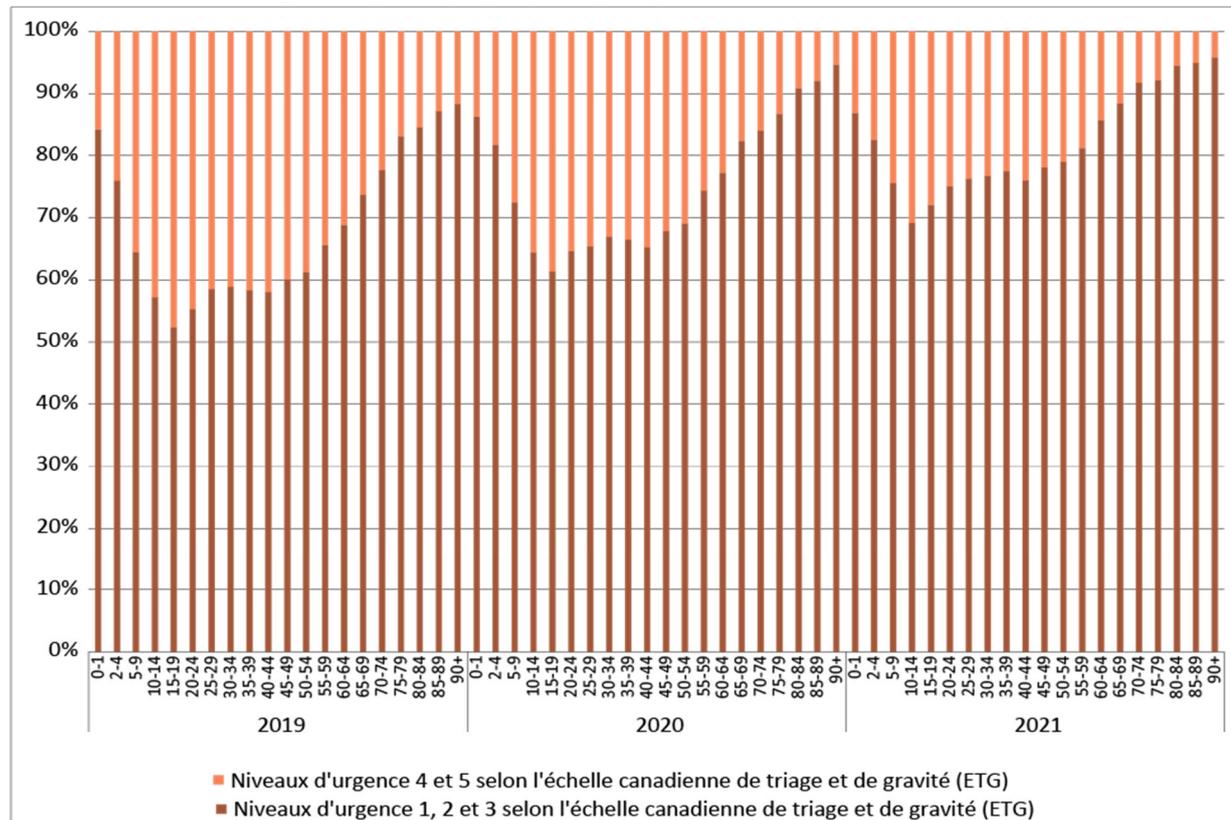
De fortes différences existent entre les centres hospitaliers en ce qui concerne le niveau d'urgence des consultations. En 2021, les consultations avec un niveau d'urgence élevé (niveaux 1-3) ne représentent que 28,1% des consultations urgentes totales au CHL, contre 48,9% au CHdN, 79,9% au CHEM et 87,7% aux HRS.

Graphique 14 - Répartition et évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité par groupe d'âge du patient entre 2019 et 2021 – CHL



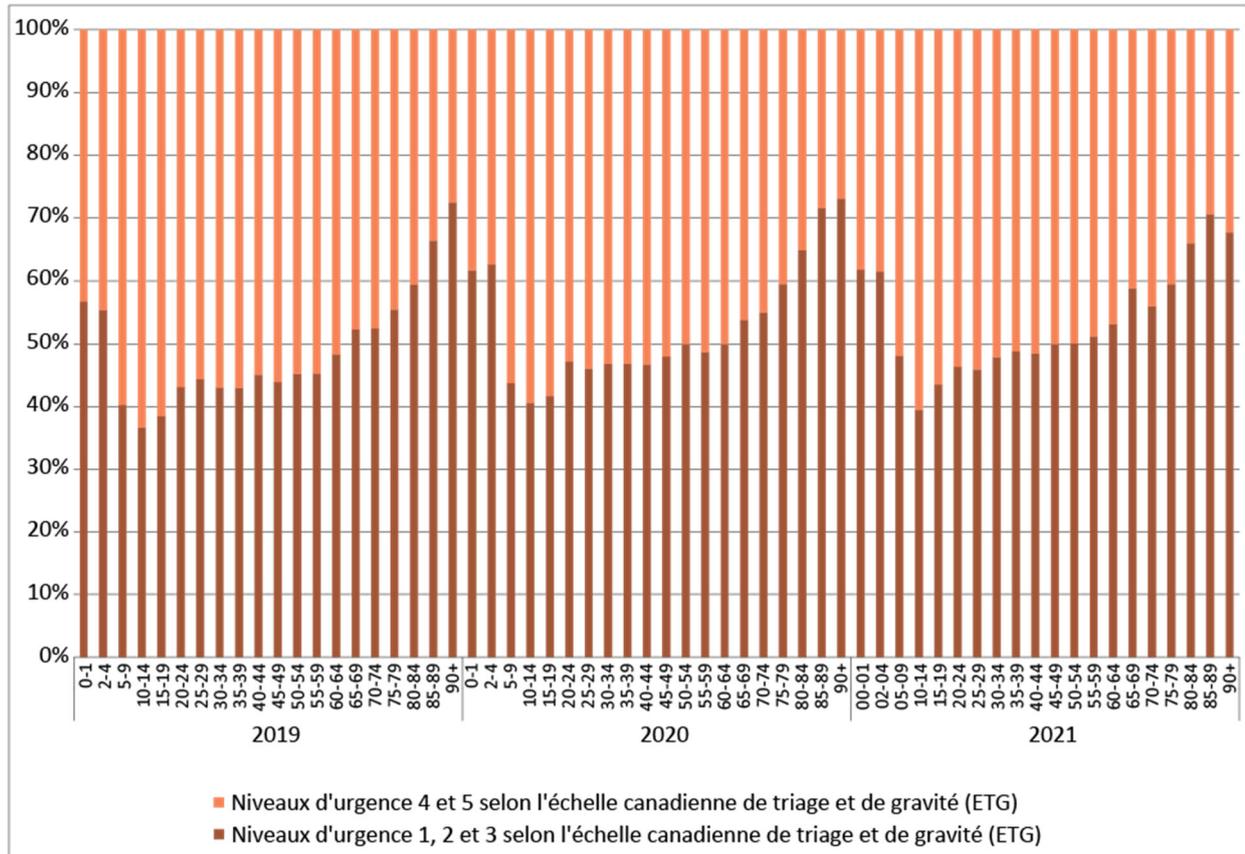
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Graphique 15 - Répartition et évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité par groupe d'âge du patient entre 2019 et 2021 - CHEM



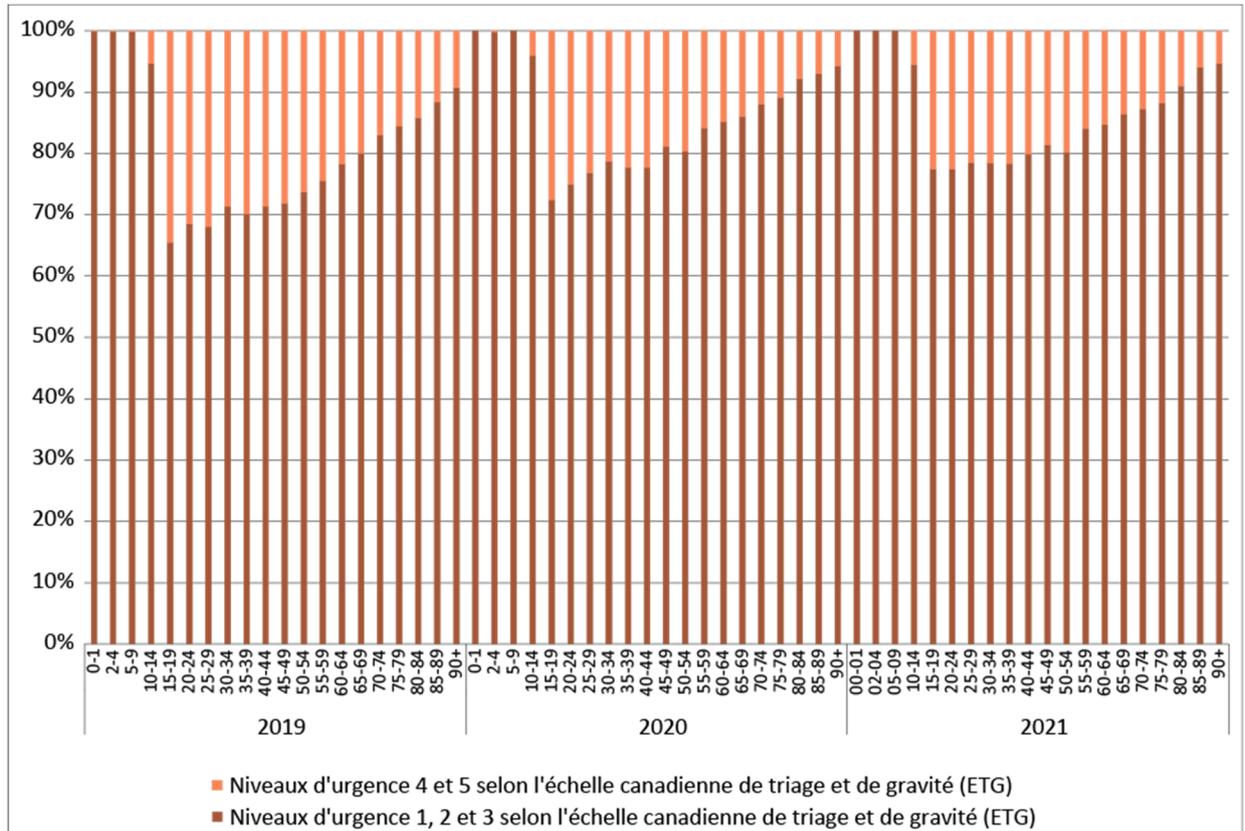
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Graphique 16 - Répartition et évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité par groupe d'âge du patient entre 2019 et 2021 – CHdN



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Graphique 17 - Répartition et évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité par groupe d'âge du patient entre 2019 et 2021 – HRS



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

La part des consultations avec un niveau d'urgence élevé augmente dans tous les établissements avec l'âge. Dans les cas des enfants de 0-9 ans aux HRS, une consultation urgente médicale en médecine hospitalière des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins n'est facturée que pour environ un cinquième des patients. Pour ces enfants, l'acte C55 (consultation urgente du pédiatre) est souvent facturé. Cet acte n'indique pas le niveau d'urgence.

Selon ces quatre graphiques, il y a de fortes différences entre les quatre hôpitaux pour toutes les catégories d'âge. Ces résultats se basent sur la facturation des actes médicaux.

1.2 TAUX DE RECOURS AUX SOINS URGENTS EN MÉDECINE HOSPITALIÈRE

Cette section présente l'évolution du taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière sur la période allant de 2019 à 2021, puis analyse ce taux de recours selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés.

La méthodologie utilisée pour analyser le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière est présentée dans l'encadré 2. Cette méthodologie vaut également pour l'analyse du taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière (partie 2) et pour l'analyse du taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière réalisée dans une maison médicale de garde (partie 3).

1.2.1 Évolution du taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière

Cette sous-section donne un aperçu global de l'évolution du taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière entre 2019 et 2021.

Tableau 16 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière

Année	Taux de recours
2019	24,8%
2020	20,3%
2021	21,8%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, le taux de recours aux soins de médecine d'urgence en médecine hospitalière s'est établi à 24,8% (131 917 / 531 887), pour passer à 20,3% en 2020 (110 414 / 544 606) et à 21,8% (119 791 / 550 667) en 2021 suite à la réduction des activités due à la crise sanitaire liée à la COVID-19 à partir de mars 2020.

1.2.2 Le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés

Les taux globaux présentés ci-dessus recouvrent des différences, parfois importantes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population que l'analyse ci-dessous va présenter.

Encadré 2 : Méthodologie appliquée à l'analyse du taux de recours

Définition :

Le taux de recours aux soins urgents (en médecine hospitalière / en médecine extrahospitalière (y compris les maisons médicales de garde)/ en médecine extrahospitalière réalisée dans une maison médicale de garde) correspond au rapport entre le nombre de personnes résidentes assurées ou coassurées auprès de l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise pendant les 12 mois d'une année civile qui ont eu recours aux soins urgents (en médecine hospitalière / en médecine extrahospitalière (y compris les maisons médicales de garde) / en médecine extrahospitalière réalisée dans une maison médicale de garde) au moins une fois au cours de cette année civile et le nombre total de personnes résidentes assurées ou coassurées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise pendant les 12 mois de cette année civile. En médecine hospitalière, les soins urgents correspondent aux passages aux urgences dans un des quatre centres hospitaliers du Luxembourg. En médecine extrahospitalière, les soins urgents correspondent aux consultations et visites d'un médecin.

Types d'analyse :

L'analyse du taux de recours selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques ignore, faute d'informations disponibles, des caractéristiques comme l'état de santé de la population, sa connaissance du système national de santé ou encore l'offre globale des professionnels et des établissements de santé par exemple. Les résultats de cette analyse sont donc uniquement conditionnels aux variables sociodémographiques et économiques retenues.

Dans un premier temps, une analyse descriptive mesure les taux de recours caractéristique par caractéristique ou en croisant deux caractéristiques comme l'âge et le sexe par exemple. Dans un deuxième temps, l'estimation d'un modèle de régression logistique multivariée qui tient compte des corrélations de l'ensemble des caractéristiques observées permet d'aller au-delà de l'analyse descriptive en neutralisant les effets de structure, c'est-à-dire, par exemple, en tenant compte des différences de structure des populations selon les cantons, et permet ainsi de confirmer ou d'infirmer les résultats de l'analyse descriptive. Plus précisément, pour confirmer ou infirmer les résultats de l'analyse descriptive, les résultats de l'analyse du modèle de régression logistique multivariée (odds-ratios ajustés) sont confrontés aux résultats de l'analyse des modèles de régression logistique univariée (odds-ratios bruts). Pour les trois taux de recours analysés, un tableau présente à chaque fois les odds-ratios bruts et les odds-ratios ajustés en annexe (tableaux A-1, A-2 et A-3). Le modèle de régression logistique multivariée est également utilisé comme un outil d'analyse discriminante, c'est-à-dire pour déterminer les caractéristiques qui jouent les rôles les plus importants dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière.

Une analyse centrée sur l'année 2019 :

Pour des raisons de lisibilité, les commentaires des analyses se concentrent essentiellement sur l'année 2019, mais ils valent également pour les années 2020 et 2021. En effet, les mêmes grandes tendances sont observées pour les trois années passées sous revue. Si les écarts absolus des taux de recours entre les catégories d'une caractéristique sont plus élevés en 2019 qu'en 2020 et 2021 du fait d'un taux de recours global plus élevé, les écarts relatifs sont relativement similaires. Lorsque des changements

notables sont observés entre ces trois années, ils seront néanmoins indiqués. Les caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population ont très peu changé entre 2019 et 2021.

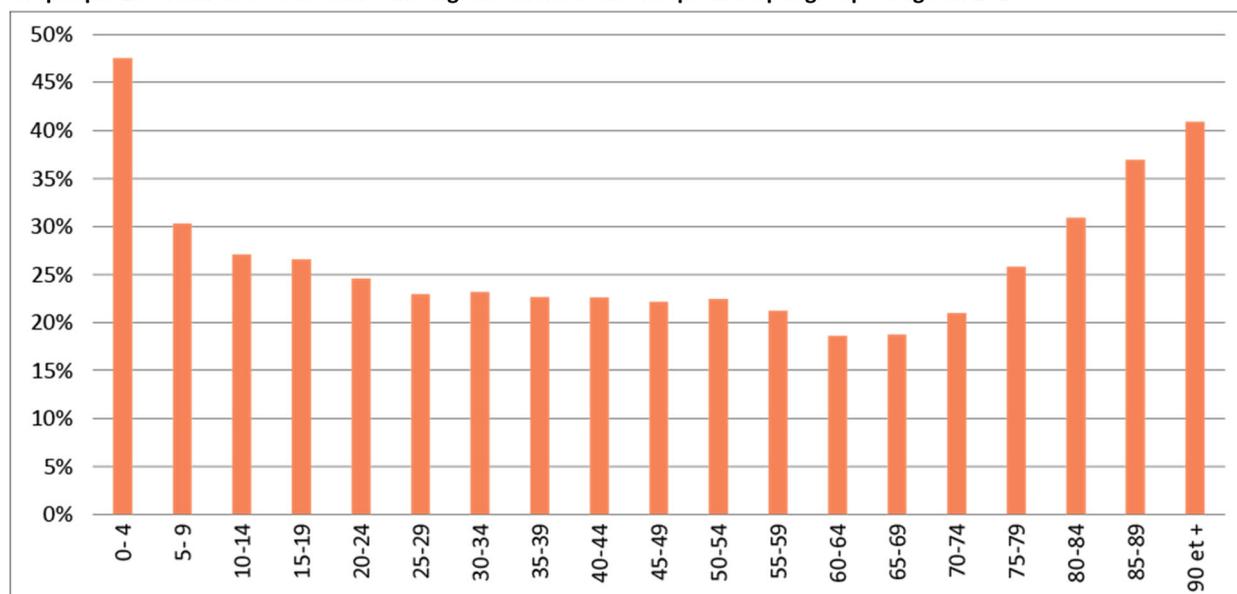
Caractéristiques sociodémographiques et économiques retenues :

Les caractéristiques sociodémographiques et économiques retenues sont l'âge, le sexe, la nationalité, l'année d'arrivée au Luxembourg, le type de ménage, le canton de résidence, la situation par rapport à l'activité professionnelle, le niveau de vie et le fait de bénéficiaire ou non de l'allocation de vie chère. Une analyse exploratoire ciblée uniquement sur les personnes exerçant une activité professionnelle retient également le secteur d'activité économique dans lequel elles travaillent.

Niveau de vie (définition et limites) :

Le niveau de vie ou revenu disponible équivalent correspond au revenu total d'un ménage, après impôt et autres déductions, disponible en vue d'être dépensé ou épargné, divisé par le nombre de membres du ménage converti en équivalents adultes. L'équivalence entre les membres du ménage est obtenue par pondération en fonction de l'âge, à partir de l'échelle d'équivalence «modifiée» de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le revenu disponible équivalent est calculé en trois étapes. D'abord, tous les revenus monétaires perçus par chaque membre du ménage, peu importe leur origine, sont additionnés. Il s'agit des revenus du travail, de remplacement, des prestations sociales et des revenus du capital, auxquels s'ajoute tout autre revenu perçu par le ménage, tous nets d'impôts et de cotisations sociales. Ensuite, afin de prendre en compte les différences de taille et de composition des ménages, le revenu total (net) du ménage est divisé par le nombre d'équivalents adultes au moyen d'une échelle standard : l'échelle modifiée de l'OCDE. Cette échelle assigne une pondération à tous les membres du ménage (dont l'addition constitue la taille équivalente du ménage): 1 au premier adulte; 0,5 à chaque membre âgé de 14 ans et plus et 0,3 aux enfants de moins de 14 ans. Enfin, le chiffre obtenu, appelé niveau de vie ou revenu disponible équivalent, est distribué à parts égales entre chaque membre du ménage. Dans ce cahier statistique, le niveau de vie est déterminé à partir de données administratives disponibles à l'IGSS et d'un modèle de microsimulation développé par l'IGSS. Partant, les revenus issus de l'étranger, y compris ceux des fonctionnaires internationaux et les revenus du patrimoine ne sont pas disponibles et ne sont pas inclus dans le niveau de vie. Le modèle de microsimulation est utilisé pour estimer l'impôt sur le revenu des personnes physiques. Faute d'informations disponibles sur la composition du ménage-logement pour la Ville de Luxembourg, ce ménage s'apparente dans un grand nombre de cas davantage à un ménage fiscal. Lorsqu'une personne vit dans un ménage dans lequel une personne au moins n'est pas affiliée à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise pendant au moins 6 mois de l'année (cas des fonctionnaires internationaux ou des nouveaux arrivants par exemple), le niveau de vie n'est pas renseigné et indiqué comme « inconnu ».

Graphique 18 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière par groupe d'âge en 2019

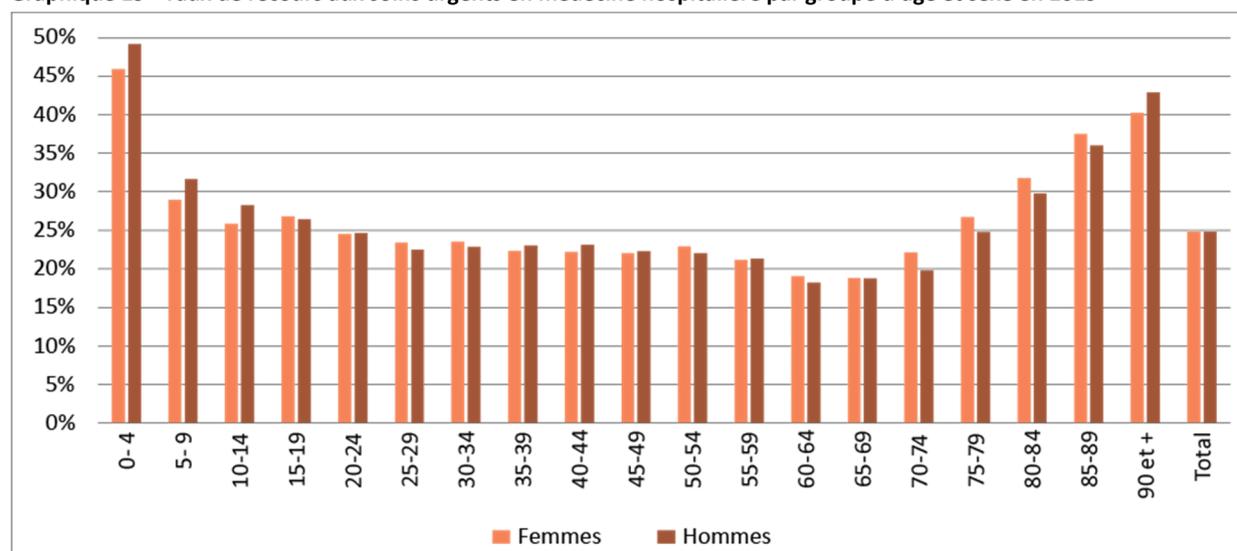


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'âge joue un rôle essentiel dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière avec des taux de recours qui varient de 18,6% chez les 60-69 à 47,5% chez les enfants de 0-4 ans en 2019. La baisse conséquente observée entre les 0-4 ans (47,5%) et les 5-9 ans (30,3%) est suivie d'une baisse plus modérée chez les groupes d'âge suivants avant d'osciller autour de 23,0% chez les 25-54 ans, puis reculer de nouveau pour atteindre un taux de recours plancher chez les 60-69 ans. Après 69 ans, le taux de recours repart progressivement à la hausse pour atteindre un taux de 40,9% chez les personnes âgées de 90 ans et plus.

En contrôlant les effets de structure associés aux autres variables introduites dans le modèle de régression logistique multivariée, le profil du taux de recours en fonction de l'âge dessiné par l'analyse descriptive est globalement maintenu avec même une légère accentuation du risque relatif de recourir à ce type de soins chez les plus jeunes et les plus âgés. Lorsque ce modèle est utilisé comme un outil d'analyse discriminante, l'âge ressort comme étant la variable la plus discriminante dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière.

Graphique 19 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière par groupe d'âge et sexe en 2019

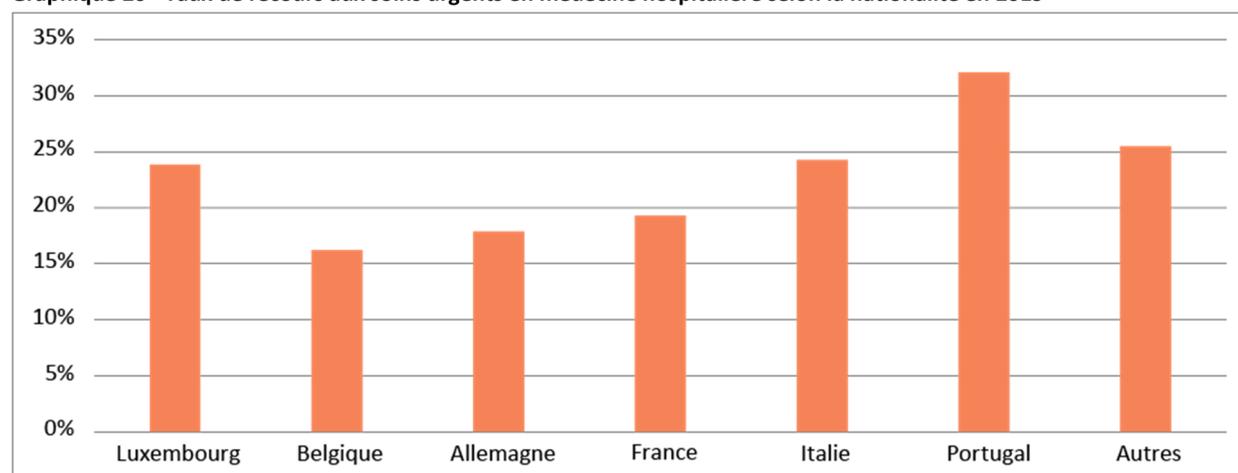


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Globalement, les femmes et les hommes (24,8%) recourent avec la même fréquence aux soins urgents en médecine hospitalière.

En contrôlant uniquement par l'âge, de légères différences apparaissent toutefois. Jusqu'à l'âge de 14 ans, le taux de recours des garçons est un peu plus élevé que celui des filles. Ensuite, ces différences s'atténuent pour basculer légèrement à l'avantage des femmes entre 70 ans et 89 ans. En contrôlant cette fois-ci par l'ensemble des variables introduites dans le modèle de régression logistique multivariée, le risque relatif de recourir à ce type de soins des femmes est quasiment le même que celui des hommes et l'analyse discriminante indique que le sexe ne joue pas de rôle dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière en 2019. Par contre, en 2020 et 2021, la régression logistique multivariée indique que le risque relatif de recourir à ce type de soins des femmes est légèrement inférieur à celui des hommes et que le sexe joue un léger rôle dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière.

Graphique 20 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon la nationalité en 2019

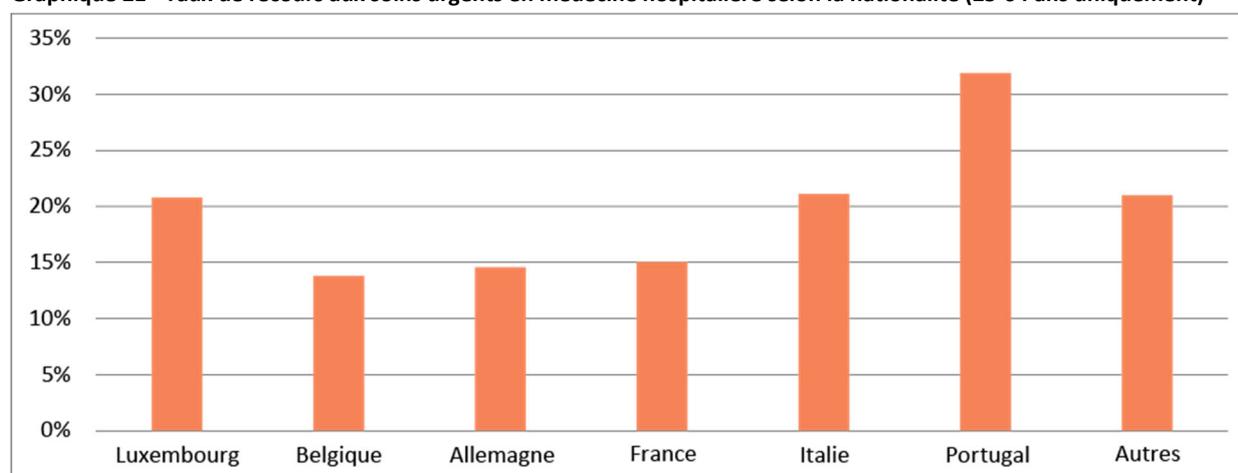


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le taux de recours varie quasiment du simple au double selon la nationalité¹¹ avec le taux le plus bas chez les résidents de nationalité belge (16,2%) et le taux le plus élevé chez ceux de nationalité portugaise (32,1%). Entre ces deux valeurs se trouvent, par ordre croissant, les résidents de nationalité allemande (17,9%), ceux de nationalité française (19,3%), ceux de nationalité luxembourgeoise (23,8%), ceux de nationalité italienne (24,3%) et ceux d'une autre nationalité (25,5%).

Pour atténuer les éventuelles différences de composition des différentes nationalités, notamment en termes de structure par âge, le taux de recours selon la nationalité est alors uniquement mesuré sur les 25-64 ans.

Graphique 21 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon la nationalité (25-64 ans uniquement)



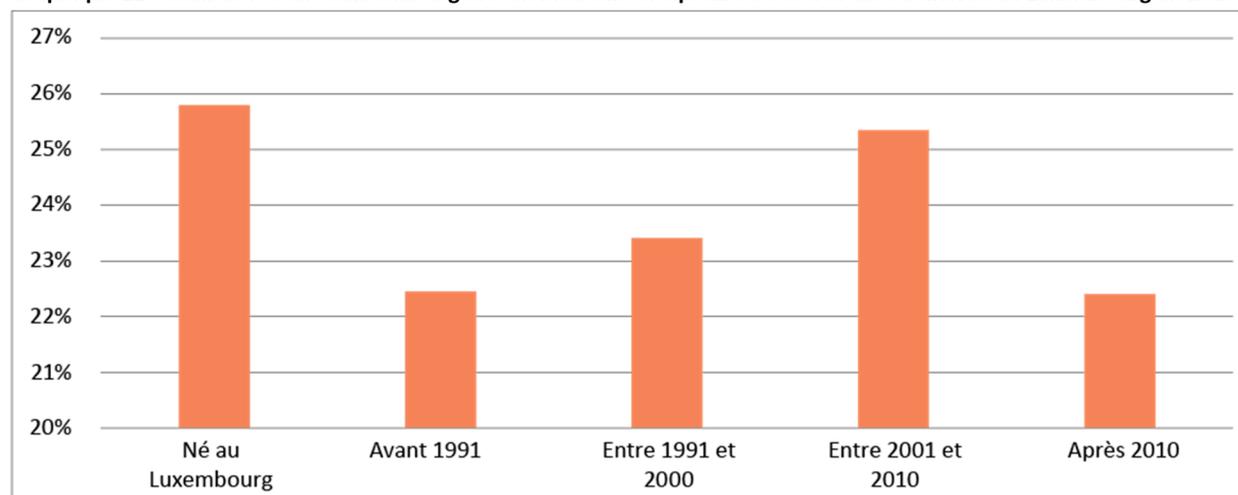
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

¹¹ Pour les moins de 18 ans, c'est la nationalité d'un des deux parents qui est retenue avec une priorité à la nationalité luxembourgeoise lorsqu'un des deux parents seulement possède cette nationalité et une priorité à la nationalité de la mère lorsqu'aucun des deux parents ne possède la nationalité luxembourgeoise.

Globalement, la même hiérarchie que celle constatée sur l'ensemble de la population est conservée. En allant encore un pas plus loin que le seul contrôle de la structure par âge, c'est-à-dire en contrôlant cette fois-ci par l'ensemble des autres caractéristiques observées grâce au modèle de régression logistique multivariée, cette hiérarchie est également maintenue avec un léger tassement des écarts entre les nationalités. Après l'âge, la nationalité constitue la variable la plus discriminante dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière

Dans un pays qui accueille des migrants de manière quasi-continue depuis plus d'un siècle, la date d'arrivée dans le pays¹² représente, à côté de la nationalité, un autre indicateur de l'histoire migratoire.

Graphique 22 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon la date d'arrivée au Luxembourg en 2019

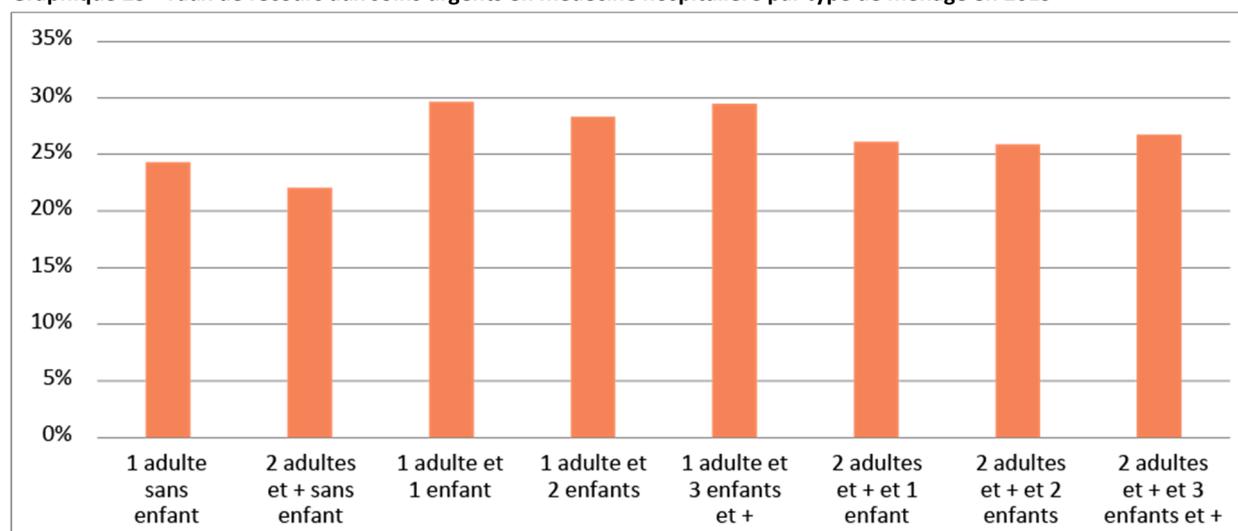


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Par rapport à la nationalité, l'amplitude des taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière en fonction de la date d'arrivée au Luxembourg est beaucoup plus resserrée. Ce taux varie entre 22,4% chez les personnes arrivées avant 1991 et celles arrivées après 2010 et 25,8% chez celles nées au Luxembourg.

En neutralisant les effets de structure, le classement obtenu par l'analyse descriptive est globalement maintenu, mais les écarts se resserrent. Après le sexe, cette variable est d'ailleurs la moins discriminante dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière.

Graphique 23 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière par type de ménage en 2019



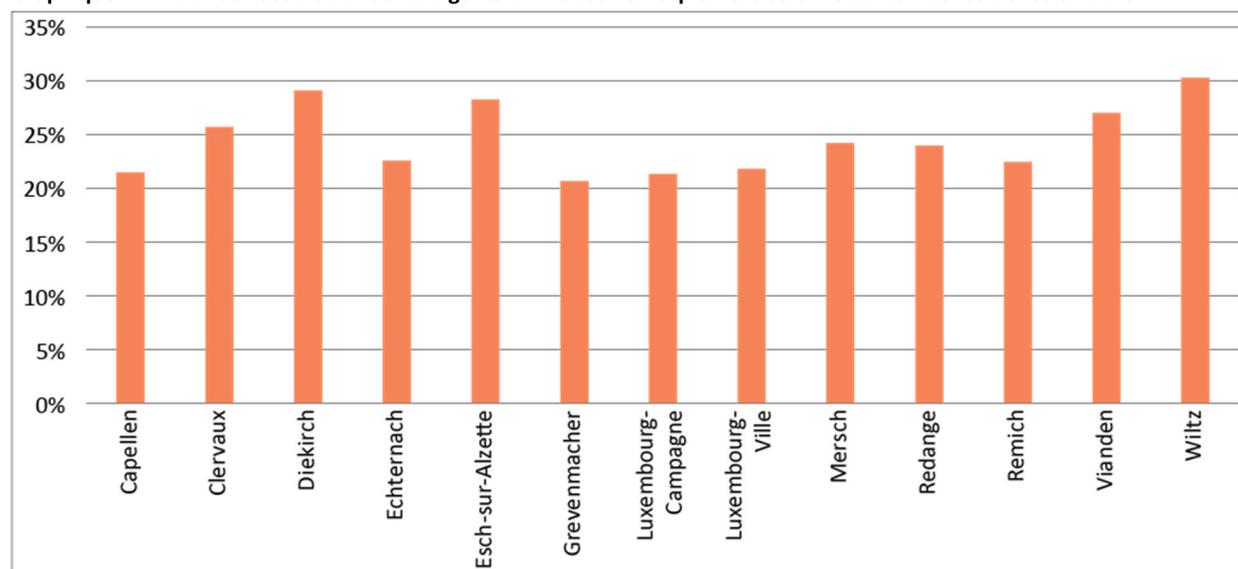
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

¹² Pour les moins de 18 ans, c'est la date d'arrivée dans le pays du parent qui est retenue avec une priorité à la catégorie « né au Luxembourg » lorsqu'un des deux parents seulement appartient à cette catégorie et une priorité à la situation de la mère lorsqu'aucun des deux parents n'est né au Luxembourg.

Lorsque le taux de recours est mesuré en fonction du type de ménage auquel appartient la personne, trois grands groupes se dégagent : celui des personnes vivant dans des ménages sans enfant qui affichent des taux de recours autour de 23,0%, celui des personnes vivant dans des ménages de deux adultes et plus avec enfants qui ont des taux de recours se situant autour de 26-27% et celui des personnes vivant dans des ménages monoparentaux qui présentent des taux de recours proches de 30%.

Cette distribution est quelque peu bousculée lorsque les effets de structure sont contrôlés. En effet, dans ce cas, le risque relatif de recourir à ces soins est le plus élevé chez les personnes vivant dans des ménages d'un adulte sans enfant et le plus faible chez celles vivant dans des ménages de deux adultes et plus avec trois enfants et plus. Le pouvoir discriminant de cette variable dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière est relativement modeste car elle se classe, après le sexe et la date d'arrivée au Luxembourg, parmi les variables les moins discriminantes.

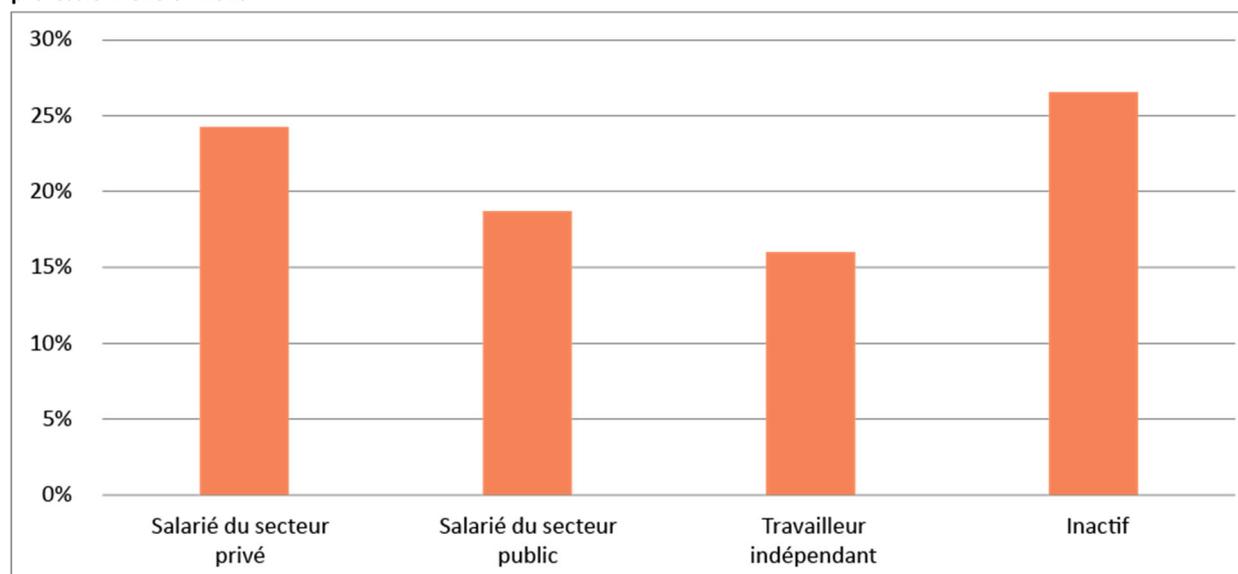
Graphique 24 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon le canton de résidence en 2019



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'analyse du recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon le canton de résidence montre des différences relativement importantes. Ce taux de recours varie entre 20,7% chez les résidents du canton de Grevenmacher et 30,2% chez ceux du canton de Wiltz. Situés entre ces deux cantons, les cantons de Diekirch, d'Esch-sur-Alzette, de Vianden et de Clervaux présentent des taux au-dessus du taux national, alors que les autres cantons se situent en-dessous de ce taux national.

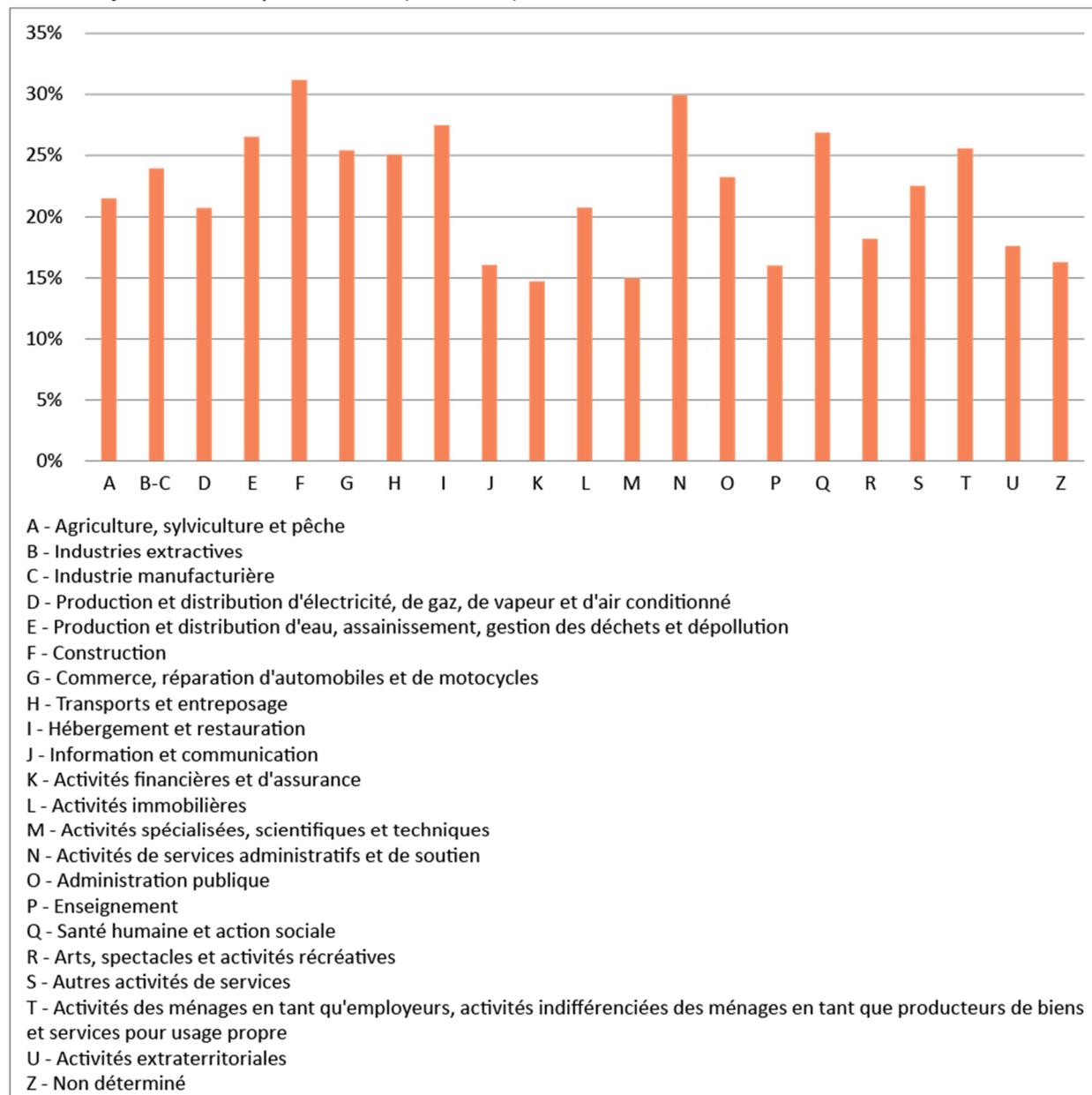
Lorsque les effets de structure sont pris en compte, ces disparités territoriales subsistent et, parmi l'ensemble des caractéristiques observées, le canton de résidence joue, après l'âge et la nationalité, un rôle important dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière.

Graphique 25 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon la situation par rapport à l'activité professionnelle en 2019

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Parmi les personnes exerçant une activité professionnelle, le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière varie entre 16,0% chez les travailleurs indépendants et 24,3% chez les salariés du secteur privé. Entre ces deux valeurs se situent les salariés du secteur public avec un taux de recours de 18,7%. Les personnes inactives, qui comprennent les enfants et les personnes âgées, c'est-à-dire ceux affichant des taux de recours parmi les plus élevés, présentent un taux de recours de 26,6%.

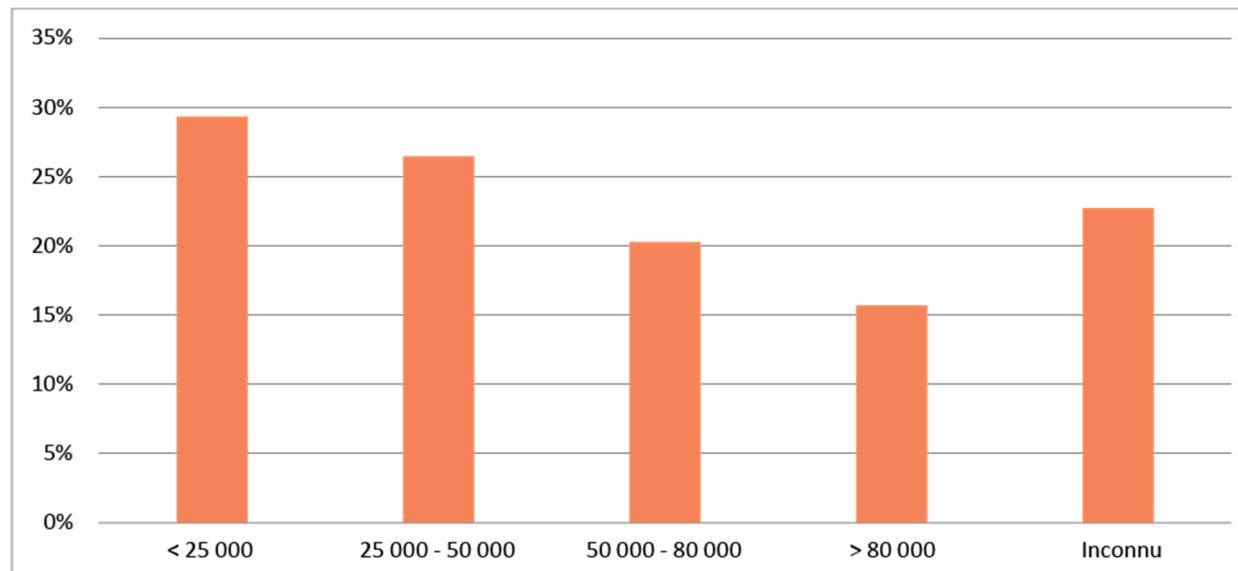
Une fois les effets de structure pris en compte, le risque relatif de recourir à ces soins urgents des personnes inactives passe en-dessous de celui des salariés du secteur privé, mais il reste légèrement au-dessus de celui des salariés du secteur public et au-dessus de celui des travailleurs indépendants. Chez les personnes exerçant une activité professionnelle, la hiérarchie de l'analyse descriptive est maintenue avec un resserrement des écarts entre les trois groupes. Cette variable fait partie des variables qui jouent un rôle modeste dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière.

Graphique 26 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon le secteur d'activité des personnes de 20 à 64 ans exerçant une activité professionnelle (année 2019)

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Une analyse exploratoire du taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière qui s'est uniquement limitée aux personnes exerçant une activité professionnelle âgées de 20 à 64 ans et qui a remplacé la variable « situation par rapport à l'activité professionnelle » par la variable « secteur d'activité » pour mieux rendre compte de l'hétérogénéité du monde du travail montre que le taux de recours varie entre 14,7% chez les personnes travaillant dans le secteur des activités financières et d'assurance et 31,2% chez les personnes travaillant dans le secteur de la construction en 2019.

Une fois les effets de structure contrôlés, la hiérarchie des taux de recours en fonction du secteur d'activité issue de l'analyse descriptive est globalement maintenue. Cette analyse exploratoire a également mis en évidence que les tendances dégagées de l'analyse du taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière sur l'ensemble de la population, à savoir les disparités ou l'absence de disparités selon le sexe, la nationalité, le canton de résidence, la situation financière, et même selon l'âge, sont également vérifiées dans cette sous-population.

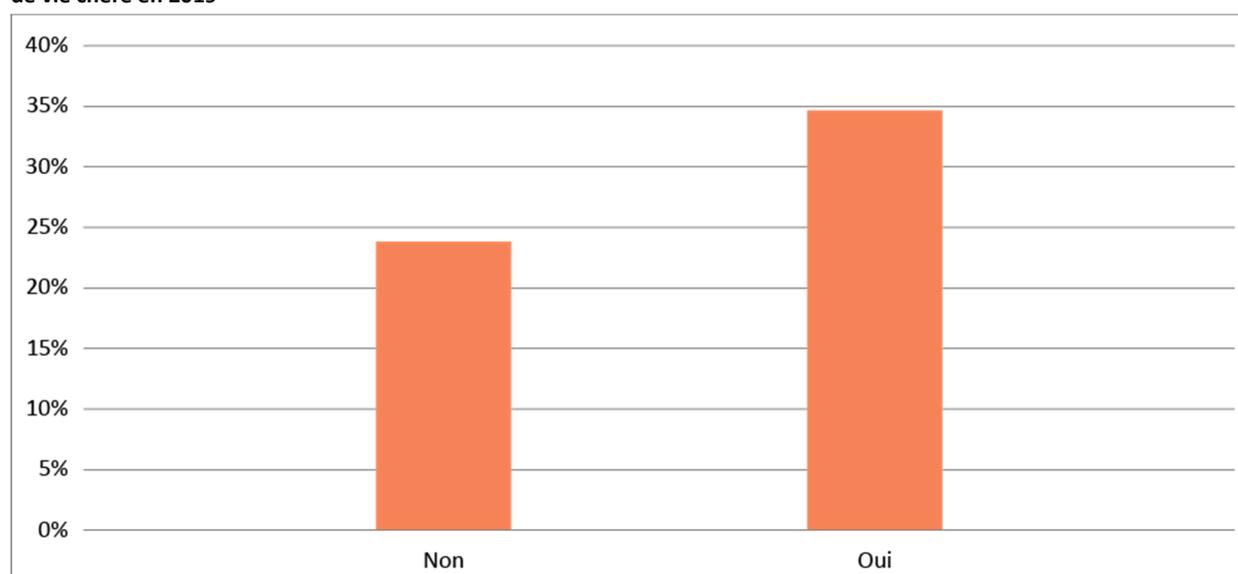
Graphique 27 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière par niveau de vie (EUR/an par équivalent adulte) en 2019

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

La situation financière des individus est mesurée selon deux critères : le niveau de vie et le fait de bénéficier de l'allocation de vie chère. Le niveau de vie, dont la définition et les limites sont présentées dans l'encadré 1, semble jouer un rôle dans le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière avec un taux de recours qui diminue en fonction du niveau de vie.

Ce taux varie de 15,7% chez les personnes avec un niveau de vie annuel supérieur à 80 000 EUR par équivalent adulte à 29,3% chez les personnes disposant d'un niveau de vie annuel inférieur à 25 000 EUR par équivalent adulte.

Pour pallier les limites du niveau de vie, la situation financière est également approchée par le fait de bénéficier ou non de l'allocation de vie chère qui est une prestation versée sous conditions de ressources dont peuvent bénéficier les ménages disposant de faibles revenus.

Graphique 28 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon le fait de bénéficier ou non de l'allocation de vie chère en 2019

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, près de 55 000 personnes vivant dans près de 22 500 ménages ont bénéficié de cette allocation. Le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière des bénéficiaires de cette allocation est égal à 34,6% pour 23,8% chez les non-bénéficiaires de cette allocation.

En neutralisant les effets de structure, les tendances dégagées de l'analyse descriptive sont conservées pour le niveau de vie comme pour l'allocation de vie chère. Après l'âge, la nationalité et le canton de résidence, ce sont ces deux variables qui sont les plus discriminantes dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière.

2 DEUXIÈME PARTIE : LES SOINS URGENTS EN MÉDECINE EXTRAHOSPITALIÈRE

La deuxième partie de ce cahier statistique portant sur les soins urgents en médecine au Luxembourg dresse dans un premier temps un état des lieux des soins urgents prestés en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2021 aux assurés affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise et remboursés par la CNS et étudie dans un deuxième temps le taux de recours à ces soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés. Les données relatives à l'année 2021 sont à considérer comme provisoires.

Encadré 3 : Méthodologie appliquée à la détermination des soins urgents en médecine extrahospitalière

Les soins urgents en médecine extrahospitalière regroupent les consultations et les visites effectuées par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en pédiatrie et les médecins spécialistes en gériatrie en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux¹³. Il s'agit plus précisément des actes prestés le soir, le samedi, le dimanche et les jours fériés. Les actes prestés dans les maisons médicales de garde font également partie de ces soins urgents en médecine extrahospitalière. Les forfaits horaires, introduits dans le cadre de la prise en charge des patients COVID-19 (acte FC45), ne sont pas inclus dans les statistiques qui suivent.

2.1 ÉTAT DES LIEUX DES SOINS URGENTS EN MÉDECINE EXTRAHOSPITALIÈRE

L'état des lieux des soins urgents en médecine extrahospitalière présente dans un premier temps, dans un contexte global, l'évolution du nombre de consultations et visites urgentes entre 2019 et 2021. Dans un deuxième temps, la fréquence des consultations et visites est analysée en prenant en compte différents critères (âge, sexe, pays de résidence, état de santé du patient, type de prestataires et type de soins).

2.1.1 Les consultations et visites urgentes

Cette sous-section donne un aperçu global de l'évolution des consultations et visites urgentes, des assurés qui en bénéficient et des dépenses qui en découlent.

Tableau 17 - Évolution du nombre de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2021

Type de consultations	2019	2020	2021
Consultations et visites normales	1 625 099	1 469 417	1 582 052
Consultations et visites urgentes	56 345	34 506	40 669
Total	1 681 444	1 503 923	1 622 721

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, sur un total de près de 1,7 million de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier, 3,4% sont des soins urgents. En 2020, ce pourcentage se situe à 2,3% pour passer à 2,5% en 2021. En 2020, suite aux restrictions imposées par la crise sanitaire liée à la COVID-19, le nombre de consultations et de visites urgentes diminue de 38,8% pour augmenter de 17,9% en 2021. Entre 2019 et 2021, ce nombre diminue de 27,8%.

¹³ Il s'agit notamment d'une sélection d'actes de la nomenclature des actes et services des médecins, partie I, chapitres 1 et 2.

Ce sont 44 174 patients qui bénéficient de soins urgents en médecine extrahospitalière en 2019 pour 29 105 en 2020 et 32 969 en 2021. Un patient a en moyenne 1,2 consultation et visite urgente par an sur la période allant de 2019 à 2021. À titre de comparaison, un patient a en moyenne 3,5 consultations et visites normales par an sur cette même période.

Tableau 18 - Évolution des dépenses relatives aux consultations et visites réalisées en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2021 (en millions EUR)

Type de consultations	2019	2020	2021
Consultations et visites normales	71,1	66,6	77,4
Consultations et visites urgentes	3,3	2,1	2,6
Total	74,4	68,7	79,9

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2021, les dépenses relatives aux consultations et visites se chiffrent à 79,9 millions EUR, contre 68,7 millions EUR en 2020 et 74,4 millions EUR en 2019. En 2019, 4,4% des dépenses concernent les consultations et visites urgentes. Ce pourcentage passe à 3,0% en 2020 et à 3,2% en 2021. Par rapport à l'année précédente, l'année 2020 se caractérise par une baisse des dépenses relatives aux consultations et visites urgentes de 36,7% et l'année 2021 par une hausse de 23,3%. Entre 2019 et 2021, elles diminuent de 22,0%. La diminution importante des dépenses observée en 2020 est une conséquence directe de la pandémie liée à la COVID-19. L'année 2021 se caractérise par un nombre de consultations et de visites urgentes qui se rapproche de celui de 2019.

De manière générale, l'augmentation des dépenses des consultations et visites urgentes (mais également normales) de 2021 ne s'explique pas seulement par une reprise de l'activité, mais aussi par l'évolution de l'échelle mobile des salaires de 0,6% et par le résultat des négociations tarifaires 2021/2022 de 2,8%. En éliminant ces deux effets, les dépenses relatives aux consultations et visites urgentes à l'indice 100 – diminuent de 10,0% en 2020 et augmentent de 15,6% en 2021.

En 2019, le coût moyen par patient pour des soins urgents en milieu extrahospitalier s'élève à 74,8 EUR, contre 78,3 EUR en 2021.

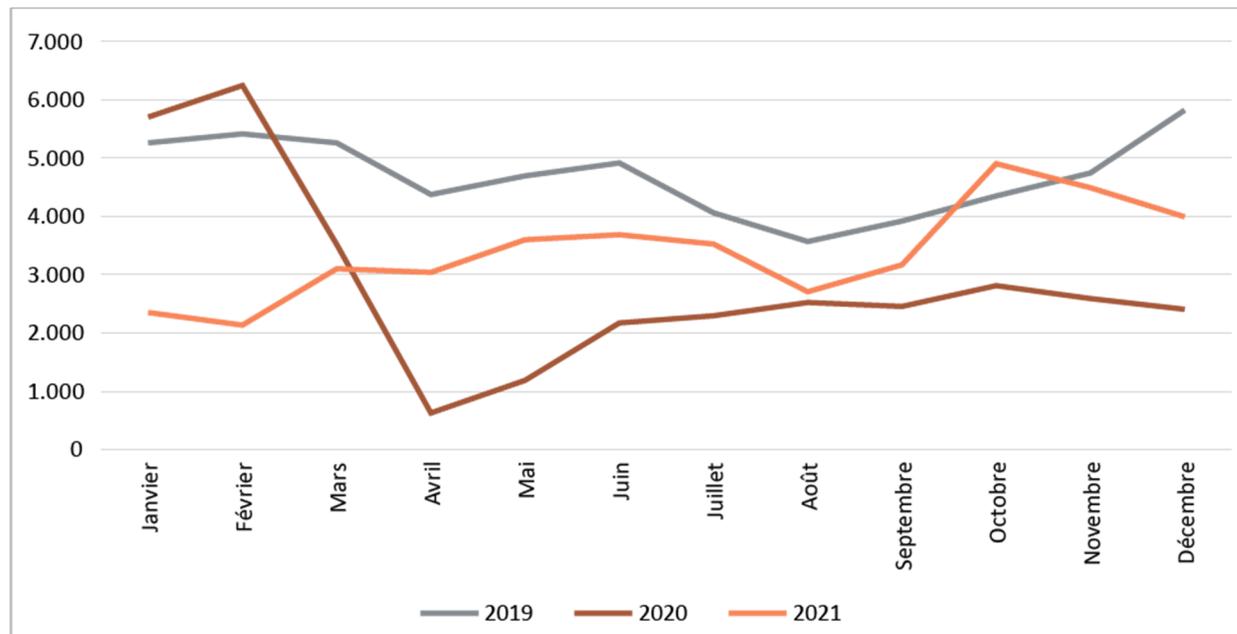
Tableau 19 - Répartition des consultations et visites urgentes totales réalisées en milieu extrahospitalier par lieu de prestation entre 2019 et 2021

Lieu de la prestation	2019	2020	2021
Maison médicale de garde	58,5%	50,9%	48,7%
Cabinet médical ou autre ^{a)}	41,5%	49,1%	51,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

a) La catégorie « Cabinet médical et autre » regroupe les cabinets médicaux des médecins libéraux, les centres de consultation COVID-19, les établissements d'aides et de soins à séjour continu, les visites des médecins n'ayant pas garde dans une maison médicale de garde ainsi que les consultations et visites réalisées dans la maison médicale de garde pédiatrique.

Autour de la moitié des consultations et visites urgentes réalisées en milieu extrahospitalier est effectuée par des médecins généralistes travaillant dans une maison médicale de garde. En 2019, ce pourcentage s'élève même à 58,5%. Or, ce pourcentage serait plus élevé si l'activité de la maison médicale de garde pédiatrique pouvait être déterminée de manière précise. Seulement 0,3% des consultations et visites urgentes sont fournies par an à des personnes vivant dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu.

Graphique 29 : Évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2021

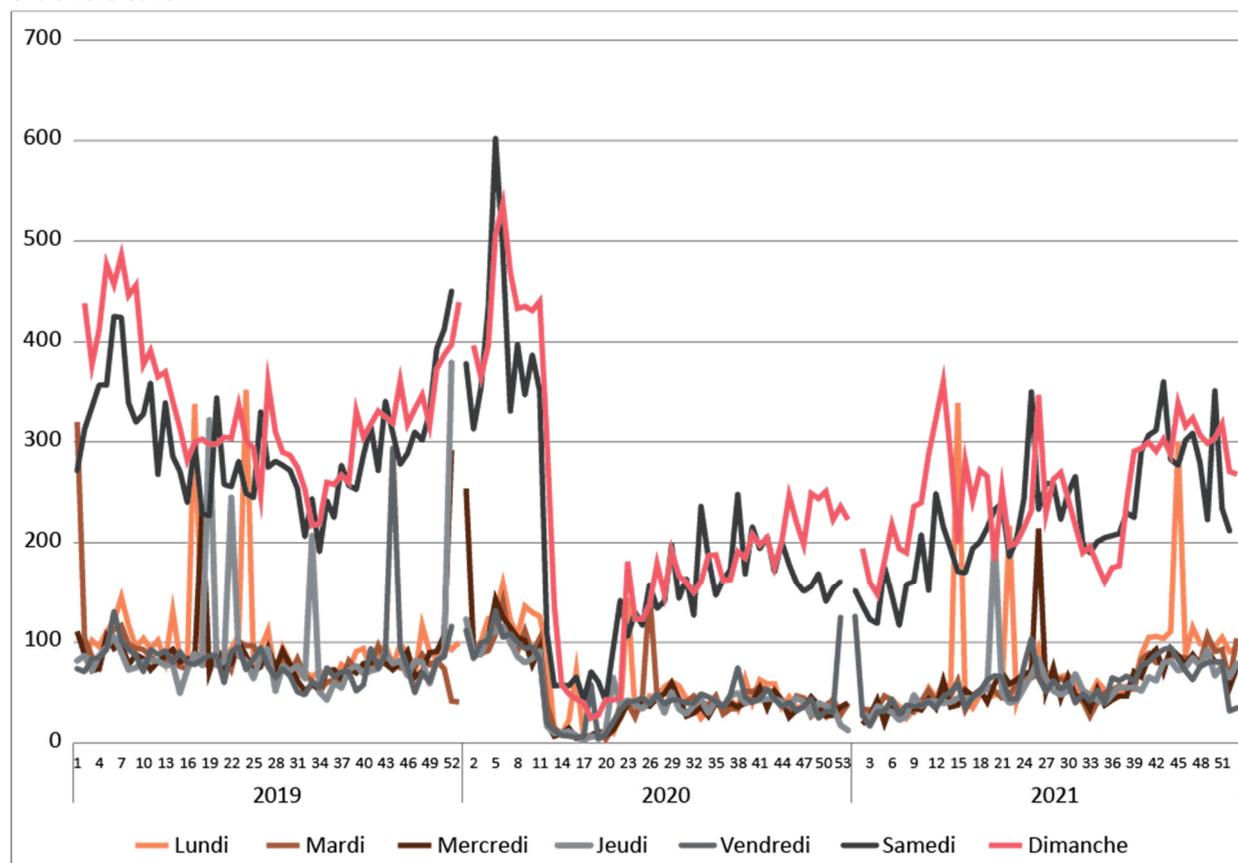
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le nombre mensuel de consultations et visites urgentes réalisées en 2019 est quasiment toujours supérieur à celui des années 2020 et 2021. Il se situe entre 3 600 au mois d'août 2019 et 5 800 au mois de décembre 2019.

Le graphique sur l'évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes montre la baisse importante de celui-ci à partir du mois de mars 2020, mois qui marque le début de la pandémie liée à la COVID-19 au Luxembourg. Entre mars 2020 et mai 2020, le nombre très bas de consultations et de visites urgentes effectuées en milieu extrahospitalier s'explique par le premier confinement et par la fermeture des cabinets médicaux¹⁴. La situation se stabilise à partir du mois de juin 2020. Le nombre de consultations et de visites urgentes se situe alors entre 2 200 et 2 600 par mois.

Les premiers mois de l'année 2021 affichent le même niveau de consultations et de visites tel qu'observé au cours de la 2^e moitié de l'année 2020. Néanmoins, à partir du mois de mars 2021, le nombre augmente et présente un maximum au mois d'octobre 2021 avec environ 4 900 actes.

¹⁴ Le premier confinement a duré du 16 mars 2020 au 24 mai 2020 et la limitation aux problèmes de santé les plus sévères et/ou urgents de l'activité médicale en cabinet médical couvrait la période du 18 mars 2020 au 4 mai 2020.

Graphique 30 - Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier par jour et semaine entre 2019 et 2021

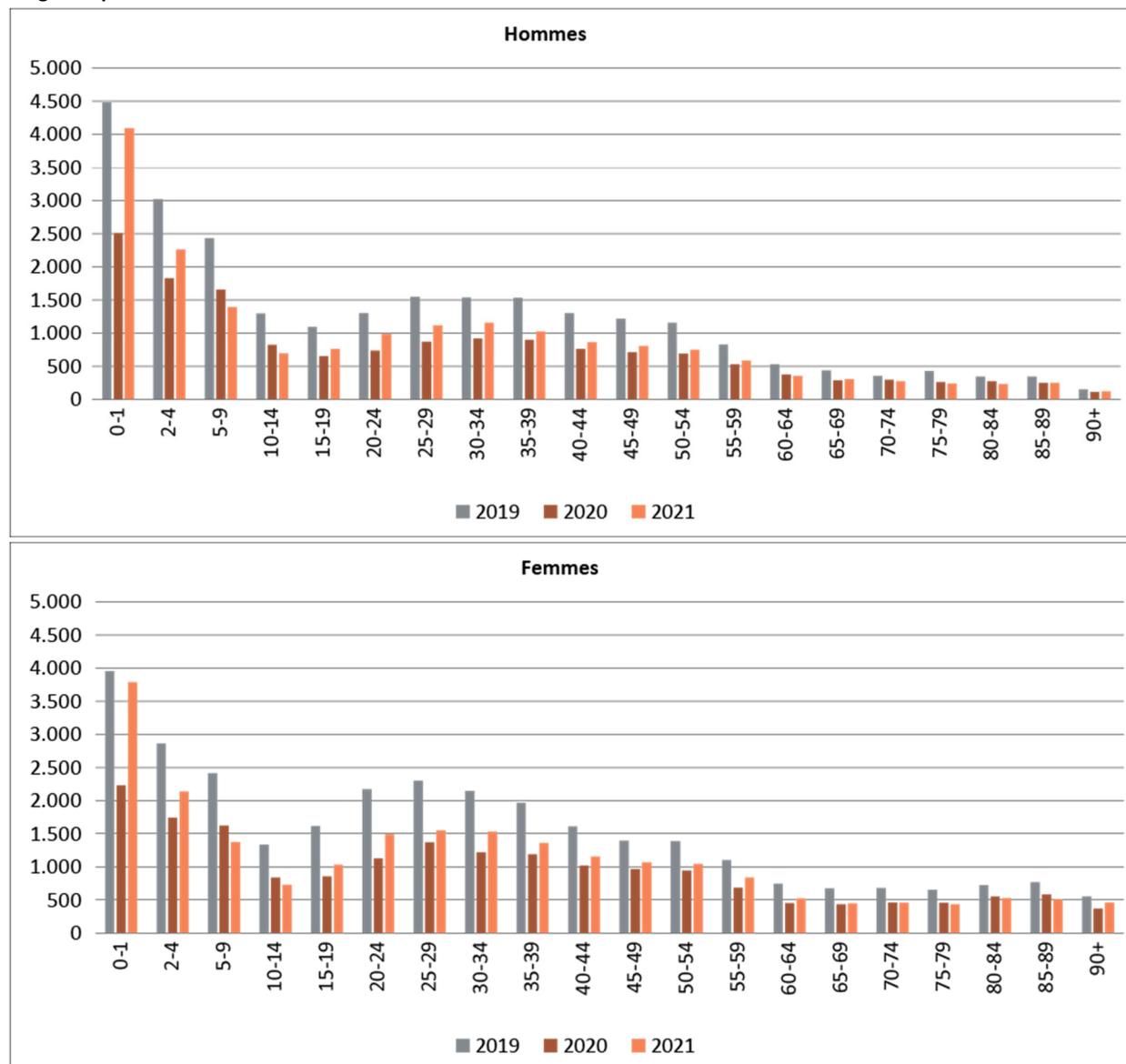
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Sur la période allant de 2019 à 2021, le samedi et le dimanche sont les jours qui présentent le plus grand nombre de consultations et de visites urgentes effectuées en milieu extrahospitalier. Ce nombre est élevé parce que les consultations et visites urgentes prestées le samedi et le dimanche peuvent être fournies à tout moment de la journée et quel que soit le lieu de la prestation. L'activité moins soutenue les autres jours de la semaine s'explique par le fait que, du lundi au vendredi (sauf jours fériés), l'activité urgente prise en compte dans l'analyse se limite aux soins prestés le soir entre 19 heures et 22 heures ou la nuit entre 22 heures et 7 heures, donc après la fermeture des cabinets médicaux. Les consultations urgentes facturées par les médecins dans le cas d'une consultation sur rendez-vous pendant les heures d'ouverture des cabinets ne sont effectivement pas considérées dans cette analyse.

2.1.2 Les consultations et visites urgentes selon les caractéristiques des patients

Cette sous-section présente les caractéristiques des patients ayant recours à des consultations et des visites urgentes prestées en milieu extrahospitalier.

Graphique 31 - Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier par sexe et groupe d'âge des patients entre 2019 et 2021

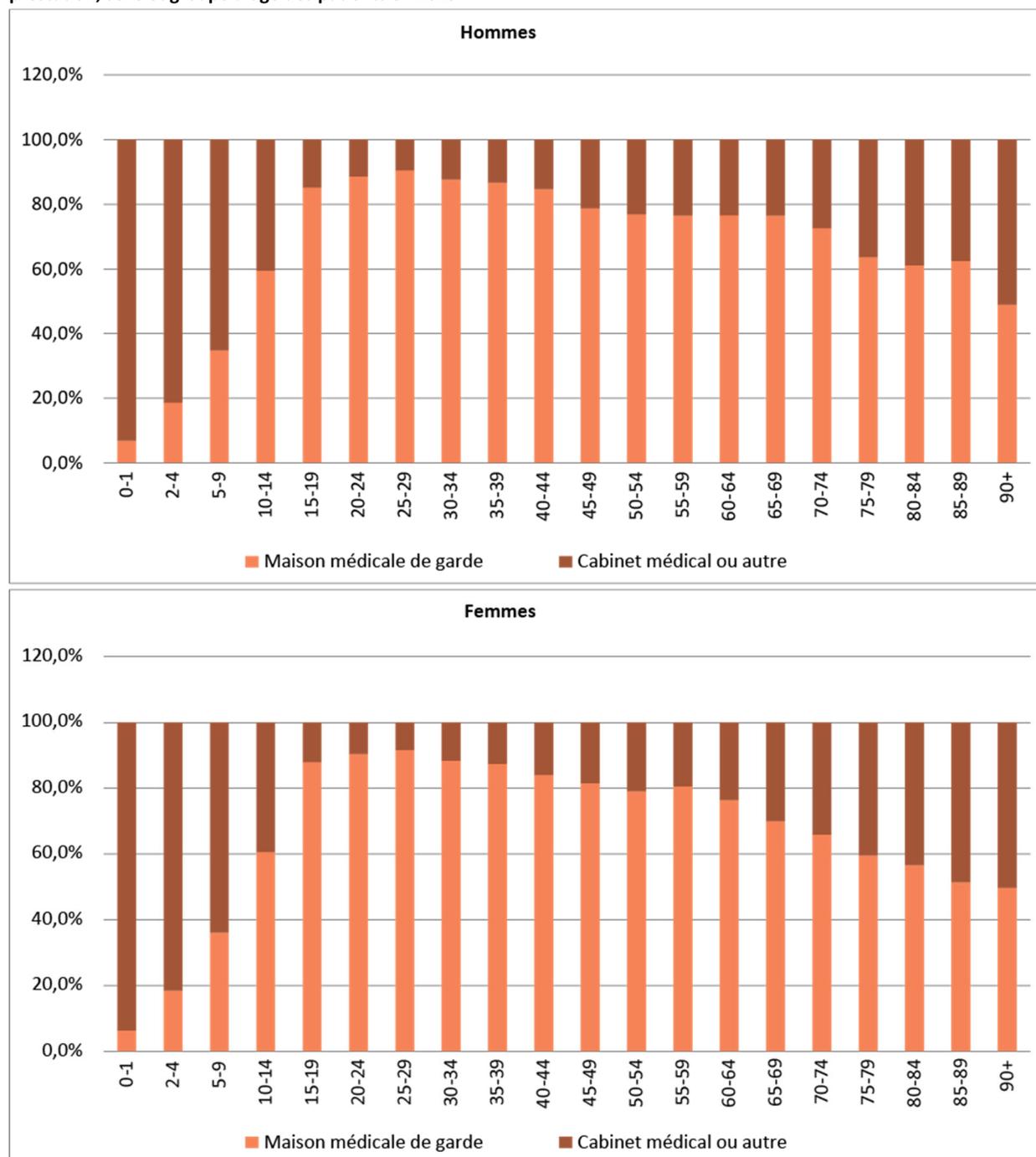


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, 55,1% des consultations et visites urgentes sont fournies à des femmes. Cette répartition reste stable au fil du temps.

La majorité des consultations et visites urgentes sont fournies aux enfants en bas âge (25,4% en 2019 respectivement 30,2% en 2021) et aux personnes âgées entre 20 et 39 ans (25,7% en 2019 respectivement 25,1% en 2021). Sur la période analysée, la proportion du recours à ces actes est stable pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Graphique 32 - Répartition de consultations et visites urgentes totales réalisées en milieu extrahospitalier par lieu de prestation, sexe et groupe d'âge des patients en 2019



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'âge semble dicter le lieu où les soins urgents en médecine réalisés en milieu extrahospitalier sont effectués. Les patients âgés entre 15 et 40 ans consultent dans environ 90% des cas la maison médicale de garde pour des soins urgents en médecine extrahospitalière. Plus le patient est âgé, plus les consultations ou visites urgentes sont réalisées dans le cabinet du médecin généraliste ou au domicile du patient.

D'après le graphique ci-dessus, les enfants en bas âge ne semblent recourir que très peu aux services des maisons médicales de garde. Ceci s'explique en partie par le fait que les données ne permettent pas de distinguer les consultations et visites urgentes réalisées dans la maison médicale pédiatrique de garde de celles réalisées par un pédiatre dans son cabinet médical. Ainsi, les prestations délivrées dans les maisons médicales de garde reprises sur le graphique ci-dessus n'incluent pas les prestations délivrées dans la maison médicale pédiatrique de garde. À cela s'ajoute le fait que les enfants sont aussi plus nombreux à être pris en charge par les services d'urgence hospitaliers¹⁵.

Tableau 20 - Évolution du nombre moyen de consultations et de visites en milieu extrahospitalier par patient, par type de consultation et par sexe entre 2019 et 2021

	2019	2020	2021
Consultations et visites normales	3,6	3,3	3,4
Hommes	3,4	3,1	3,3
Femmes	3,8	3,5	3,6
Consultations et visites urgentes	1,3	1,2	1,2
Hommes	1,0	1,0	1,0
Femmes	1,6	1,5	1,5

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Entre 2019 et 2021, le nombre moyen de consultations ou visites urgentes des hommes à qui au moins une consultation ou une visite urgente est fournie, est de 1,0, tandis qu'il se situe à 1,6 en 2019, respectivement 1,5 pour les années 2020 et 2021 pour les femmes.

À titre de comparaison, pour les consultations ou visites normales, ce nombre moyen est de 3,4 pour les hommes en 2019, contre 3,3 en 2021. Les femmes de leur côté affichent un nombre moyen de consultations et de visites normales de 3,8 en 2019 et de 3,6 en 2021.

L'analyse du nombre moyen de consultations et de visites urgentes par âge met en évidence que les enfants en bas âge ainsi que les personnes âgées de plus de 70 ans présentent le nombre moyen le plus élevé. Peu de différences existent entre hommes et femmes jusqu'à l'âge de 70 ans. Par contre, à partir de 70 ans, les femmes présentent un nombre moyen légèrement plus élevé de consultations et de visites urgentes que les hommes (1,4 contre 1,2 en 2019).

Tableau 21 - Répartition du nombre de consultations et de visites urgentes réalisées en milieu extrahospitalier par pays de résidence du patient entre 2019 et 2021

Pays de résidence	2019	2020	2021
Luxembourg	96,2%	95,9%	94,6%
France	2,1%	2,3%	3,0%
Allemagne	0,8%	0,8%	1,2%
Belgique	0,8%	0,9%	1,2%
Autres	0,1%	0,1%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'analyse par pays de résidence des patients met en évidence que la majorité des consultations et visites urgentes sont prestées en milieu extrahospitalier à des patients résidant au Luxembourg : 96,2% en 2019, 95,9% en 2020 et 94,6% en 2021. En deuxième position viennent les patients résidant en France avec 2,1% en 2019 et 3,0% en 2021. Les patients provenant de l'Allemagne et de la Belgique se situent en troisième position et présentent le même pourcentage : 0,8% en 2019 et 1,2% en 2021.

¹⁵ Cf. première partie du cahier sur les services urgents hospitaliers pour plus de détails.

Tableau 22 - Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes réalisées en milieu extrahospitalier par type de soins et type de prestataires entre 2019 et 2021

Type de prestataires	2019	2020	2021
Médecins généralistes ^{a)}	33 343	18 923	20 438
Consultations	27 456	14 458	16 477
Visites	5 887	4 465	3 961
Médecins spécialistes en pédiatrie	10 756	7 085	9 631
Consultations	10 376	6 716	9 274
Visites	380	369	357
Total	44 099	26 008	30 069
Consultations	37 832	21 174	25 751
Visites	6 267	4 834	4 318

a) Les données ne permettent pas de distinguer les médecins spécialistes en gériatrie des médecins généralistes.

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, 75,6% des soins urgents en médecine extrahospitalière sont prestés par des médecins généralistes (y compris les médecins spécialistes en gériatrie) et 24,4% par des médecins spécialistes en pédiatrie. En 2021, ces deux taux se situent à 68,0%, respectivement à 32,0%.

Focus sur les personnes dépendantes

Les personnes bénéficiant des prestations de l'assurance dépendance constituent une population vulnérable qui nécessite d'un côté l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie et de l'autre côté des soins de médecine générale (gériatrique) réguliers.

Tableau 23 - Répartition du nombre de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier auprès des personnes bénéficiant de prestations de l'assurance dépendance entre 2019 et 2021¹⁶

Type de consultations	2019	2020	2021
Consultations et visites normales	97,5%	97,9%	98,1%
Consultations et visites urgentes	2,6%	2,1%	1,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, 104 742 consultations et visites sont effectuées auprès des personnes bénéficiant de prestations de l'assurance dépendance. Parmi ces actes, 2,6% sont des actes urgents. Ce pourcentage diminue au cours du temps et se situe à 1,9% en 2021.

Tableau 24 - Évolution du nombre moyen de consultations et de visites par type de consultation et par personne dépendante en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2021

Type de consultations	2019	2020	2021
Consultations et visites normales	7,2	6,4	6,7
Consultations et visites urgentes	1,4	1,4	1,3
Total	7,3	6,5	6,8

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Entre 2019 et 2021, les personnes dépendantes bénéficient en moyenne de 1,4 consultation et visite urgente par an. À titre de comparaison, ces personnes bénéficient en moyenne de 6,7 consultations et visites normales par an.

Le coût moyen des consultations et visites urgentes en milieu extrahospitalier dont bénéficie une personne dépendante s'élève à 94,6 EUR en 2019 et à 92,3 EUR en 2021.

¹⁶ Art 348 du Code de la sécurité sociale (CSS).

Tableau 25 - Part de l'activité des maisons médicales de garde dans les consultations et visites urgentes totales fournies aux personnes dépendantes entre 2019 et 2021

Lieu de prestation	2019	2020	2021
Maison médicale de garde	51,5%	40,5%	33,7%
Cabinet médical ou autre	48,5%	59,5%	66,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, 51,5% des consultations et visites urgentes prestées à des personnes dépendantes ont lieu dans une maison médicale de garde. Ce pourcentage diminue et se situe à 33,7% en 2021. Le pourcentage des consultations et visites urgentes réalisées dans un cabinet médical ou autre passe par contre de 48,5% en 2019 à 59,5% en 2020 et à 66,3% en 2021. La baisse importante de 2021 de la part de l'activité des maisons médicales de garde s'explique entre autre par la mise en place d'un service de continuité des soins de médecine générale dans les établissements d'aides et de soins en soirée, la nuit, en fin de semaine et pendant les jours fériés à partir du 1er septembre 2020. Ce service assure la disponibilité des médecins 7j/7, 24h/24 et la prise en charge médicale au sein des établissements eux-mêmes par un médecin de garde.

2.2 TAUX DE RECOURS AUX SOINS URGENTS EN MÉDECINE EXTRAHOSPITALIÈRE

Cette section présente l'évolution du taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière sur la période allant de 2019 à 2021 avant de s'attacher à analyser ce taux de recours selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés.

La méthodologie utilisée pour analyser ce taux de recours est identique à celle utilisée pour le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière. Elle est décrite dans l'encadré 1 consacré à la méthodologie appliquée à l'analyse des taux de recours qui se trouve dans la partie 1 de ce cahier statistique.

2.2.1 Évolution du taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière

Cette sous-section donne un aperçu global sur l'évolution du taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière entre 2019 et 2021.

Tableau 26 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière entre 2019 et 2021

Année	Taux de recours
2019	7,4%
2020	4,7%
2021	5,1%

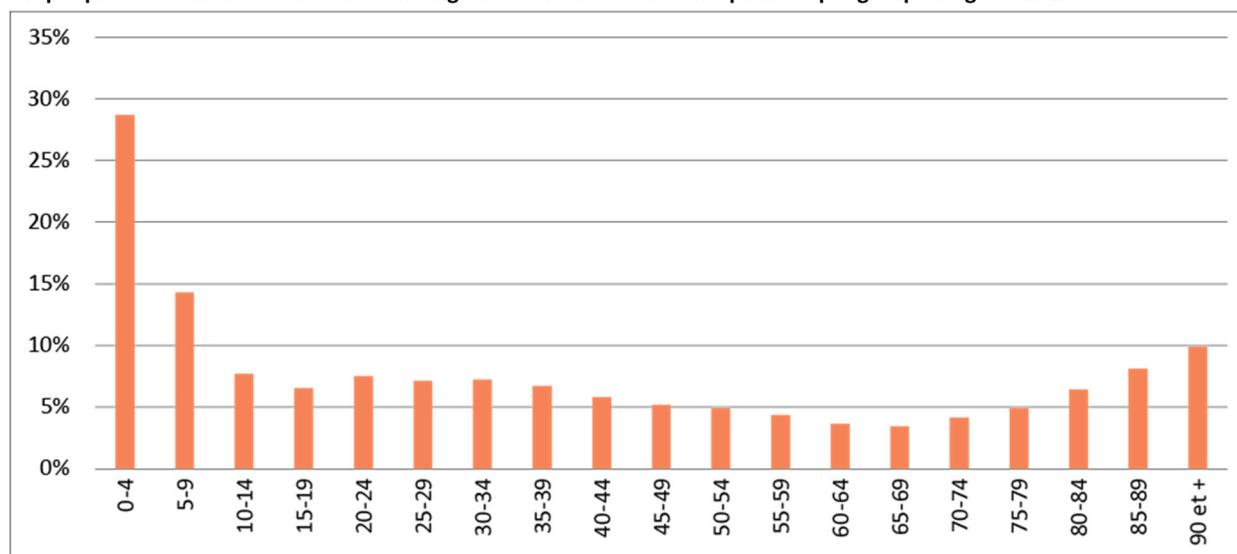
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière s'est établi à 7,4% (39 116 / 531 887) pour passer à 4,7% (25 674 / 544 606) en 2020, suite à la réduction des activités due à la crise sanitaire liée à la COVID-19 à partir de mars 2020, et à 5,1% (28 322 / 550 667) en 2021.

2.2.2 Le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés

Les taux globaux présentés dans la sous-section précédente recouvrent des différences, parfois importantes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population que l'analyse ci-dessous va présenter.

Graphique 33 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière par groupe d'âge en 2019

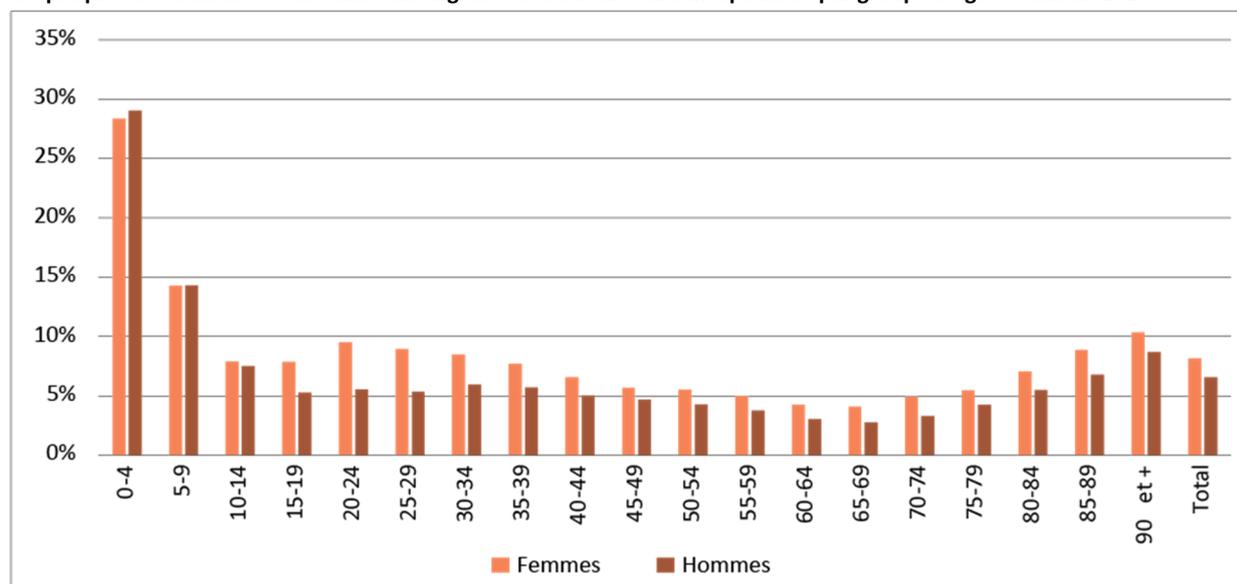


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Une nette segmentation du recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en fonction de l'âge est observée. En 2019, le recours à ce type de soins concerne 28,7% des jeunes enfants de 0 à 4 ans, 14,3% des 5-9 ans et plus que 7,7% des 10-14 ans. Entre 15 et 39 ans, ce taux de recours se situe autour de 7,0% pour fléchir ensuite doucement jusqu'à 64 ans avant de remonter progressivement pour atteindre près de 10,0% chez les personnes de 90 ans et plus.

Globalement, cette segmentation persiste lorsque les effets de structure sont pris en compte. Parmi l'ensemble des caractéristiques, c'est d'ailleurs l'âge qui est la caractéristique la plus discriminante dans le recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière.

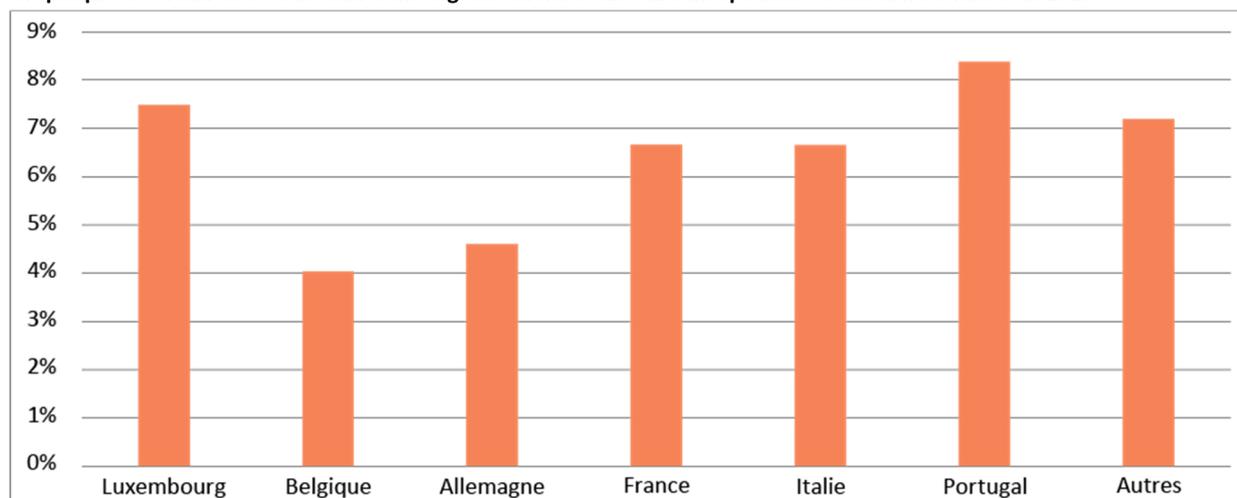
Graphique 34 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière par groupe d'âge et sexe en 2019



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les femmes (8,1%) recourent un peu plus souvent à ce type de soins que les hommes (6,6%). Jusqu'à l'âge de 14 ans, les différences de taux de recours sont très ténues entre les filles et les garçons. C'est ensuite que ces différences apparaissent avec des écarts particulièrement importants chez les 20-29 ans.

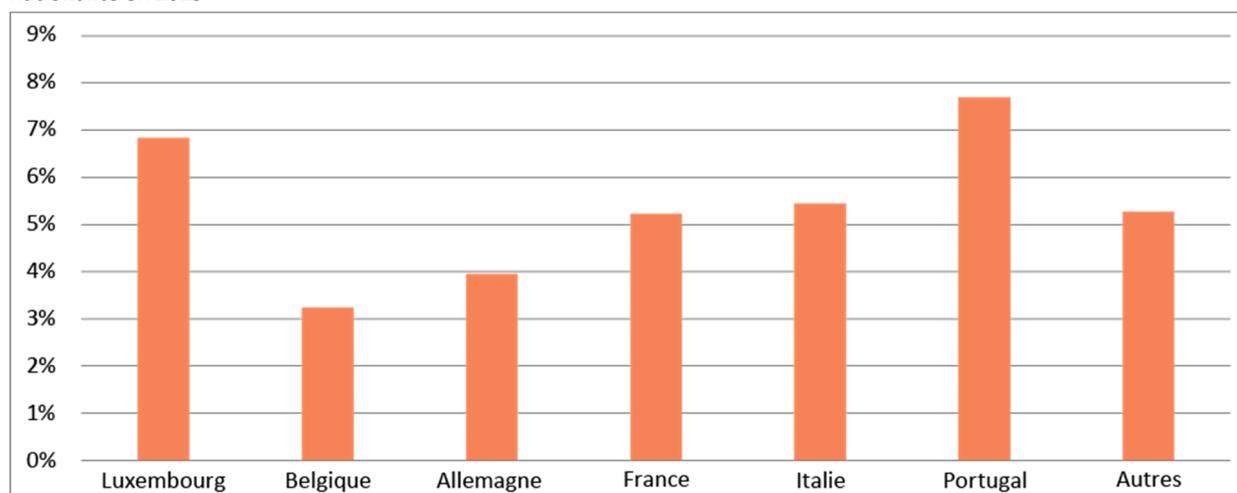
Une fois les effets de structure contrôlés, les femmes continuent à avoir un risque relatif de recourir à ce type de soins plus important que les hommes. Après l'âge, la nationalité et le canton de résidence, le sexe est la variable la plus discriminante dans le recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière.

Graphique 35 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon la nationalité en 2019

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le taux de recours varie également selon la nationalité¹⁷ avec le taux le plus élevé chez les résidents de nationalité portugaise (8,4%) et le taux le plus bas chez ceux de nationalité belge (4,0%) et ceux de nationalité allemande (4,6%). Entre ces deux valeurs se trouvent les résidents de nationalité luxembourgeoise (7,5%), ceux d'une autre nationalité (7,2%) et ceux de nationalités italienne ou française avec des taux légèrement inférieurs à 7,0%.

Pour atténuer les éventuelles différences de composition des différentes nationalités, notamment en termes de structure par âge, le taux de recours selon la nationalité est uniquement mesuré sur les 25-64 ans.

Graphique 36 - Taux de recours aux soins urgents des assurés âgés de 25 – 64 ans en médecine extrahospitalière selon la nationalité en 2019

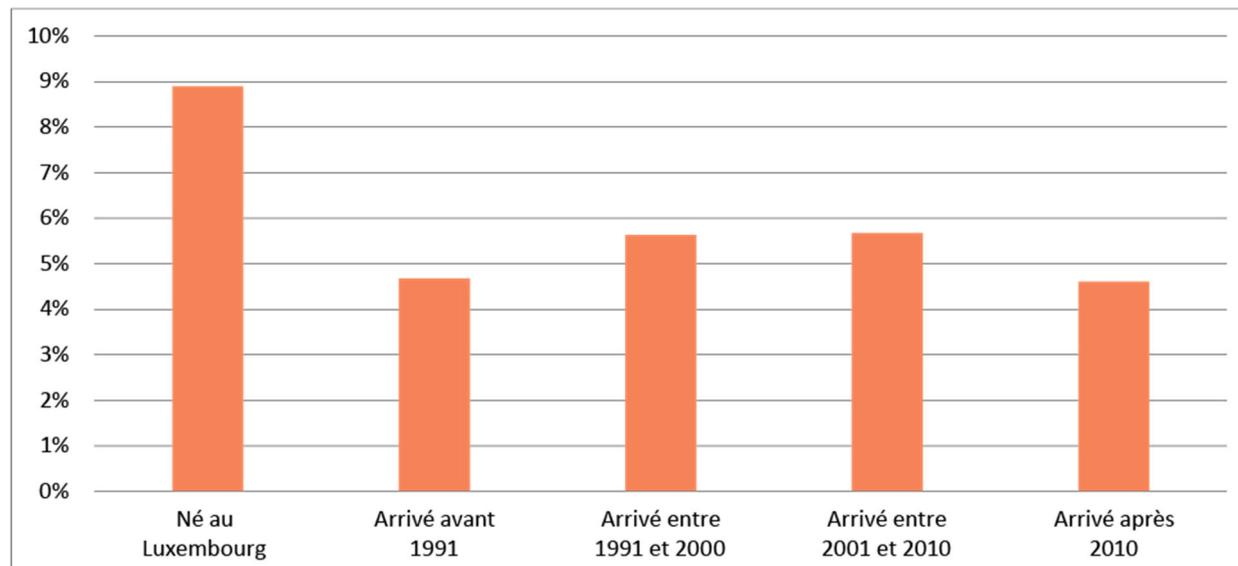
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Globalement, la même hiérarchie que celle constatée sur l'ensemble de la population est conservée. Les résultats du modèle de régression logistique multivariée qui, en dehors de l'âge, tient également compte des autres variables, confirment également cette hiérarchie.

Dans un pays qui accueille des migrants de manière quasi-continue depuis plus d'un siècle, la date d'arrivée dans le pays¹⁸ représente, à côté de la nationalité, un autre marqueur de l'histoire migratoire.

¹⁷ Pour les moins de 18 ans, c'est la nationalité d'un des deux parents qui est retenue avec une priorité à la nationalité luxembourgeoise lorsqu'un des deux parents seulement possède cette nationalité et une priorité à la nationalité de la mère lorsqu'aucun des deux parents ne possède la nationalité luxembourgeoise.

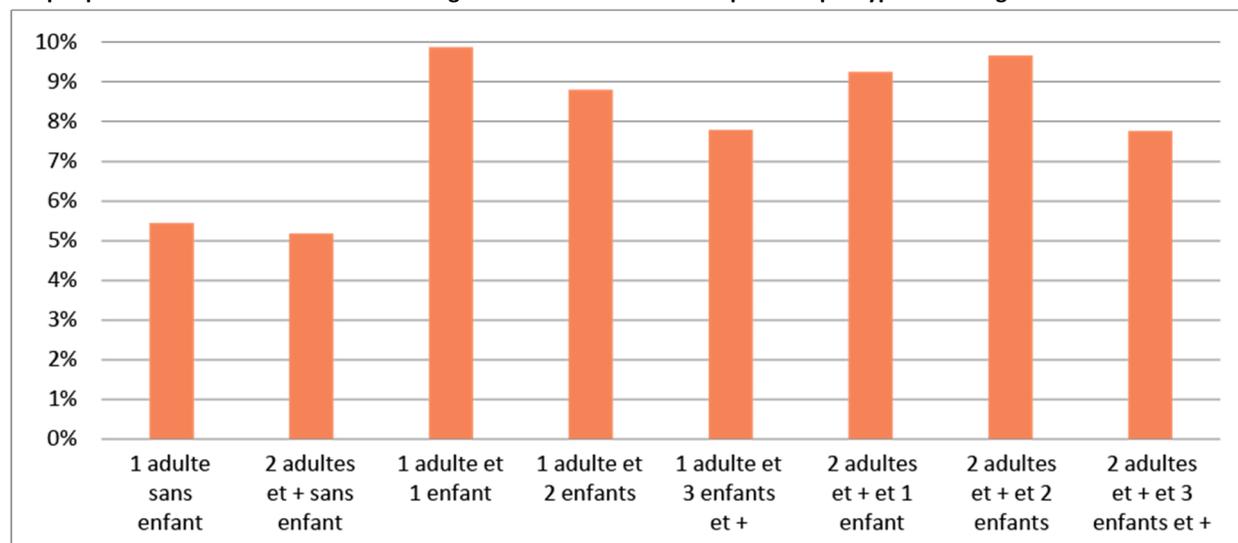
¹⁸ Pour les moins de 18 ans, c'est la date d'arrivée dans le pays du parent qui est retenue avec une priorité à la catégorie « né au Luxembourg » lorsqu'un des deux parents seulement appartient à cette catégorie et une priorité à la situation de la mère lorsqu'aucun des deux parents n'est né au Luxembourg.

Graphique 37 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon la date d'arrivée au Luxembourg en 2019

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les personnes nées au Luxembourg ou arrivées au Luxembourg avant l'âge de 1 an présentent, avec un taux de 8,9%, le taux de recours le plus élevé. Suivent ensuite les personnes arrivées entre 1991 et 2010 qui ont un taux de recours se situant autour de 5,6%. Celles arrivées avant 1991 et celles arrivées récemment ferment la marche avec un taux de recours inférieur à 5,0%.

En neutralisant les effets de structure, le classement obtenu par l'analyse descriptive est maintenu. La date d'arrivée au Luxembourg occupe une place médiane lorsque les variables sont rangées de la plus discriminante à la moins discriminante dans le recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière.

Graphique 38 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière par type de ménage en 2019

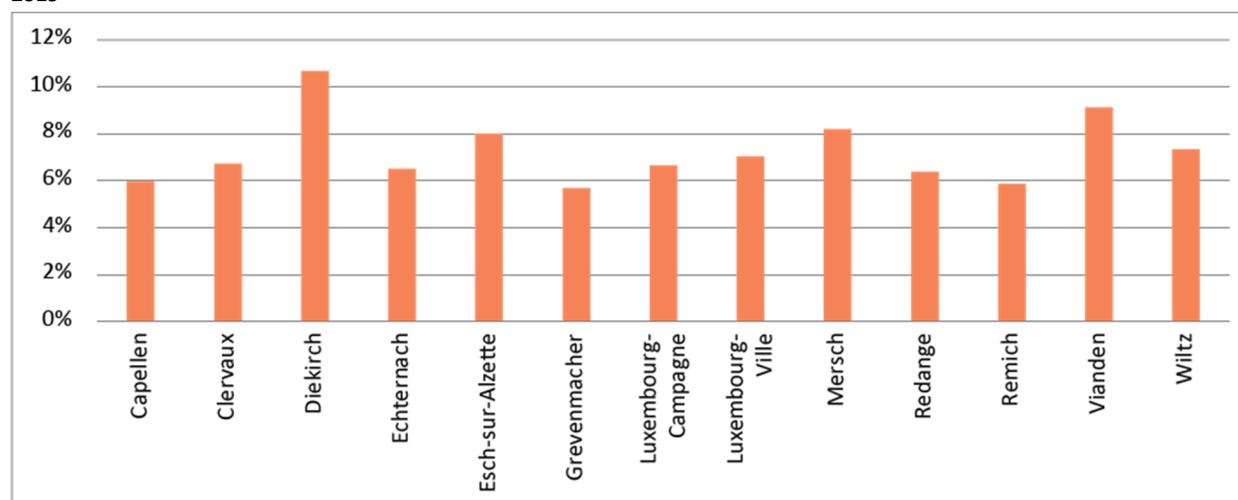
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Lorsque les personnes sont réparties selon la composition de leur ménage, il appert que celles appartenant à un ménage sans enfant affichent les taux les plus bas (5,3%). Chez celles vivant dans un ménage monoparental, ce taux diminue avec la hausse du nombre d'enfants. Il passe de 9,9%, lorsqu'il y a un enfant dans le ménage, à 7,8% lorsqu'il y a au moins trois enfants dans le ménage. Les personnes qui vivent avec au moins deux adultes et des enfants affichent également des taux plus élevés lorsqu'il y a un ou deux enfants (9,3% et 9,7%) que lorsqu'il y a au moins trois enfants dans le ménage (7,8%).

Les résultats du modèle de régression infirment, en partie, ceux de l'analyse descriptive. Si le risque relatif des personnes vivant dans un ménage avec un enfant, que ce soit un ménage monoparental ou un

ménage avec deux adultes ou plus, est plus élevé que celui des personnes vivant dans un ménage sans enfant conformément aux tendances de l'analyse descriptive, celui des personnes vivant dans un ménage avec trois enfants ou plus est inférieur à 1, contrairement aux tendances de l'analyse descriptive.

Graphique 39 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon le canton de résidence des assurés en 2019



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'analyse du recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon le canton de résidence des assurés montre également des différences relativement importantes. Ce taux de recours varie entre 5,7% pour les résidents du canton de Grevenmacher et 10,7% pour ceux du canton de Diekirch. Situés entre ces deux cantons, les cantons de Vianden, de Mersch et d'Esch-sur-Alzette présentent des taux de recours au-dessus du taux de recours national, alors que les autres cantons se situent en-dessous de ce taux de recours national.

Lorsque les effets de structure sont pris en compte, des disparités territoriales subsistent avec les cantons de Grevenmacher et de Diekirch qui se situent toujours aux deux extrémités de la hiérarchie, alors que les écarts constatés entre les cantons de Mersch, de Luxembourg-Ville et d'Esch-sur-Alzette dans l'analyse descriptive s'estompent. Après l'âge et la nationalité, le canton de résidence est la variable la plus discriminante dans le recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière.

Graphique 40 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon la situation par rapport à l'activité professionnelle en 2019



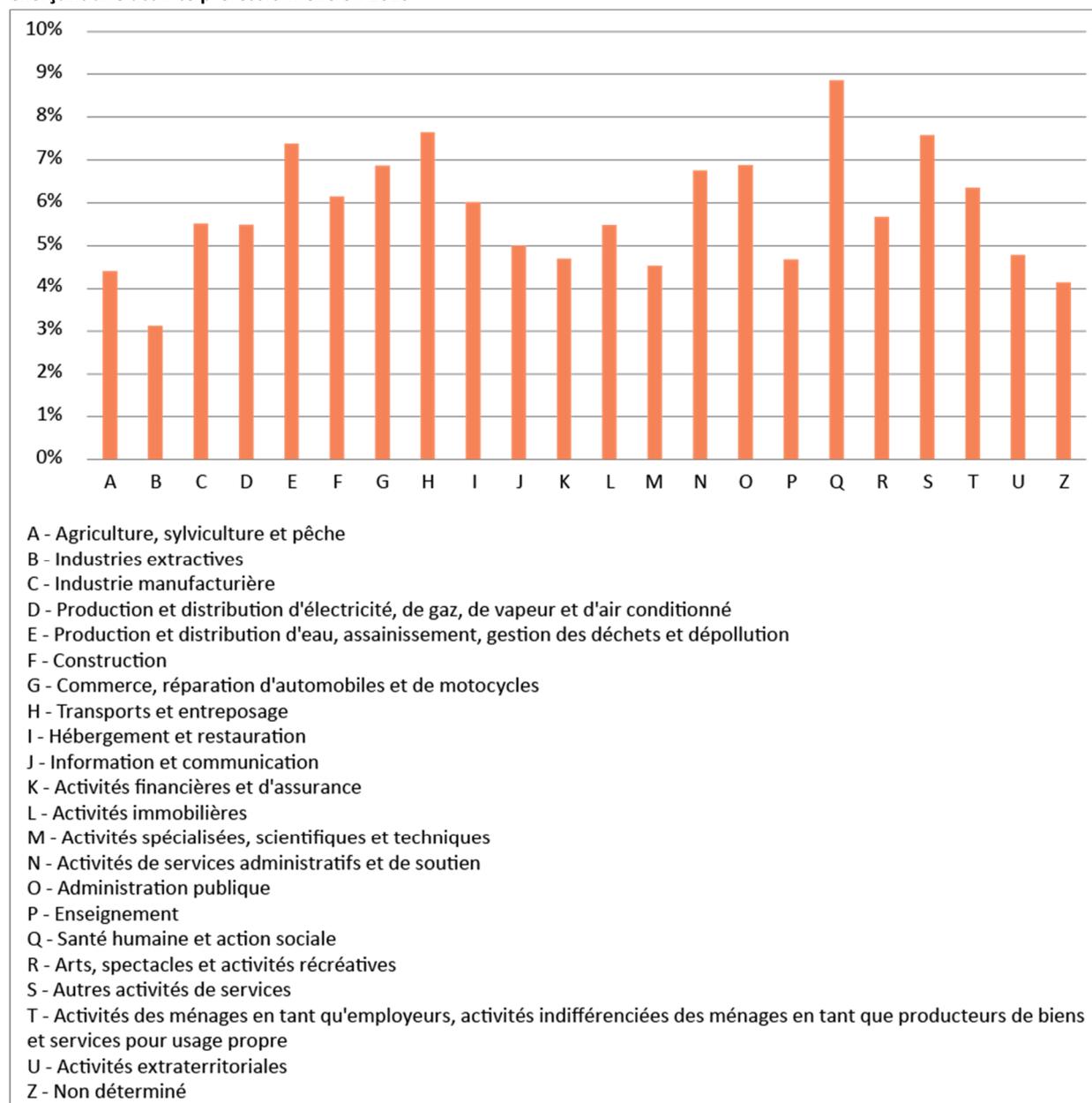
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En analyse descriptive, les personnes inactives, qui comprennent les enfants et les personnes âgées avec des taux de recours élevés, présentent le taux de recours le plus élevé (8,2%). Elles sont suivies par les

salarié(e)s du secteur public (6,9%), les salarié(e)s du secteur privé (6,5%) et les travailleurs indépendants (3,9%).

Une fois les effets de structure pris en compte, cette hiérarchie est quelque peu bousculée. En effet, les personnes inactives ont un risque relatif de recourir à ce type de soins inférieur à celui des salarié(e)s du secteur privé ou du secteur public. Par contre, même en contrôlant les effets de structure, les personnes exerçant un travail indépendant restent le groupe dont le risque relatif est le plus bas.

Graphique 41 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon le secteur d'activité des personnes exerçant une activité professionnelle en 2019



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Une analyse exploratoire du taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière qui s'est uniquement limitée aux personnes exerçant une activité professionnelle âgées de 20 à 64 ans et qui a remplacé la variable « situation par rapport à l'activité professionnelle » par la variable « secteur d'activité¹⁹ » pour mieux rendre compte de l'hétérogénéité du monde du travail montre que le taux de

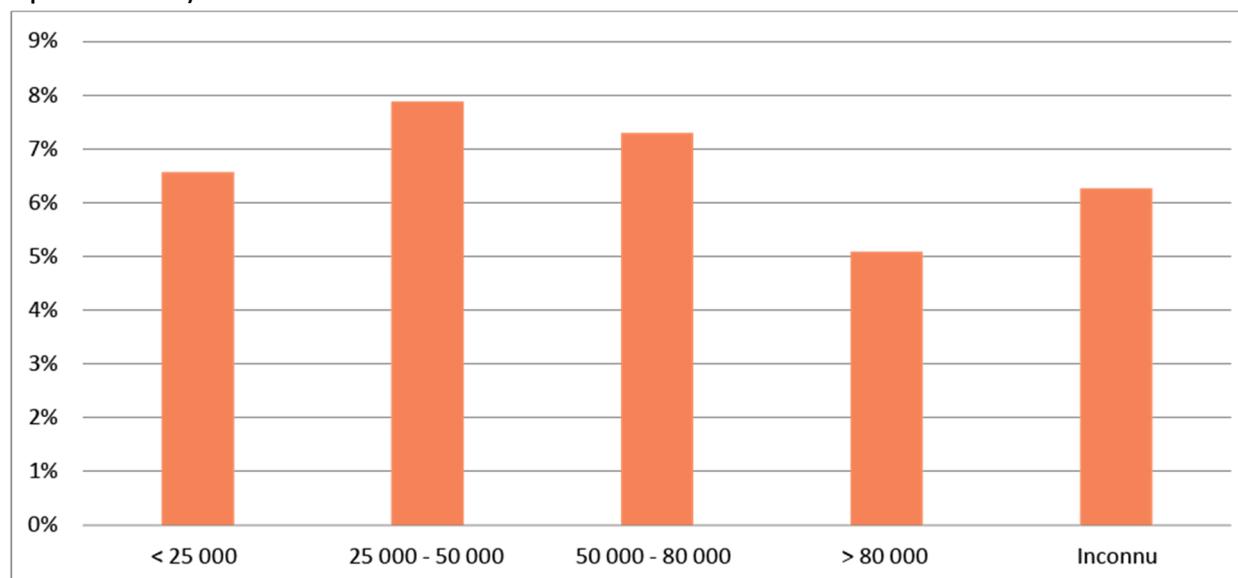
¹⁹ Le secteur d'activité dans lequel la personne exerce son activité professionnelle est déterminé selon la « Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne » NACE Rév.2.

recours varie entre 3,1% chez les personnes travaillant dans le secteur de l'agriculture et 8,9% chez les personnes travaillant dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale en 2019.

Une fois les effets de structure contrôlés, les écarts des taux de recours en fonction du secteur d'activité se sont tellement tassés qu'il n'est plus possible de conclure que les taux de recours de la plupart des secteurs d'activité sont différents. Seules les personnes travaillant dans les secteurs des « Transports et entreposage » et de la « Santé humaine et action sociale » se distinguent des autres secteurs d'activité avec un risque relatif de recourir aux soins urgents en médecine extrahospitalière plus élevé.

Cette analyse exploratoire a également mis en évidence que les tendances dégagées de l'analyse du taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière sur l'ensemble de la population, à savoir les disparités ou l'absence de disparités selon le sexe, la nationalité, le canton de résidence, la situation financière, et même selon l'âge, sont globalement également vérifiées dans cette sous-population.

Graphique 42 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon le niveau de vie (EUR/an par équivalent adulte) en 2019

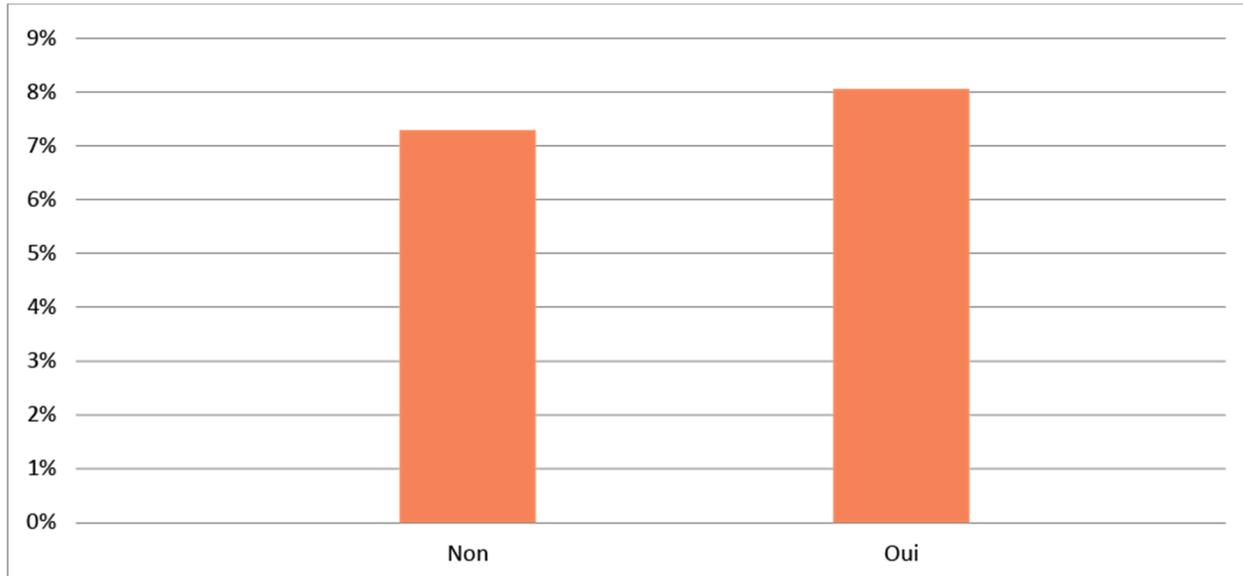


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

La situation financière des individus est mesurée selon deux critères : le niveau de vie et le fait de bénéficier de l'allocation de vie chère. Le niveau de vie, dont la définition et les limites sont présentées dans l'encadré 1 de la partie 1, semble jouer un rôle dans le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière.

Le taux de recours varie de 5,1% pour celles avec un niveau de vie annuel supérieur à 80 000 EUR par équivalent adulte à 7,9% pour les personnes disposant d'un niveau de vie annuel compris entre 25 000 et 50 000 EUR par équivalent adulte.

Pour pallier les limites du niveau de vie, la situation financière est également approchée par le fait de bénéficier ou non de l'allocation de vie chère qui est une prestation versée sous conditions de ressources dont peuvent bénéficier les ménages disposant de faibles revenus.

Graphique 43 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon le fait de bénéficier ou non de l'allocation de vie chère en 2019

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, près de 55 000 personnes vivant dans près de 22 500 ménages bénéficient de cette allocation. Le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière des bénéficiaires de cette allocation (8,1%) est légèrement plus élevé que celui des non-bénéficiaires (7,3%).

En neutralisant les effets de structure, les tendances dégagées de l'analyse descriptive sont conservées pour le niveau de vie, mais elles ne le sont plus pour l'allocation de vie chère. La différence de risque relatif de recourir aux soins urgents en médecine extrahospitalière entre bénéficiaires et non-bénéficiaires de cette allocation est très ténue en 2019 et n'est plus statistiquement significative en 2020 et 2021. Ces deux variables sont les moins discriminantes dans le recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière.

3 TROISIÈME PARTIE : LES SOINS URGENTS EN MÉDECINE EXTRAHOSPITALIÈRE RÉALISÉS PAR UN MÉDECIN AYANT GARDE DANS UNE MAISON MÉDICALE DE GARDE

La présente partie de l'analyse dresse dans un premier temps un état des lieux de l'activité médicale réalisée par les médecins ayant garde dans une des trois maisons médicales de garde pendant leur période de garde²⁰ sur la période allant de 2019 à 2022. Cette étude est complétée par un volet des indemnités de garde payées aux médecins ainsi que par une analyse des soins délivrés aux assurés concernés au courant de la semaine qui suit la consultation/visite auprès du médecin de garde.

Dans un deuxième temps, l'analyse se concentre sur le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière réalisés dans les maisons médicales de garde ventilé selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés.

Encadré 4 : Méthodologie appliquée à la détermination des soins urgents en médecine extrahospitalière réalisés dans une maison médicale de garde, la maison médicale de garde pédiatrique étant exclue

Définition

L'activité médicale réalisée dans les maisons médicales de garde regroupe d'un côté les indemnités de garde payées aux médecins généralistes assurant la garde et de l'autre côté les consultations et visites urgentes y effectuées²¹. Il s'agit notamment des actes prestés le soir, le samedi, le dimanche et les jours fériés.

Méthodologie

Le champ de couverture des statistiques produites dans cette partie est établi en opérant par étape. La première étape tente à identifier les médecins assurant la garde dans les maisons médicales de garde qui reçoivent une indemnité de garde en fonction du créneau de garde assuré (respectivement en cas de remplacement). La deuxième étape sélectionne les assurés sur base des actes qui leur sont facturés par les médecins identifiés à la première étape. La troisième étape opère un tri entre ces actes pour ne retenir que ceux mentionnant une consultation/visite urgente du soir/de nuit ou une consultation/visite de dimanche et de jour férié légal. Cette troisième étape prévoit une exception : pour les gardes ayant lieu le samedi de 8 heures à 16 heures et de 16 heures à 24 heures, toutes les consultations et visites urgentes sont retenues dans la mesure où la nomenclature des actes et services des médecins de la CNS ne prévoit pas d'actes spéciaux pour les consultations/visites urgentes prestées le samedi entre 7 heures et 19 heures.

Les indemnités de garde sont payées individuellement aux médecins ayant garde (code prestataire personnel). Néanmoins, les médecins regroupés dans une association sont libres d'utiliser le code prestataire associé à leur association pour la facturation des prestations réalisées dans le cadre de la garde dans une maison médicale. Les codes prestataires des associations dans lesquelles les médecins de garde sont actifs sont également considérés pour la sélection des actes relatifs aux maisons médicales de garde²². Selon la convention conclue entre la CNS et l'Association des médecins et

²⁰ En semaine, les consultations et visites urgentes sont exclues de l'analyse dans la mesure où ces prestations peuvent être réalisées pendant les heures d'ouverture normale du cabinet du médecin généraliste. Seules les consultations et visites urgentes effectuées le soir (à partir de 20 heures), respectivement la nuit pendant les jours ouvrables (lundi à vendredi) sont considérées. Les consultations et visites d'un assuré hospitalisé auprès du médecin ayant garde dans une maison médicale sont exclues à l'exception des consultations ou visites ayant lieu le jour d'entrée ou de sortie de l'hôpital.

²¹ Prestations couvertes dans le cadre de l'assurance maladie-maternité mais également dans le cadre de l'assurance accident.

²² Seul un code prestataire (code personnel ou code association) est retenu par médecin de garde, à savoir celui ayant le plus de consultations/visites répondant aux critères lors des jours de garde du médecin en question.

médecins-dentistes (AMMD), les ordonnances émises par les médecins en association doivent renseigner le code prestataire personnel du médecin.

Enfin, l'analyse ne prend pas en compte les indemnités horo-kilométriques K1 et K2.

Dans la suite de ce chapitre, pour faciliter la lecture, l'expression « médecin de garde » désigne le médecin ayant garde dans une maison médicale de garde et, sauf mention contraire, seules les consultations et visites relatives à son activité dans le cadre de la garde sont considérées.

3.1 LES SOINS URGENTS EN MÉDECINE EXTRAHOSPITALIÈRE RÉALISÉS PAR UN MÉDECIN DE GARDE

Le nombre de consultations et de visites réalisées par un médecin de garde pour les années 2019-2022 est repris dans le tableau suivant. Les années 2021 et 2022 sont à considérer comme provisoires.

Tableau 27 - Évolution du nombre de consultations et de visites réalisées par un médecin de garde par type de consultation entre 2019 et 2022

Type de consultation	2019	2020	2021	2022
Consultation	29 086	14 981	17 671	21 611
Visite	4 383	2 867	2 404	1 950
Total	33 469	17 848	20 075	23 561
Évolution annuelle		-46,7%	12,5%	17,4%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, les médecins de garde prestent plus de 33 000 consultations/visites dans les trois maisons médicales de garde. En 2020, suite à la réduction de l'activité due à la crise sanitaire, le volume des consultations/visites diminue de presque la moitié (-46,7%) par rapport à 2019.

En 2021, une hausse de 12,5% est constatée, suivie d'une augmentation de 17,4% en 2022. La répartition entre consultations urgentes et visites urgentes penche largement en faveur des premières. Sur la période considérée, entre 80,0% et 90,0% des soins urgents prestés par les médecins de garde sont des consultations.

Dans la suite de l'analyse, l'évolution des consultations et visites réalisées par un médecin de garde est analysée sur la période allant de 2019 à 2021.

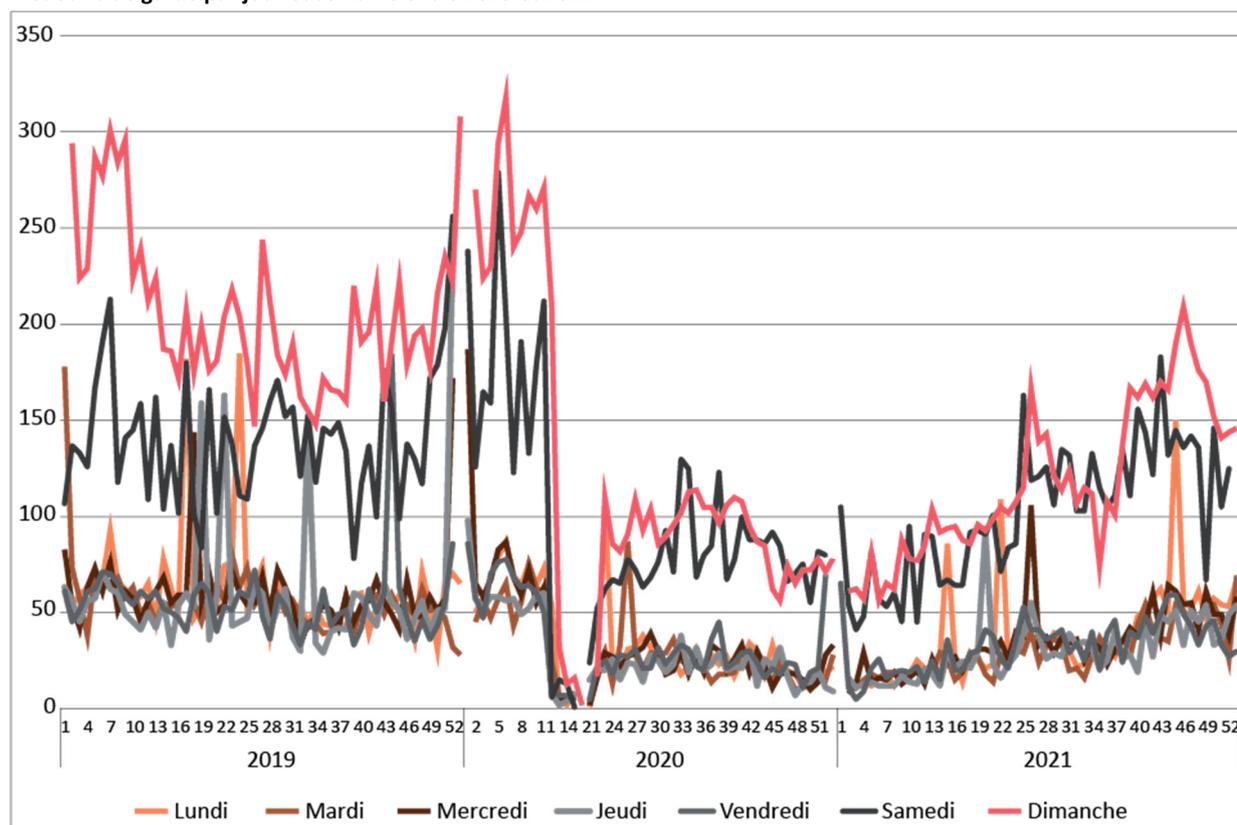
Tableau 28 - Évolution du nombre de consultations et de visites réalisées par un médecin de garde par pays de résidence de l'assuré entre 2019 et 2021

Résidence au Luxembourg	2019	2020	2021
Oui	32 449	17 281	19 178
Non	1 020	567	897
Total	33 469	17 848	20 075

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'essentiel des consultations et visites urgentes sont prestées auprès d'assurés résidents. Les consultations et visites auprès d'assurés non-résidents restent minoritaires. En 2019, les assurés non-résidents bénéficient de 3,0% des consultations et visites réalisées par un médecin de garde. En 2020 ce pourcentage s'élève à 3,2% et en 2021 à 4,5%.

Graphique 44 - Évolution du nombre d'assurés ayant recours à des consultations et des visites urgentes réalisées par des médecins de garde par jour et semaine entre 2019 et 2021



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

La garde est assurée le weekend et les jours fériés pendant 24 heures, alors qu'en semaine elle est assurée pendant le soir et pendant la nuit. L'activité des médecins de garde est la plus élevée le dimanche, suivi du samedi. Pendant les jours de semaine (i.e. du lundi à vendredi), les assurés ont moins recours à leurs services. Les jours de semaine avec un pic en consultations/visites sont des jours fériés.

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a fortement impacté l'activité des médecins de garde. En effet, même fin 2021, l'activité n'a pas encore atteint le niveau d'activité observé en 2019, c'est-à-dire avant la COVID-19, bien qu'une légère reprise peut être constatée.

Tableau 29 - Répartition des assurés ayant recours au médecin de garde en fonction du nombre de jours consultés pour la période considérée entre 2019 et 2021

Nombre de jours	1	2	3	4	5	6	7	> 7	Total personnes
2019	85,6%	11,0%	2,3%	0,6%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	27 804
2020	90,0%	8,1%	1,4%	0,4%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	15 754
2021	88,5%	8,9%	1,8%	0,5%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	17 301
2019-2021	78,5%	14,5%	4,2%	1,4%	0,6%	0,3%	0,2%	0,3%	52 808

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, 27 804 patients ont recours aux services des médecins de garde. La très grande majorité (85,6%) des assurés consultent un médecin de garde une seule fois en 2019.

Sur la période allant de 2019 à 2021, 78,5% des 52 808 assurés ont consulté une seule fois le médecin assurant la garde dans une maison médicale de garde, 14,5% des assurés ont consulté deux fois et 0,8% au moins 6 fois.

Dans la suite de l'analyse, un cas est déterminé par les consultations et visites d'un assuré réalisées le même jour auprès du même médecin de garde. Un assuré avec plus d'une consultation le même jour auprès du même médecin de garde est compté une seule fois²³.

À côté des consultations et visites urgentes facturées par les médecins de garde, d'autres actes peuvent être facturés par ces prestataires. Le tableau suivant reprend le Top-6 de ces autres actes.

Tableau 30 - Top-6 des actes facturés en plus de la consultation/visite par les médecins de garde – nombre de cas concernés par année.

Acte	Libellé	2019	2020	2021
1C11	Électrocardiogramme (ECG), minimum 12 dérivations, tracé et rapport - CAC	553	239	302
1M15	Infiltration de tendons, de ligaments, d'apophyses osseuses, de gaines synoviales - CAC	304	219	144
1M14	Infiltration périnerveuse profonde - CAC	94	59	85
2G01	Incision, drainage d'une collection superficielle, peu volumineuse (abcès, furoncle, hématome) - CAC	32	18	20
3R22	Extraction documentée d'un corps étranger enclavé du conduit auditif externe à l'exclusion d'un bouchon de cérumen - CAC	21	<10	10
1M41	Ponction d'une collection superficielle (abcès, kyste, hydrocèle ...) – CAC	13	<10	11

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Pour les trois années passées sous revue, l'acte 1C11 est le plus souvent facturé avec une consultation/visite urgente par un médecin de garde. L'acte 1M15 figure en deuxième place, suivi de loin par l'acte 1M14.

Tableau 31 - Répartition du nombre d'actes facturés (y compris la consultation/visite urgente) par cas entre 2019 et 2021

Nombre d'actes facturés par cas	2019	2020	2021
1	97,6%	97,3%	97,8%
2	1,7%	2,1%	1,5%
3	0,7%	0,6%	0,7%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Dans la plupart des cas, le médecin de garde facture uniquement la consultation/visite urgente à l'assuré, de sorte que la facturation des actes supplémentaires constitue plutôt une exception.

Tableau 32 - Évolution annuelle des remboursements par la CNS des prestations fournies par les médecins de garde entre 2019 et 2021 (en milliers EUR)

Année	Consultations	Visites	Autres actes	Total général	Variation annuelle
2019	1 531,0	332,4	21,8	1 885,2	
2020	801,5	222,9	12,1	1 036,5	-45,0%
2021	993,0	183,2	12,3	1 188,5	14,7%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, les prestations facturées par les médecins de garde et remboursées par la CNS s'élèvent à 1,9 million EUR. L'année 2020 affiche une baisse de 45,0% au niveau des prestations remboursées par la CNS, suivie par une croissance de 14,7% en 2021. La majorité des dépenses concernent des consultations.

²³ Un assuré peut faire appel aux services des maisons médicales de garde plus d'une fois par jour, bien que ce phénomène soit assez rare (31 cas en 2019, dont 8 auprès du même médecin, 18 en 2020, dont 8 auprès du même médecin et 14 en 2021, dont 3 auprès du même médecin).

3.2 ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS DE GARDE

La garde dans les maisons médicales de garde est assurée par des médecins généralistes.

Les médecins de garde n'ont pas nécessairement de consultations ou de visites à faire pendant leur garde (tableau 33 et 34).

Le tableau qui suit indique le nombre de médecins et le nombre d'indemnités de garde en fonction du créneau horaire de l'indemnité de garde (INDGAR) assuré.

Tableau 33 - Analyse des gardes pour lesquelles une indemnité de garde est facturée et du nombre de médecins entre 2019 et 2021

Année Indemnité	Nombre de médecins distincts	Nombre d'indemnités	Coûts en milliers EUR	Nombre de jours distincts	Nombre moyen de médecins par créneau
2019	200	4 417	1 866,3	365	
INDGAR2407	127	1 092	817,7	365	3,0
INDGAR0816	159	792	338,9	114	6,9
INDGAR1624	160	792	338,9	114	6,9
INDGAR2024	175	1 731	370,3	251	6,9
INDGARHORP ²⁴	8	10	0,4	8	
2020	198	3 782	1 649,8	338	
INDGAR2407	126	986	756,8	333	3,0
INDGAR0816	155	639	280,3	97	6,6
INDGAR1624	143	640	280,7	100	6,4
INDGAR2024	175	1 513	331,8	233	6,5
INDGARHORP	3	4	0,2	4	
2021	212	4 302	1 876,1	365	
INDGAR2407	127	1 079	833,3	365	3,0
INDGAR0816	166	753	332,3	110	6,8
INDGAR1624	143	751	331,4	110	6,8
INDGAR2024	183	1 718	379,1	255	6,7
INDGARHORP	1	1	0,1	1	

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le créneau de 24 heures à 7 heures (INDGAR2407) est assuré tous les jours. Le créneau de 20 heures à 24 heures (INDGAR2024) est assuré pendant les jours ouvrables et le créneau de 8 heures à 16 heures (INDGAR0816), ainsi que le créneau de 16 heures à 24 heures (INDGAR1624) sont assurés les samedis, dimanches et jours fériés.

À l'exception de 2020, marquée par la pandémie COVID-19 qui a entraîné la fermeture complète des maisons médicales pendant quelques semaines (338 jours sur 366 jours), les maisons médicales de garde sont ouvertes tous les soirs/nuits de l'année (365 jours sur 365 jours).

En 2019, 3 médecins en moyenne assurent la garde entre 24 heures à 7 heures, pour 7 médecins en moyenne pendant les autres créneaux.

Le nombre de médecins assurant la garde est en augmentation depuis 2019 et passe de 200 médecins généralistes à 212 médecins généralistes en 2021.

²⁴ Il s'agit d'une indemnité payée au médecin qui assure le remplacement d'un médecin de garde indisponible.

Le tableau qui suit reprend uniquement les situations dans lesquelles un remboursement pour une prestation est effectué par la CNS²⁵.

Tableau 34 - Analyse des gardes pour lesquelles une indemnité de garde est facturée et pour lesquelles au moins une consultation/visite urgente est observée

Année	Nombre de jours distincts	Nombre de médecins distincts	Nombre de créneaux 24h-7h assurés	Nombre de créneaux 8h-16h assurés	Nombre de créneaux 16h-24h assurés	Nombre de créneaux 20h-24h assurés
2019	365	199	683	694	786	1 640
2020	331	196	477	570	623	1 326
2021	365	206	418	694	709	1 480

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, 199 médecins distincts prestent des consultations/visites urgentes pendant leur garde pendant les 365 jours de l'année. En 2019, les médecins de garde prestent au moins une consultation/visite urgente à au moins un assuré dans 1 640 créneaux de 20 heures à 24 heures. Une indemnité de garde est payée pour le créneau de 24h à 7h dans 1 092 cas (voir tableau 33), mais dans seulement 683 des cas au moins une prestation urgente a lieu. Le nombre de gardes avec au moins une consultation/visite par rapport au nombre de gardes indemnisées est beaucoup plus élevé pour les autres créneaux ; par exemple, pour le créneau de 16 heures à 24 heures, 786 gardes avec au moins une consultation/visite ont lieu pour 792 gardes indemnisées.

3.3 ANALYSE DES SOINS DÉLIVRÉS AUX ASSURÉS LE JOUR MÊME OU AU COURANT DE LA SEMAINE QUI SUIT LA CONSULTATION D'UN MÉDECIN DE GARDE

Une distinction est faite entre les assurés séjournant dans un centre hospitalier²⁶ suite à la consultation d'un médecin de garde et les assurés consultant un médecin, mais sans hospitalisation, le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation d'un médecin de garde²⁷.

Tableau 35 - Évolution du nombre d'assurés avec une hospitalisation le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation d'un médecin de garde entre 2019 et 2021

Année	Consultation du médecin de garde = Date fin de l'hospitalisation	Consultation du médecin de garde = Date début de l'hospitalisation	Consultation du médecin de garde < Date début de l'hospitalisation	Total de assurés avec hospitalisation	% par rapport au total des cas
2019	< 10	481	708	< 1 200	3,6%
2020	< 10	265	390	< 670	3,7%
2021	10	264	376	650	3,2%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le pourcentage des cas pour lesquels une hospitalisation a lieu le jour même ou au courant de la semaine qui suit se situe en dessous de 4,0% pour la période allant de 2019 à 2021. Un lien causal entre la raison pour la consultation du médecin de garde et l'hospitalisation n'existe pas nécessairement (les données à disposition de l'IGSS ne permettent pas de tirer une telle conclusion).

²⁵ À noter qu'un médecin peut assurer la garde consécutive de deux créneaux le même jour. Exemple : créneau de 8h-16h et créneau de 16h à 24h. Si pendant cette garde consécutive il n'a traité qu'un seul patient, les deux créneaux sont cependant repris dans le tableau, comme l'heure de l'exécution n'est pas renseignée dans les données et elles ne permettent pas par conséquent d'affecter de manière précise un acte à un créneau.

²⁶ Il s'agit des hospitalisations avec des prises en charge déclarées à la CNS. Les traitements pour lesquels des unités d'œuvre sont facturées à la CNS, mais sans déclaration de prise en charge ne sont pas reprises dans cette catégorie.

²⁷ Date de consultation d'un médecin € [date de la consultation en maison médicale, date de la consultation en maison médicale + 7 jours]

Tableau 36 - Répartition des durées d'hospitalisation des assurés avec une hospitalisation le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation d'un médecin de garde entre 2019 et 2021 (en jours)

Année/Nombre de jours d'hospitalisation	1	2	3	4	5	6	7	>7
2019	13,6%	9,9%	10,1%	9,5%	7,2%	7,8%	4,8%	37,1%
2020	11,9%	11,0%	11,6%	7,7%	8,0%	6,2%	5,3%	38,3%
2021	11,8%	7,8%	10,3%	7,1%	8,3%	8,2%	5,8%	40,6%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2021, dans 11,8% des cas pour lesquels une prise en charge dans un centre hospitalier est déclarée, une hospitalisation avec entrée et sortie le même jour a eu lieu. Dans 10,3% des cas, les assurés passent deux nuits (3 jours) à l'hôpital et dans 40,6% des cas, l'hospitalisation dure plus de 7 jours.

Les assurés hospitalisés le jour même ou dans la semaine qui suit, ne sont pas considérés dans l'analyse qui suit.

Tableau 37 - Nombre d'assurés ayant au moins un contact médical supplémentaire le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation du médecin de garde en fonction du nombre de consultations entre 2019 et 2021

Année/Nombre de consultations	1	2	3	4	>4	Total	% par rapport au total des cas
2019	7 822	2 500	832	263	147	11 564	34,6%
2020	4 522	1 400	438	171	90	6 621	37,1%
2021	4 769	1 614	512	167	90	7 152	35,6%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Un peu plus d'un tiers des personnes consulte un médecin le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation du médecin de garde. Cependant, il ne doit pas nécessairement exister un lien causal entre la raison pour la consultation du médecin de garde et la consultation d'un autre médecin le jour même ou dans la semaine qui suit (par exemple, contrôle annuel auprès de l'ophtalmologue).

Parmi les assurés consultant un seul médecin dans la semaine qui suit la consultation du médecin de garde, 63,1% des cas consultent un médecin généraliste, 6,0% des cas un médecin spécialiste en radiodiagnostic et/ou en médecine nucléaire, 4,7% des cas un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et 4,4% des cas un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

En ce qui concerne les assurés avec deux consultations dans la semaine qui suit la consultation du médecin de garde, la majorité des consultations (52,4%) concernent des médecins généralistes, 18,6% de consultations d'un médecin spécialiste en radiodiagnostic et/ou en médecine nucléaire, 5,2% de consultations d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, 4,1% de consultations d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et 3,5% de consultations d'un médecin spécialiste en ophtalmologie.

Environ 3,0% des consultations qui ont lieu dans la semaine qui suit la consultation du médecin de garde sont faites auprès du même médecin²⁸ que l'assuré a consulté dans la maison médicale de garde.

3.4 TAUX DE RECOURS À UN MÉDECIN DE GARDE

Cette section présente l'évolution du taux de recours à un médecin de garde sur la période allant de 2019 à 2021 avant d'analyser ce taux de recours selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés.

²⁸ Ou auprès de la même association de médecin.

La méthodologie utilisée pour analyser ce taux de recours est identique à celle utilisée pour le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière et pour le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière. Elle est décrite dans l'encadré 1 consacré à la méthodologie appliquée à l'analyse des taux de recours qui se trouve dans la partie 1 de ce cahier statistique.

3.4.1 Évolution du taux de recours à un médecin de garde

Cette sous-section donne un aperçu global sur l'évolution du taux de recours à un médecin de garde entre 2019 et 2021.

Tableau 38 - Taux de recours à un médecin de garde entre 2019 et 2021

Année	Taux de recours
2019	4,7%
2020	2,6%
2021	2,9%

Source : Base de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

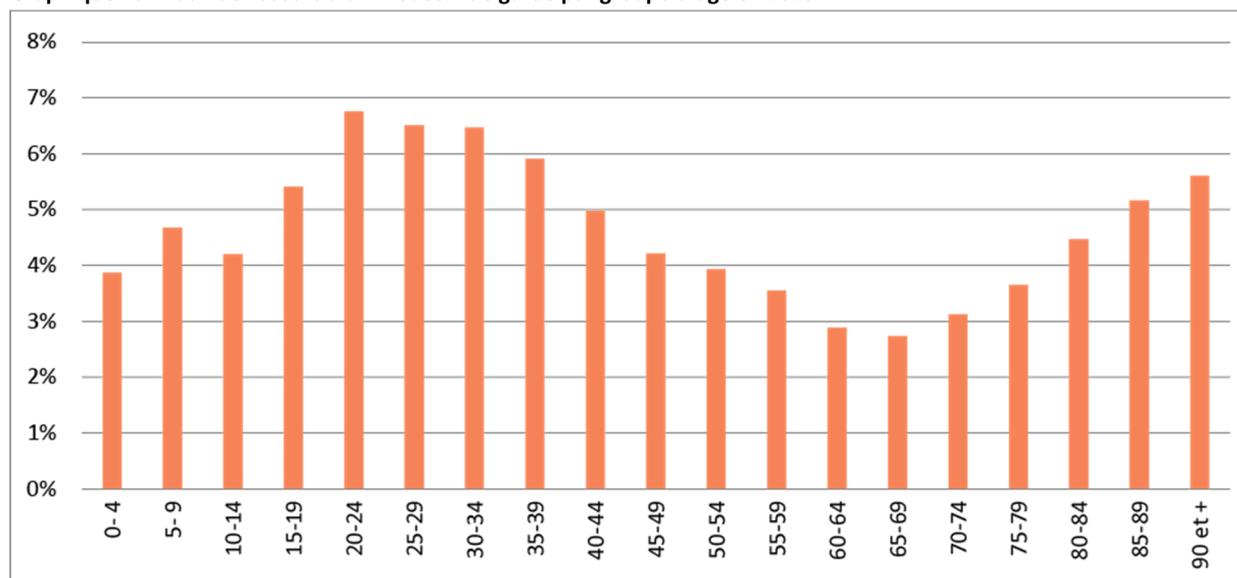
En 2019, le taux de recours à un médecin de garde s'est établi à 4,7% (25 033 / 531 887) pour passer à 2,6% (14 268 / 544 606) en 2020 suite à la réduction des activités due à la crise sanitaire liée à la COVID-19 à partir de mars 2020 et à 2,9% (15 703 / 550 667) en 2021.

3.4.2 Le taux de recours à un médecin de garde selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques des assurés

Les taux globaux présentés dans la sous-section précédente recouvrent des différences, parfois importantes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population que l'analyse ci-dessous va présenter.

Les soins urgents réalisés par un médecin de garde dans une des trois maisons médicales de garde du pays, à savoir celle de Luxembourg-Ville, celle d'Esch-sur-Alzette, qui a déménagé à Belval depuis septembre 2021, et celle d'Ettelbrück, représentent une part non négligeable des soins urgents en médecine extrahospitalière analysés dans la deuxième partie de ce cahier statistique. En 2019, 64,1% des personnes ayant eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière ont eu recours aux soins urgents réalisés par un médecin de garde exerçant dans une des trois maisons médicales de garde. Ce taux est de 55,6% en 2020 et de 55,4% en 2021. Lorsque ce taux est calculé sur la population de 14 ans et plus, il grimpe à 83,8% en 2019, à 75,4% en 2020 et 77,4% en 2021. L'essentiel du différentiel entre le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière (partie 2) et le taux de recours à un médecin de garde (partie 3) provient principalement du fait que la plupart des enfants de moins de 14 ans ayant eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière se sont rendus à la maison médicale pédiatrique du CHL et dans les cabinets médicaux et non pas dans une des trois maisons médicales de garde. Partant, à l'exception des tendances relevées pour l'âge, les tendances relevées pour les autres caractéristiques sociodémographiques et économiques en matière de taux de recours à un médecin de garde devraient être sensiblement les mêmes que celles observées dans la partie précédente.

Graphique 45 - Taux de recours à un médecin de garde par groupe d'âge en 2019

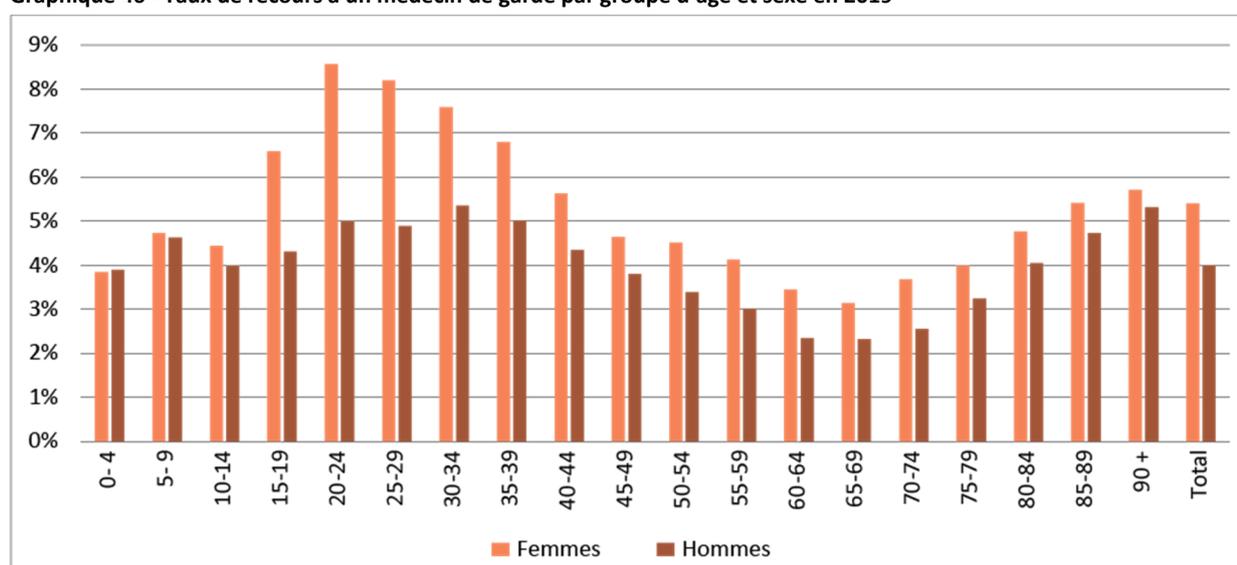


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'âge semble jouer un rôle dans le recours à un médecin de garde avec des taux de recours qui varient entre 2,7% chez les 65-69 ans et 6,8% chez les 20-24 ans en 2019. Les enfants de moins de 15 ans, parmi lesquels se trouvent les moins de 14 ans qui peuvent également avoir recours à la Kannerklinik, affichent des taux de recours à un médecin de garde qui se situent autour de 4%. Ce taux augmente ensuite pour culminer chez les 20-24 ans avant de diminuer progressivement pour atteindre un taux plancher chez les 65-69 ans et repartir à la hausse pour atteindre un taux de recours de 5,6% chez les 90 ans et plus.

En neutralisant les effets de structure, l'onde que dessine le taux de recours en fonction uniquement de l'âge est conservée. Après le canton de résidence, l'âge est la variable la plus discriminante dans le recours à une maison médicale.

Graphique 46 - Taux de recours à un médecin de garde par groupe d'âge et sexe en 2019

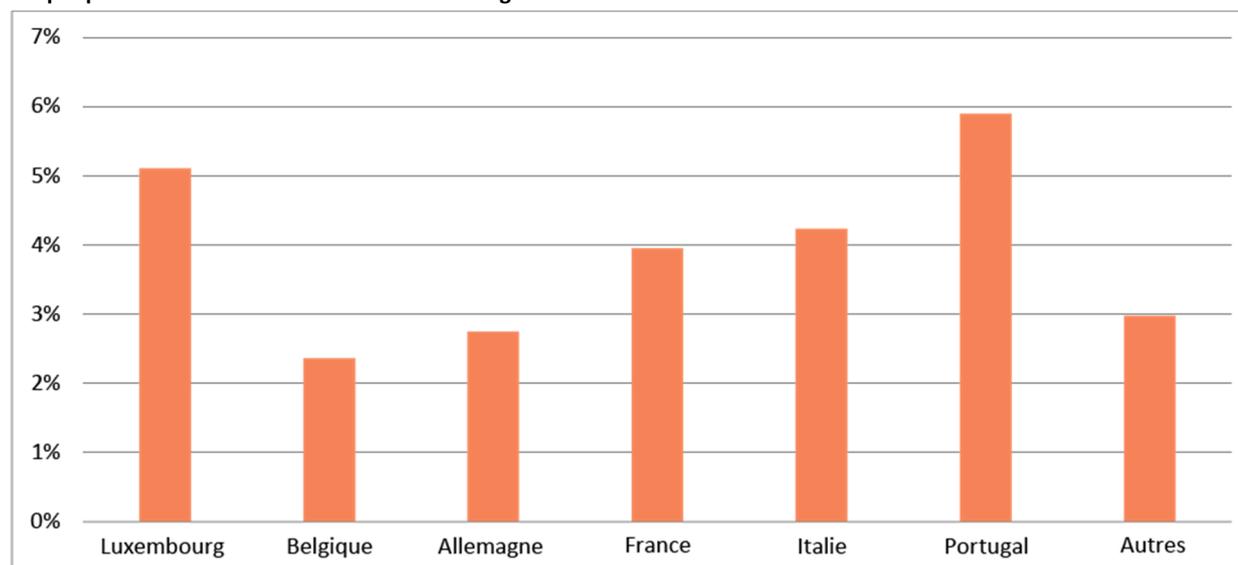


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les femmes (5,4%) recourent un peu plus souvent à un médecin de garde que les hommes (4,0%). Jusqu'à l'âge de 14 ans, les différences de taux de recours sont très ténues entre les filles et les garçons. C'est ensuite que ces différences apparaissent avec des écarts particulièrement importants chez les 20-29 ans (5,0% chez les garçons et 8,4% chez les filles).

Une fois les effets de structure contrôlés, les femmes continuent à avoir un risque relatif de recourir à ce type de soins plus important que les hommes. Lorsque les neuf variables qui cherchent à expliquer le taux de recours à un médecin de garde sont rangées de la plus discriminante à la moins discriminante dans ce taux de recours, le sexe occupe une place médiane.

Graphique 47 - Taux de recours à un médecin de garde selon la nationalité en 2019

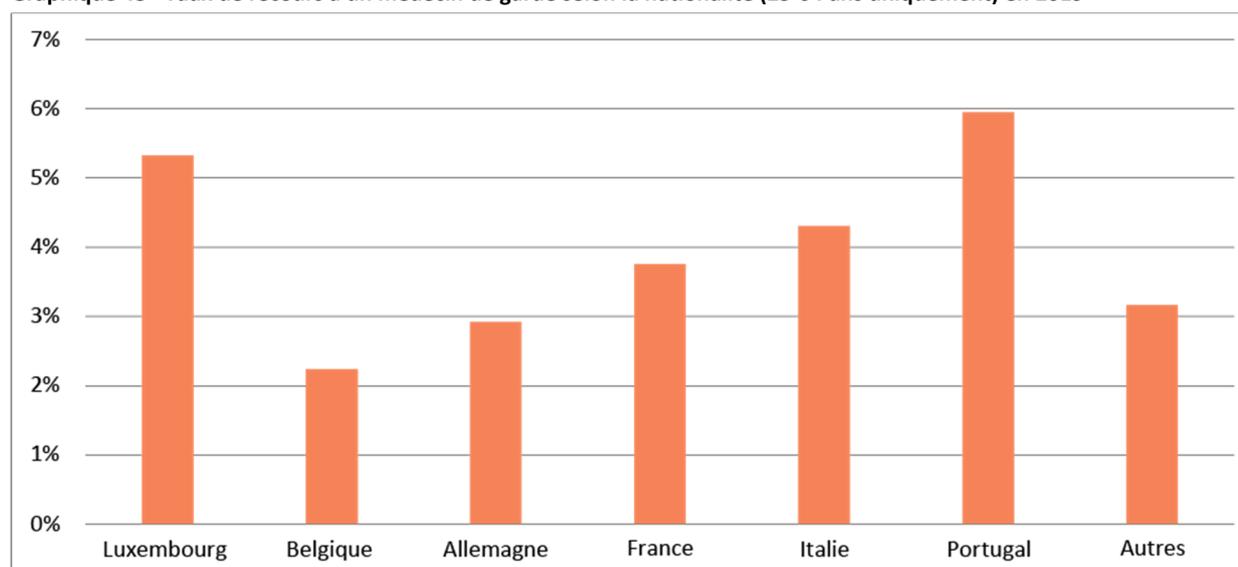


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le taux de recours varie également selon la nationalité²⁹ avec le taux le plus élevé chez les résidents de nationalité portugaise (5,9%) et le taux le plus bas chez ceux de nationalité belge (2,4%) et ceux de nationalité allemande (2,7%). Entre ces deux valeurs se trouvent les résidents de nationalité luxembourgeoise (5,1%), ceux de nationalités italienne ou française avec des taux se situant autour de 4,0% et ceux d'une autre nationalité (3,0%).

Pour atténuer les éventuelles différences de composition des différentes nationalités, notamment en termes de structure par âge, le taux de recours selon la nationalité est uniquement mesuré sur les 25-64 ans.

Graphique 48 - Taux de recours à un médecin de garde selon la nationalité (25-64 ans uniquement) en 2019



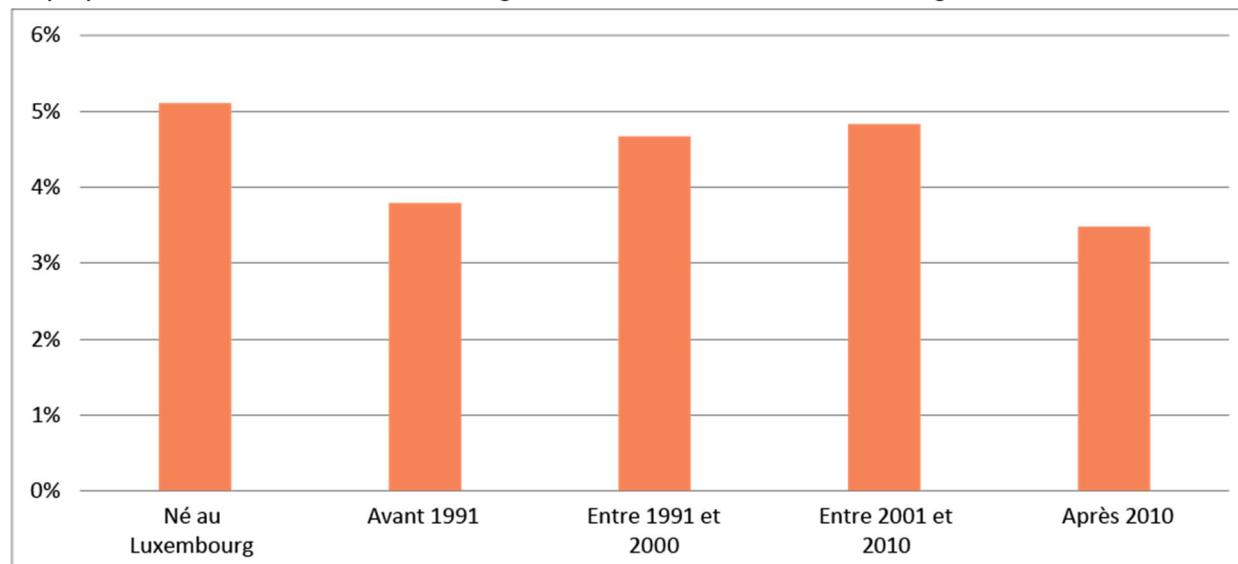
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

²⁹ Pour les moins de 18 ans, c'est la nationalité d'un des deux parents qui est retenue avec une priorité à la nationalité luxembourgeoise lorsqu'un des deux parents seulement possède cette nationalité et une priorité à la nationalité de la mère lorsqu'aucun des deux parents ne possède la nationalité luxembourgeoise.

Globalement, la même hiérarchie que celle constatée sur l'ensemble de la population est conservée. En ne se limitant pas au seul contrôle de la structure par âge, mais en contrôlant par l'ensemble des autres caractéristiques observées grâce au modèle de régression logistique, cette hiérarchie est globalement maintenue. L'exception concerne les personnes de nationalité italienne pour lesquelles il n'est pas possible de conclure que le risque relatif de recourir à un médecin de garde est différent de celui des personnes de nationalité luxembourgeoise. Après le canton de résidence et l'âge, la nationalité est la variable la plus discriminante dans le recours à un médecin de garde.

Dans un pays qui accueille des migrants de manière quasi-continue depuis plus d'un siècle, la date d'arrivée dans le pays³⁰ représente, à côté de la nationalité, un autre marqueur de l'histoire migratoire.

Graphique 49 - Taux de recours à un médecin de garde selon la date d'arrivée au Luxembourg en 2019



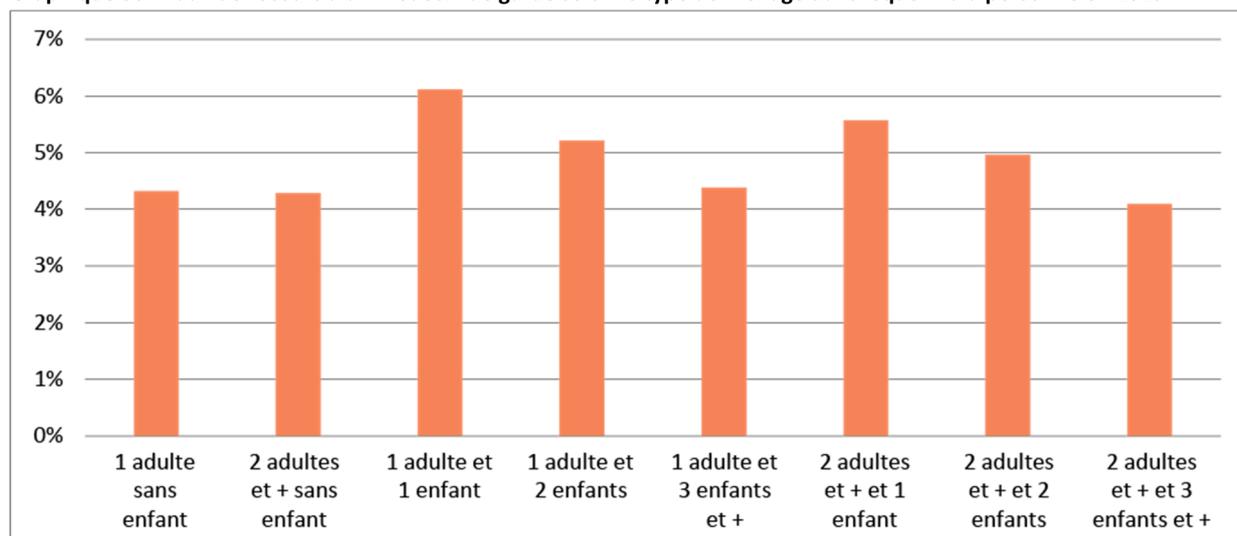
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les personnes nées au Luxembourg ou arrivées au Luxembourg avant l'âge de 1 an présentent, avec un taux de 5,1%, le taux de recours à un médecin de garde le plus élevé en 2019. Suivent ensuite de très près les personnes arrivées entre 1991 et 2010 qui ont un taux de recours se situant autour de 4,7%. Celles arrivées avant 1991 et celles arrivées récemment ferment la marche avec un taux de recours de 3,8%, respectivement de 3,5%.

En neutralisant les effets de structure, le classement obtenu par l'analyse descriptive est maintenu. En 2020 et 2021, les écarts, en termes de taux de recours à un médecin de garde selon la date d'arrivée au Luxembourg, qui étaient déjà serrés en 2019, se sont encore resserrés. Pour 2020 et 2021, les résultats du modèle de régression indiquent qu'il n'est plus possible de conclure à une différence statistiquement significative entre le taux de recours à un médecin de garde des personnes nées au Luxembourg et celles arrivées avant 1991 ou arrivées entre 1991 et 2000. Par contre, celles arrivées après 2000 ont un risque relatif de recourir à un médecin de garde moins élevé que celles nées au Luxembourg ou arrivées avant 2001. L'année d'arrivée dans le pays joue un rôle discriminant relativement modeste dans le recours à un médecin de garde.

³⁰ Pour les moins de 18 ans, c'est la date d'arrivée dans le pays du parent qui est retenue avec une priorité à la catégorie « né au Luxembourg » lorsqu'un des deux parents seulement appartient à cette catégorie et une priorité à la situation de la mère lorsqu'aucun des deux parents n'est né au Luxembourg.

Graphique 50 - Taux de recours à un médecin de garde selon le type de ménage dans lequel vit la personne en 2019

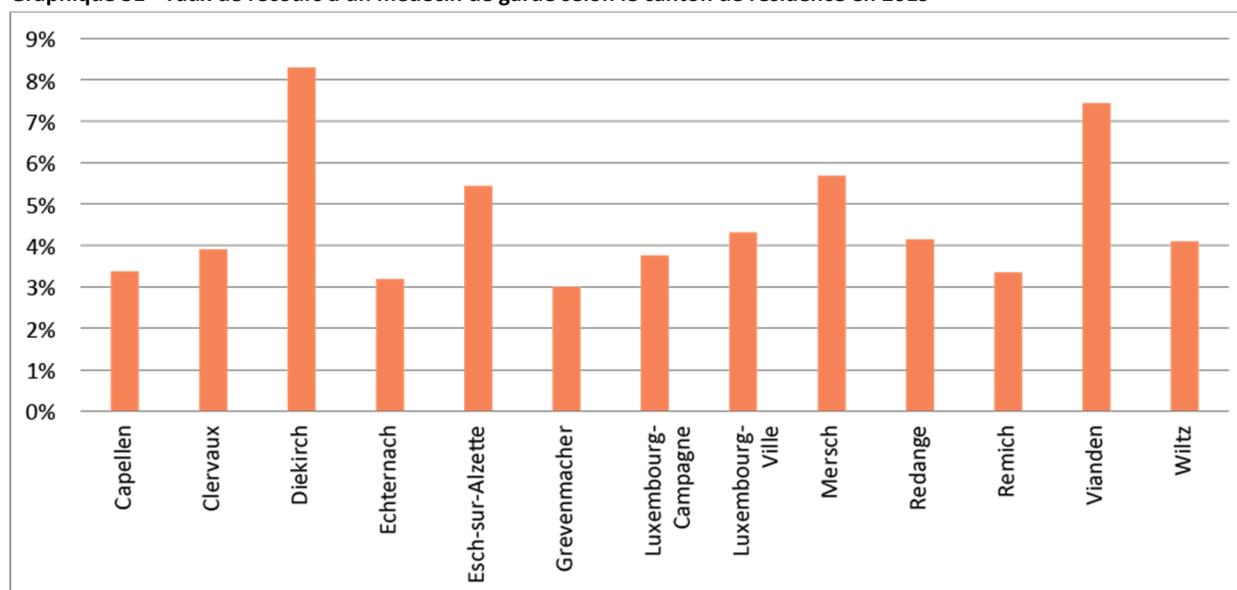


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Lorsque les personnes sont réparties selon la composition de leur ménage, il appert que le taux de recours à un médecin de garde oscille entre 4,3% chez celles appartenant à un ménage sans enfant et celles appartenant à un ménage avec trois enfants et plus et 6,1% chez celles vivant dans un ménage monoparental. Chez les personnes qui vivent dans un ménage avec des enfants, qu'importe le nombre d'adultes, le taux de recours diminue avec le nombre d'enfants.

En neutralisant les effets de structure, ces tendances ne sont pas fondamentalement bouleversées. Le type de ménage dans lequel vit la personne fait partie des deux variables les moins discriminantes dans le taux de recours à une maison médicale.

Graphique 51 - Taux de recours à un médecin de garde selon le canton de résidence en 2019



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'analyse du recours à un médecin de garde selon le canton de résidence montre également des différences relativement importantes. Ce taux de recours varie entre 3,0% chez les résidents du canton de Grevenmacher et 8,3% chez ceux du canton de Diekirch. Situés entre ces deux cantons, les cantons de Vianden, de Mersch et d'Esch-sur-Alzette présentent des taux au-dessus du taux national, alors que les autres cantons se situent en-dessous de ce taux national.

Lorsque les effets de structure sont pris en compte, ces disparités territoriales subsistent et, parmi l'ensemble des caractéristiques observées, c'est le canton de résidence qui est la caractéristique la plus discriminante du recours à un médecin de garde. La localisation des trois maisons médicales (Luxembourg-Ville, Esch-sur-Alzette (qui a déménagé à Belval depuis septembre 2021) et Ettelbruck) joue probablement un rôle sur le recours à un médecin de garde en fonction du canton de résidence, mais un rôle qui est peut-être à nuancer en fonction de l'offre globale des prestataires de santé autour de ces maisons médicales de garde et autour du lieu de résidence. A ce stade, les données ne permettent pas de creuser davantage ces hypothèses.

Graphique 52 - Taux de recours à un médecin de garde selon la situation par rapport à l'activité professionnelle en 2019

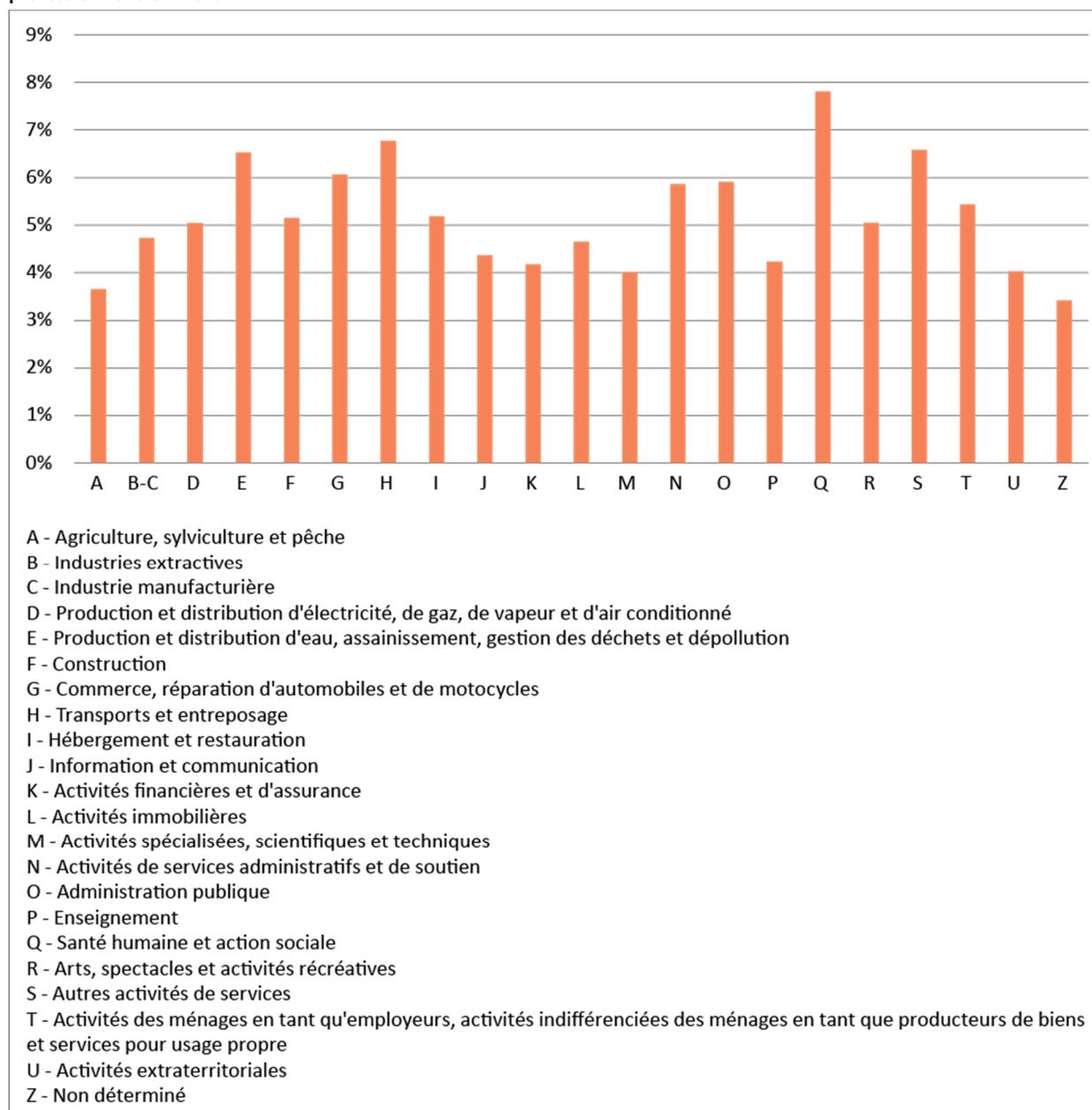


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les salariés du secteur public (6,0%) et ceux du secteur privé (5,4%) recourent quasiment deux fois plus souvent à un médecin de garde que les travailleurs indépendants (3,2%), alors que le taux de recours des personnes inactives s'élève à 4,0%.

Une fois les effets de structure pris en compte, cette hiérarchie est maintenue avec un resserrement des écarts entre les salariés du secteur public et ceux du secteur privé, car il n'est plus possible de conclure à une différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

Graphique 53 - Taux de recours à un médecin de garde selon le secteur d'activité des personnes exerçant une activité professionnelle en 2019



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

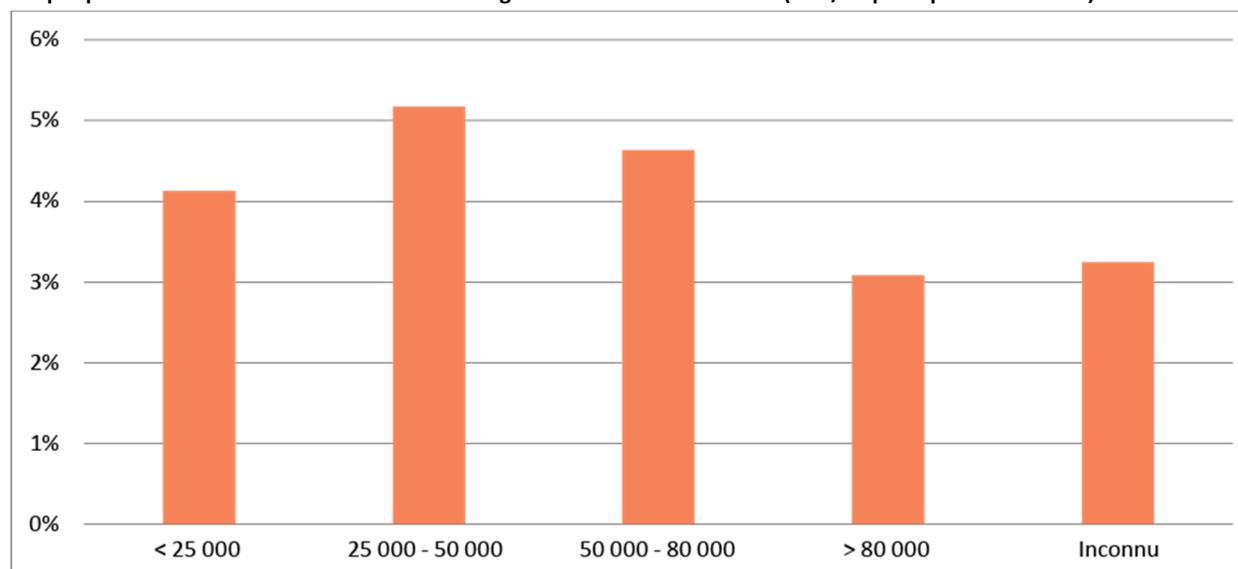
Une analyse exploratoire du taux de recours à un médecin de garde qui s'est uniquement limitée aux personnes exerçant une activité professionnelle âgées de 20 à 64 ans et qui a remplacé la variable « situation par rapport à l'activité professionnelle » par la variable « secteur d'activité³¹ » pour mieux rendre compte de l'hétérogénéité du monde du travail montre que le taux de recours varie entre 3,7% chez les personnes travaillant dans le secteur de l'agriculture et 7,8% chez les personnes travaillant dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale en 2019.

Une fois les effets de structure contrôlés, les écarts des taux de recours en fonction du secteur d'activité se sont tellement tassés qu'il n'est plus possible de conclure que les taux de recours de la plupart des secteurs d'activité sont différents. Seules les personnes travaillant dans les secteurs de la « Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution », des « Transports et entreposage » et de la « Santé humaine et action sociale » se distinguent des autres secteurs d'activité avec un risque relatif de recourir à un médecin de garde plus élevé. Cette analyse exploratoire a également mis en

³¹ Le secteur d'activité dans lequel la personne exerce son activité professionnelle est déterminé selon la « Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne » NACE Rév.2.

évidence que les tendances dégagées de l'analyse du taux de recours à un médecin de garde sur l'ensemble de la population, à savoir les disparités ou l'absence de disparités selon le sexe, la nationalité, le canton de résidence, la situation financière, et même selon l'âge, sont également vérifiées dans cette sous-population.

Graphique 54 - Taux de recours à un médecin de garde selon le niveau de vie (EUR/an par équivalent adulte) en 2019



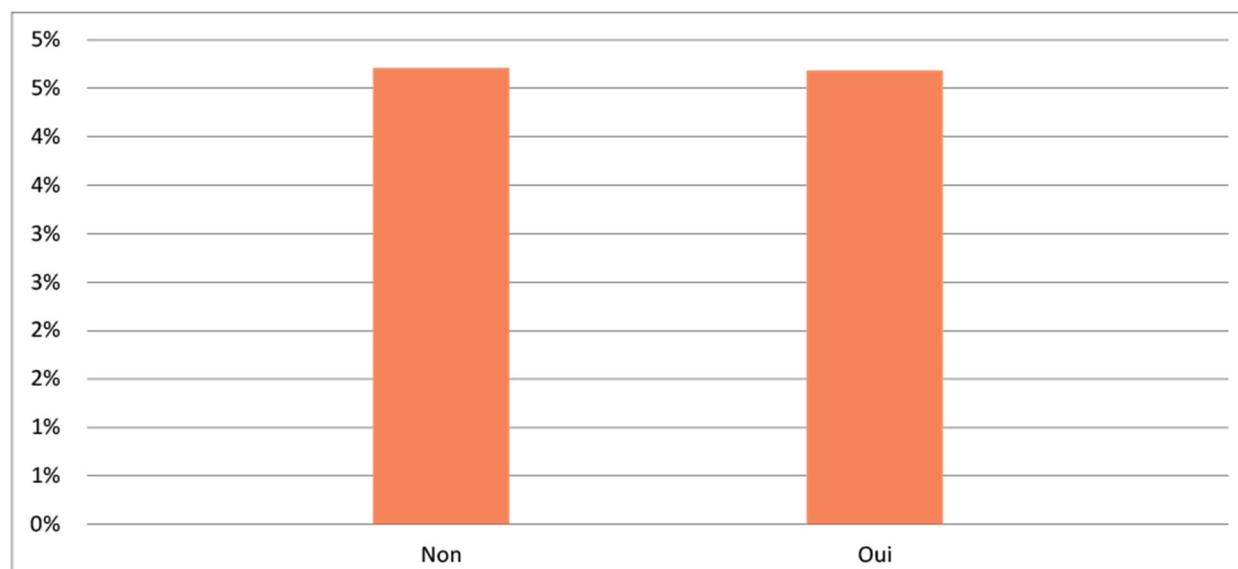
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

La situation financière des individus est mesurée selon deux critères : le niveau de vie et le fait de bénéficier de l'allocation de vie chère. Le niveau de vie, dont la définition et les limites sont présentées dans l'encadré 1 de la partie 1, semble jouer un rôle dans le taux de recours à un médecin de garde.

Ce taux varie de 3,1% pour celles avec un niveau de vie annuel supérieur à 80 000 EUR par équivalent adulte à 5,2% pour les personnes disposant d'un niveau de vie annuel compris entre 25 000 et 50 000 EUR par équivalent adulte.

Pour pallier les limites du niveau de vie, la situation financière est également approchée par le fait de bénéficier ou non de l'allocation de vie chère qui est une prestation versée sous conditions de ressources dont peuvent bénéficier les ménages disposant de faibles revenus.

Graphique 55 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière réalisés par un médecin de garde selon le fait de bénéficier ou non de l'allocation de vie chère en 2019



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2019, près de 55 000 personnes vivant dans près de 22 500 ménages ont bénéficié de cette allocation. Le taux de recours à un médecin de garde des bénéficiaires de cette allocation est identique à celui des non-bénéficiaires de cette allocation (4,7%).

En neutralisant les effets de structure, les tendances dégagées de l'analyse descriptive sont conservées pour le niveau de vie, mais elles ne le sont plus pour l'allocation de vie chère. La différence de risque relatif de recourir à un médecin de garde est maintenant plus élevée pour les bénéficiaires de l'allocation de vie chère. Ces deux variables sont parmi les trois variables les moins discriminantes dans le recours à un médecin de garde.

4 QUATRIÈME PARTIE : LE SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE

L'article 86 de la loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile et création d'un Corps grand-ducal d'incendie et de secours stipule que « le SAMU a comme mission la prise en charge médicale spécialisée d'un ou de plusieurs patients se trouvant en détresse vitale ou dont l'état requiert de façon urgente une expertise médicale pour des soins d'urgences ou de réanimation et pour leur orientation ».

La coordination organisationnelle et la gestion du service sont assurées par la Direction médicale et de la santé. Le Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS) établit un référentiel de ressources et d'organisation pour le SAMU. Pour assurer sa couverture médico-soignante, il élabore un contrat-type de collaboration avec les établissements hospitaliers et les médecins participant au service.

Les dépenses nécessaires au fonctionnement du SAMU sont prises en charge par l'État. Sont également à charge de l'État les dépenses résultant de la convention conclue en date du 7 mai 2014 entre l'État et Luxembourg Air Rescue asbl.

Tableau 39 - Évolution du nombre d'interventions du SAMU entre 2019 et 2021

Année	Nombre d'interventions
2019	7 979
2020	8 250
2021	7 987

Source : Rapports annuels du CGDIS.

CONCLUSIONS

Ce cahier statistique dresse pour la première fois un état des lieux chiffré des soins urgents au Luxembourg. Cet état des lieux couvre à la fois les soins urgents en médecine hospitalière et ceux en médecine extrahospitalière avec, pour ces derniers, un focus particulier porté sur les soins urgents réalisés dans les trois maisons médicales de garde du pays. Un bref aperçu est donné sur l'activité du SAMU. Cet état des lieux couvre principalement la période allant de 2019 à 2021.

En 2019, les quatre centres hospitaliers dotés d'un service d'urgences, y compris le service national d'urgence pédiatrique au CHL, ont traité plus de 263 000 passages. Le CHEM a traité près de 82 000 passages, le CHL, qui héberge à la fois un service d'urgences et le service national d'urgence pédiatrique, a pris en charge un peu plus de 64 000 passages, pour près de 61 000 passages aux HRS et près de 55 000 passages au CHdN.

La crise sanitaire liée à la COVID-19 débutée en mars 2020 n'a pas épargné l'activité des soins urgents en médecine hospitalière avec un recul de l'activité de près de 23% en 2020 et de 11% en 2021 par rapport à 2019. Les chiffres du premier semestre 2022, bien que provisoires, présentent un nombre de passages légèrement plus élevé que celui du premier semestre 2019. Ce constat national masque néanmoins des différences en fonction des centres hospitaliers. L'activité du CHEM et des HRS a diminué plus en 2020 et 2021 que celle du CHdN et du CHL, celle du CHL connaissant même un nombre de passages en 2021 supérieur à 2019.

L'activité des soins urgents en médecine hospitalière varie selon le jour de la semaine et selon le moment de la journée. Le lundi, jour avec l'activité la plus forte, le nombre de passages est 1,3 à 1,4 fois plus élevé que le dimanche ou le samedi, jours les plus calmes de la semaine. Au cours de la journée, le pic d'activité est atteint en fin de matinée avec 3 fois plus de passages entre 10 heures et 11 heures qu'entre 7 heures et 8 heures par exemple. L'après-midi, l'activité se maintient à un niveau soutenu pour diminuer progressivement après 19 heures et atteindre un nombre de passages minimal entre minuit et 7 heures. Globalement, cette évolution de l'activité au cours de la journée vaut pour les différents centres hospitaliers.

Sur la période allant de 2019 à 2021, les enfants de moins de 15 ans représentent près d'un quart des passages aux urgences en médecine hospitalière. Cette part atteint 45% au CHL, qui abrite le service national d'urgence pédiatrique, mais elle est beaucoup moins élevée dans les trois autres centres hospitaliers. Globalement, les hommes se rendent un peu plus fréquemment que les femmes aux urgences en milieu hospitalier.

Dans environ 7 cas sur 10, le passage aux urgences hospitalières est accompagné ou suivi d'autres unités d'œuvre qui peuvent aller d'une analyse en laboratoire ou d'un acte d'imagerie jusqu'à une hospitalisation. Le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences hospitalières atteint entre 12% et 15% par an sur la période allant de 2019 à 2021.

Entre 2019 et fin juin 2022, près de 64,7% des consultations des médecins effectuées dans les services d'urgence d'un centre hospitalier (hors COVID-19) correspondent aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité qui comporte cinq niveaux, le niveau d'urgence 1 correspondant au niveau de gravité le plus important. Dans le service national d'urgence pédiatrique, ce taux n'atteint que 19,6%. Plus globalement, plus le patient est âgé, plus grand est le risque que la consultation urgente en milieu hospitalier dont il bénéficie corresponde aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité.

Les médecins généralistes assurent 63,0% des consultations urgentes en milieu hospitalier des sous-sections 3,4,6 et 7 de la première partie de la nomenclature des actes et services des médecins. Ils sont suivis des médecins spécialistes en médecine interne, des médecins spécialistes en pédiatrie qui interviennent surtout dans le service national d'urgence pédiatrique, des médecins spécialistes en

chirurgie générale et des médecins spécialistes en orthopédie. Les autres spécialités médicales sont moins présentes dans les services d'urgence en milieu hospitalier.

En 2019, pour environ 88% des passages des actes de la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes ont pu être déterminés. Ce taux diminue à 80,0% en 2020 et passe à 81,4% en 2021. Cette baisse pourrait s'expliquer par la facturation du forfait horaire FC45 qui ne peut pas être attribué à un patient.

L'analyse a montré que les actes dédiés des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la partie de la nomenclature des actes et services des médecins ne sont facturés que dans environ 60% des passages et que d'autres actes de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes sont facturés dans environ 30% des passages.

Le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière s'établit à 24,8% en 2019 pour diminuer et passer à 20,3% en 2020 et repartir légèrement à la hausse en 2021. Ce taux de recours varie fortement en fonction de l'âge avec les taux les plus importants chez les plus jeunes et chez les plus âgés. Parmi un ensemble de neuf variables sociodémographiques et économiques, l'âge ressort d'ailleurs comme étant la variable la plus discriminante dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière. Après l'âge, c'est la nationalité qui constitue la variable la plus discriminante dans ce recours avec le taux le plus élevé chez les personnes résidentes de nationalité portugaise et le plus bas chez les résidents de nationalité belge. Le canton de résidence joue également un rôle important dans le recours à ces soins urgents avec un taux qui varie entre 20,7% chez les résidents du canton de Grevenmacher et 30,2% chez ceux du canton de Wiltz et ces disparités territoriales subsistent lorsque les effets de structure sont pris en compte. Le taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière est plus élevé chez les personnes disposant de ressources financières limitées, mesurées par le niveau de vie et par le fait de bénéficier de l'allocation de vie chère, que chez celles plus à l'aise financièrement et ce gradient social est conservé lorsque les autres variables sont contrôlées. La situation par rapport à l'activité professionnelle, le type de ménage, l'année d'arrivée au Luxembourg et le sexe sont, conditionnellement aux neuf variables sociodémographiques et économiques retenues, les variables les moins discriminantes dans le recours aux soins urgents en médecine hospitalière de l'ensemble de la population résidente.

Les soins urgents en médecine extrahospitalière forment l'autre grand volet des soins urgents dispensés sur le territoire. En 2019, un peu plus de 56 000 consultations et visites urgentes de ce type ont été réalisées. Suite à la crise sanitaire liée à la COVID-19, ce nombre est tombé à 34 500 en 2020, pour repartir légèrement à la hausse en 2021 et dépasser la barre des 40 000 consultations et visites urgentes. Sur la période allant de 2019 à 2021, les consultations et visites urgentes en médecine extrahospitalière représentent en moyenne annuelle 2,7% de l'ensemble des consultations et visites en médecine extrahospitalière et elles représentent en moyenne annuelle 3,7% de l'ensemble des dépenses des consultations et visites en médecine extrahospitalière.

Un peu plus de la moitié des soins urgents en médecine extrahospitalière sont dispensés par les médecins assurant la garde dans une des trois maisons médicales de garde et le reste a lieu dans des cabinets médicaux, y compris la maison médicale pédiatrique, au domicile du patient ou encore dans les centres de consultation COVID-19 avec des différences notables selon l'âge du patient. Les patients âgés au-delà de 14 ans consultent principalement dans une maison médicale de garde, alors que les plus jeunes se rendent principalement dans la maison médicale pédiatrique qui leur est dévolue.

Plus d'un quart des soins urgents en médecine extrahospitalière sont délivrés à des enfants de moins de 5 ans, alors qu'ils ne composent qu'un peu plus de 5% de la population. A ces âges, les jeunes garçons sont plus nombreux que les jeunes filles à recevoir ce type de soins. Cette tendance s'inverse par contre aux âges plus élevés et, sur l'ensemble de la population, les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à recourir à ce type de soins.

Le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière atteint 7,4% en 2019, 4,7% en 2020 et 5,1% en 2021. Une nette segmentation du recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en fonction de l'âge est observée avec un taux de recours qui approche 30% chez les 0-4 ans pour à peine

dépasser 3% chez les 65-69 ans en 2019. À l’instar des soins urgents en médecine hospitalière, les trois variables les plus discriminantes dans le taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière sont, dans l’ordre, l’âge, la nationalité et le canton de résidence. Comme pour les soins urgents en médecine hospitalière, les personnes de nationalité portugaise affichent le taux de recours le plus élevé et ceux de nationalité belge le plus bas. Par contre, pour le canton de résidence, la hiérarchie du taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière est légèrement différente de celle obtenue pour son équivalent en médecine hospitalière. Cette fois, ce sont les résidents du canton de Diekirch qui affichent le taux de recours aux urgences extrahospitalières le plus élevé. Contrairement aux urgences hospitalières, où le fait d’être une femme ou un homme, ne joue pas sur le taux de recours, les femmes présentent un risque de recourir aux urgences extrahospitalières plus élevé que les hommes. Les autres variables sociodémographiques et économiques jouent un rôle plus modeste dans le recours à ces soins urgents.

Le focus particulier dédié aux soins urgents en médecine extrahospitalière fournis par les médecins de garde dans les trois maisons médicales de garde du pays a permis d’approcher d’autres aspects des soins urgents en médecine extrahospitalière que ceux déjà décrits dans la partie 2 de ce cahier statistique. De plus, l’analyse montre que l’essentiel de l’activité des médecins de garde se focalise sur les consultations réalisées dans les maisons médicales de garde. En effet, seuls 12,2% des soins urgents sont dispensés au domicile du patient et la pratique, à côté des consultations et visites urgentes, d’autres actes médicaux reste l’exception.

Si les heures d’ouverture des maisons médicales de garde sont de 20 heures à 24 heures du lundi au vendredi et de 8 heures à 24 heures le samedi, le dimanche et les jours fériés, une garde est assurée dans chaque maison médicale par un médecin entre 24 heures et 7 heures. Pendant les heures d’ouverture des maisons médicales de garde, ce sont deux ou trois médecins de garde par maison médicale qui accueillent les patients. Par année, sur la période allant de 2019 à 2021, ce sont autour de 200 médecins différents qui assurent ces gardes. Sur la même période, lorsque les médecins sont de garde, ils consultent ou rendent visite à au moins un patient dans un peu plus de 80% des cas avec un pourcentage de 50% pour le créneau horaire 24 heures - 7 heures et de 100% pour le créneau horaire 16 heures – 24 heures les samedis, dimanches et jours fériés.

Sans vouloir ni pouvoir établir un lien causal, cette partie dédiant ce focus particulier aux maisons médicales de garde a également cherché à connaître les soins délivrés aux assurés le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation d’un médecin de garde. Dans 3,5% des cas, le patient a été hospitalisé et dans un peu plus d’un cas sur trois, le patient a connu une consultation supplémentaire.

Le taux de recours à un médecin de garde s’établit à 4,7% en 2019 pour diminuer en 2020 en passant à 2,6% et 2,9% en 2021. Les variables sociodémographiques et économiques qui jouent un rôle dans le recours à un médecin de garde sont, dans l’ordre, le canton de résidence, l’âge, la nationalité et le sexe. L’impact des autres variables dans ce recours est relativement faible.

Le service d’aide médicale urgente (SAMU), qui fait partie intégrante du système de santé, intervient à plus ou moins 8 000 reprises par an sur la période allant de 2019 à 2021.

Cet état des lieux chiffré sur les soins urgents au Luxembourg, réalisé sur base de données administratives provenant de la sécurité sociale, est riche d’enseignements et ouvre plusieurs perspectives. Il devrait servir de base pour établir une mise à jour régulière de ces statistiques et offrir ainsi une vue sur l’évolution à moyen et long terme de l’activité des soins urgents.

ANNEXES

Tableau A-1 : Probabilités de recours aux soins urgents en médecine hospitalière

	2019		2020		2021	
	Odds ratios bruts	Odds ratios ajustés	Odds ratios bruts	Odds ratios ajustés	Odds ratios bruts	Odds ratios ajustés
Age						
0-4 ans	3.007***	3.380***	2.610***	2.810***	3.249***	3.491***
5-9 ans	1.442***	1.603***	1.335***	1.418***	1.277***	1.357***
10-14 ans	1.230***	1.332***	1.089***	1.128***	1.186***	1.233***
15-19 ans	1.188***	1.221***	1.079***	1.064***	1.164***	1.152***
20-24 ans	1.080***	1.054***	1.063***	1.012 n.s.	1.079***	1.030 n.s.
25-29 ans	0.986***	0.962**	1.006 n.s.	0.979 n.s.	1.011 n.s.	0.984 n.s.
30-34 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
35-39 ans	0.971***	0.976 n.s.	0.955**	0.957**	0.988 n.s.	0.991 n.s.
40-44 ans	0.970***	0.958**	0.997 n.s.	0.981 n.s.	0.991 n.s.	0.976 n.s.
45-49 ans	0.943***	0.925***	1.031*	1.001 n.s.	1.001 n.s.	0.961**
50-54 ans	0.959***	0.937***	1.028 n.s.	0.997 n.s.	0.998 n.s.	0.961**
55-59 ans	0.894***	0.897***	0.938***	0.928***	0.907***	0.894***
60-64 ans	0.758***	0.787***	0.804***	0.823***	0.775***	0.796***
65-69 ans	0.766***	0.823***	0.858***	0.902***	0.788***	0.834***
70-74 ans	0.882***	0.948**	0.948**	1.001 n.s.	0.901***	0.963 n.s.
75-79 ans	1.153***	1.244***	1.227***	1.295***	1.164***	1.243***
80-84 ans	1.485***	1.586***	1.646***	1.724***	1.536***	1.637***
85-89 ans	1.929***	2.050***	2.117***	2.193***	1.985***	2.097***
90 ans et +	2.251***	2.404***	2.482***	2.595***	2.493***	2.644***
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme	1.002 n.s.	0.988*	0.951***	0.928***	0.973***	0.952***
Nationalité						
Luxembourg	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Belgique	0.615***	0.668***	0.651***	0.694***	0.652***	0.707***
Allemagne	0.684***	0.747***	0.708***	0.761***	0.690***	0.752***
France	0.763***	0.798***	0.739***	0.776***	0.762***	0.802***
Italie	1.022 n.s.	1.051**	0.988 n.s.	0.987 n.s.	0.966***	0.987 n.s.
Portugal	1.515***	1.360***	1.401***	1.243***	1.417***	1.285***
Autres	1.096***	0.940***	1.033***	0.904***	1.061***	0.912***
Année d'arrivée au Lux.						
Né au Luxembourg	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Avant 1991	0.834***	0.909***	0.892***	0.933***	0.832***	0.914***
Entre 1991 et 2000	0.881***	0.992 n.s.	0.929***	1.010 n.s.	0.896***	1.008 n.s.
Entre 2001 et 2010	0.979**	1.038***	0.963***	1.024 n.s.	0.936***	1.009 n.s.
Après 2010	0.831***	0.911***	0.839***	0.941***	0.818***	0.921***
Type de ménage						
1 adulte sans enfant	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
2 adultes et + sans enfant	0.883***	0.954***	0.859***	0.927***	0.876***	0.949***
1 adulte, 1 enfant	1.316***	1.033 n.s.	1.223***	1.059**	1.277***	1.052**
1 adulte, 2 enfants	1.235***	0.839***	1.163***	0.979 n.s.	1.282***	1.014 n.s.
1 adulte, 3 enfants et +	1.306***	0.954***	1.226***	0.901***	1.289***	0.880***
2 adultes et +, 1 enfant	1.105***	0.971**	1.028***	0.970**	1.114***	1.010 n.s.
2 adultes et +, 2 enfants	1.091***	0.881***	0.981***	0.877***	1.070***	0.907***
2 adultes et +, 3 enfants et +	1.140***	0.815***	1.064***	0.851***	1.159***	0.876***
Canton de résidence						
Capellen	0.985 n.s.	1.004 n.s.	0.980 n.s.	0.998 n.s.	0.988***	1.003 n.s.
Clervaux	1.239***	1.137***	1.241***	1.138***	1.221***	1.116***
Diekirch	1.476***	1.325***	1.564***	1.415***	1.537***	1.391***

Echternach	1.047**	0.958**	1.069***	0.985 n.s.	1.102***	1.014 n.s.
Esch-sur-Alzette	1.417***	1.246***	1.359***	1.206***	1.365***	1.208***
Grevenmacher	0.937***	0.914***	0.944***	0.924***	0.971***	0.944***
Luxembourg-Campagne	0.973**	1.004 n.s.	0.950***	0.983 n.s.	0.988***	1.021 n.s.
Luxembourg-Ville	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Mersch	1.151***	1.079***	1.171***	1.111***	1.214***	1.143***
Redange	1.137***	1.111***	1.159***	1.127***	1.159***	1.121***
Remich	1.044**	1.002 n.s.	1.018 n.s.	0.981 n.s.	1.025***	0.983 n.s.
Vianden	1.339***	1.191***	1.449***	1.295***	1.546***	1.381***
Wiltz	1.563***	1.445***	1.621***	1.491***	1.685***	1.536***
Statut d'emploi						
Salarié du secteur privé	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Salarié du secteur public	0.720***	0.817***	0.715***	0.794***	0.750***	0.822***
Travailleur indépendant	0.596***	0.697***	0.638***	0.720***	0.624***	0.711***
Inactif	1.127***	0.848***	1.098***	0.867***	1.124***	0.860***
Niveau de vie annuel						
<25.000	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
25.000-50.000	0.870***	0.983 n.s.	0.919***	1.013 n.s.	0.903***	1.005 n.s.
50000-80.000	0.614***	0.798***	0.645***	0.818***	0.656***	0.830***
80.000 et plus	0.450***	0.651***	0.489***	0.689***	0.491***	0.695***
Inconnu	0.692***	0.874***	0.711***	0.899***	0.693***	0.878***
Allocation de vie chère						
Oui	1.696***	1.405***	1.620***	1.406***	1.634***	1.404***
Non	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.

Lecture : Le **risque relatif brut** d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine hospitalière en 2019 plutôt que de ne pas y avoir eu recours est 3.007 fois (Odds ratio brut = 3.007) plus élevé chez un enfant de 0-4 ans que chez une personne de 30-34 ans. Le risque relatif ajusté d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine hospitalière en 2019 plutôt que de ne pas y avoir eu recours est 3.380 fois (Odds ratio ajusté = 3.380) plus élevé chez un enfant de 0-4 ans que chez une personne de 30-34 ans, conditionnellement aux autres caractéristiques prises en compte dans le modèle. Pour chaque caractéristique, les odds ratios permettent de comparer les différentes modalités avec la modalité de référence (Réf.) qui vaut 1. Dans le cas des odds ratios bruts, une valeur supérieure à 1 indique que la modalité est associée à une augmentation du risque relatif d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en 2019 sans tenir compte des autres caractéristiques et une valeur inférieure à 1 indique l'inverse. Dans le cas des odds ratios ajustés, une valeur supérieure à 1 indique que la modalité est associée à une augmentation du risque relatif d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en 2019, toutes choses égales par ailleurs pour les caractéristiques retenues dans le modèle, à une augmentation du risque relatif d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en 2019 et une valeur inférieure à 1 indique l'inverse. Une valeur proche de 1 (valeur accompagnée de la mention « n.s. » dans le tableau) indique qu'il n'est pas possible de conclure quant au type d'association entre une modalité et la modalité de référence.

Significativité statistique : *** = 1%, ** = 5%, * = 10%, n.s. = statistiquement non significatif au seuil de 10%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Tableau A-2: Probabilités de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière

	2019		2020		2021	
	Odds ratios bruts	Odds ratios ajustés	Odds ratios bruts	Odds ratios ajustés	Odds ratios bruts	Odds ratios ajustés
Age						
0-4 ans	5.174***	6.352***	5.137***	6.047***	6.321***	7.883***
5-9 ans	2.147***	2.801***	2.552***	3.186***	1.861***	2.465***
10-14 ans	1.075**	1.414***	1.245***	1.562***	0.832***	1.113**
15-19 ans	0.893***	1.084**	0.942 n.s.	1.095**	0.880***	1.084*
20-24 ans	1.042 n.s.	1.064**	1.015 n.s.	1.009 n.s.	1.108***	1.135***
25-29 ans	0.987 n.s.	0.977 n.s.	1.056 n.s.	1.029 n.s.	1.027 n.s.	1.008 n.s.
30-34 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
35-39 ans	0.923**	0.919**	0.992 n.s.	0.990 n.s.	0.934 **	0.932**
40-44 ans	0.791***	0.778***	0.856***	0.843***	0.806***	0.791***
45-49 ans	0.699***	0.667***	0.788***	0.743***	0.730***	0.692***
50-54 ans	0.661***	0.626***	0.763***	0.701***	0.701***	0.652***
55-59 ans	0.583***	0.593***	0.637***	0.614***	0.630***	0.623***
60-64 ans	0.484***	0.566***	0.542***	0.584***	0.460***	0.525***
65-69 ans	0.455***	0.564***	0.525***	0.590***	0.472***	0.570***
70-74 ans	0.552***	0.683***	0.672***	0.754***	0.538***	0.650***
75-79 ans	0.657***	0.803***	0.732***	0.813***	0.611***	0.730***
80-84 ans	0.868***	1.042 n.s.	1.034 n.s.	1.131**	0.867***	1.017 n.s.
85-89 ans	1.116**	1.317***	1.529***	1.648***	1.334***	1.540***
90 ans et +	1.412***	1.635***	1.843***	1.956***	1.515***	1.710***
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme	1.266***	1.300***	1.253***	1.271***	1.266	1.293***
Nationalité						
Luxembourg	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Belgique	0.519***	0.647***	0.556***	0.688***	0.541***	0.680***
Allemagne	0.588***	0.703***	0.621***	0.729***	0.525***	0.624***
France	0.880***	0.888***	0.882***	0.902***	0.950**	0.954 n.s.
Italie	0.881***	1.091**	0.879***	1.066 n.s.	0.962 n.s.	1.152***
Portugal	1.134***	1.174***	1.135***	1.168***	1.106***	1.174***
Autres	0.960***	0.813***	0.920***	0.771***	0.967*	0.804***
Année d'arrivée au Lux.						
Né au Luxembourg	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Avant 1991	0.503***	0.872***	0.541***	0.935**	0.508***	0.920***
Entre 1991 et 2000	0.612***	0.927**	0.605***	0.950 n.s.	0.591***	0.934**
Entre 2001 et 2010	0.615***	0.836***	0.584***	0.842***	0.621***	0.888***
Après 2010	0.494***	0.612***	0.483***	0.646***	0.486***	0.653***
Type de ménage						
1 adulte sans enfant	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
2 adultes et + sans enfant	0.950***	1.024 n.s.	0.939***	1.028 n.s.	0.927***	1.000 n.s.
1 adulte, 1 enfant	1.913***	1.207***	1.824***	1.144***	1.875***	1.178***
1 adulte, 2 enfants	1.685***	1.004 n.s.	1.772***	1.044 n.s.	1.630***	1.005 n.s.
1 adulte, 3 enfants et +	1.474***	0.873**	1.462***	0.834**	1.425***	0.854**
2 adultes et +, 1 enfant	1.782***	1.225***	1.681***	1.177***	1.798***	1.186***
2 adultes et +, 2 enfants	1.869***	1.101**	1.782***	1.039 n.s.	1.815***	1.043 n.s.
2 adultes et +, 3 enfants et +	1.469***	0.855***	1.498***	0.860***	1.436***	0.834***
Canton de résidence						
Capellen	0.840***	0.748***	0.910***	0.816***	0.911***	0.842***
Clervaux	0.954 n.s.	0.800**	0.978 n.s.	0.814***	0.906**	0.786***
Diekirch	1.577***	1.360***	1.622***	1.383***	1.492***	1.323***
Echternach	0.922**	0.772***	1.125**	0.948 n.s.	0.912**	0.794***
Esch-sur-Alzette	1.153***	0.968*	1.154***	0.962*	1.199***	1.035*
Grevenmacher	0.798***	0.679***	0.863***	0.744***	0.802***	0.707***
Luxembourg-Campagne	0.941***	0.864***	0.951*	0.882***	0.939**	0.894***
Luxembourg-Ville	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Mersch	1.182***	0.975 n.s.	1.274***	1.055*	1.242***	n.s.
Redange	0.899***	0.752***	1.074*	0.896***	0.971 n.s.	0.832***
Remich	0.824***	0.710***	0.833***	0.724***	0.841***	0.748***
Vianden	1.329***	1.106*	1.390***	1.147**	1.285***	1.103 n.s.
Wiltz	1.048 n.s.	0.895**	1.037 n.s.	0.873***	0.969 n.s.	0.838***
Statut d'emploi						
Salarié du secteur privé	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Salarié du secteur public	1.077***	0.968 n.s.	1.093***	0.986 n.s.	1.090***	0.985 n.s.

Travailleur indépendant	0.588***	0.701***	0.603***	0.701***	0.565***	0.671***
Inactif	1.296***	0.681***	1.393***	0.725***	1.316***	0.683***
Niveau de vie annuel						
<25.000	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
25.000-50.000	1.225***	1.178***	1.239***	1.170***	1.254***	1.143***
50000-80.000	1.126***	1.110***	1.094***	1.058*	1.148***	1.055*
80.000 et plus	0.768***	0.877***	0.792***	0.883***	0.830***	0.895***
Inconnu	0.939 **	0.979 n.s.	0.914**	0.952 n.s.	0.967 n.s.	0.967 n.s.
Allocation de vie chère						
Oui	1.113	1.082***	1.162	1.103***	1.059***	1.009 n.s.
Non	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.

Lecture : Le **risque relatif** brut d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en 2019 plutôt que de ne pas y avoir eu recours est 5.174 fois (Odds ratio brut = 5.174) plus élevé pour un enfant de 0-4 ans que pour une personne de 30-34 ans. Le risque relatif ajusté d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en 2019 plutôt que de ne pas y avoir eu recours est 6.352 fois (Odds ratio ajusté = 6.352) plus élevé pour un enfant de 0-4 ans que pour une personne de 30-34 ans, conditionnellement aux autres caractéristiques prises en compte dans le modèle.

Pour chaque caractéristique, les odds ratios permettent de comparer les différentes modalités avec la modalité de référence (Réf.) qui vaut 1. Dans le cas des odds ratios bruts, une valeur supérieure à 1 indique que la modalité est associée à une augmentation du risque relatif d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en 2019 sans tenir compte des autres caractéristiques et une valeur inférieure à 1 indique l'inverse. Dans le cas des odds ratios ajustés, une valeur supérieure à 1 indique que la modalité est associée à une augmentation du risque relatif d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en 2019, toutes choses égales par ailleurs pour les caractéristiques retenues dans le modèle, à une augmentation du risque relatif d'avoir eu recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière en 2019 et une valeur inférieure à 1 indique l'inverse. Une valeur proche de 1 (valeur accompagnée de la mention « n.s. » dans le tableau) indique qu'il n'est pas possible de conclure quant au type d'association entre une modalité et la modalité de référence.

Significativité statistique : *** = 1%, ** = 5%, * = 10%, n.s. = statistiquement non significatif au seuil de 10%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Tableau A-3 : Probabilités de recours à un médecin de garde

	2019		2020		2021	
	Odds ratios bruts	Odds ratios ajustés	Odds ratios bruts	Odds ratios ajustés	Odds ratios bruts	Odds ratios ajustés
Age						
0-4 ans	0.581***	0.741***	0.488	0.632***	0.421***	0.566***
5-9 ans	0.710***	0.952 n.s.	0.707	0.957 n.s.	0.475***	0.671***
10-14 ans	0.636***	0.855***	0.635	0.851***	0.446***	0.631***
15-19 ans	0.823***	1.008 n.s.	0.822	0.991 n.s.	0.819***	1.037 n.s.
20-24 ans	1.043 n.s.	1.061*	1.024 n.s.	1.022 n.s.	1.123**	1.138***
25-29 ans	1.007 n.s.	0.991 n.s.	1.090**	1.051 n.s.	1.058 n.s.	1.025 n.s.
30-34 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
35-39 ans	0.907 ***	0.901***	0.959 n.s.	0.959 n.s.	0.924**	0.918**
40-44 ans	0.758***	0.741***	0.831	0.820***	0.772***	0.750***
45-49 ans	0.636***	0.604***	0.712	0.671***	0.676***	0.632***
50-54 ans	0.592***	0.559***	0.665	0.611***	0.636***	0.583***
55-59 ans	0.532***	0.542***	0.543	0.523***	0.572***	0.560***
60-64 ans	0.430***	0.509***	0.466	0.505***	0.412***	0.471***
65-69 ans	0.407***	0.515***	0.448	0.510***	0.412***	0.502***
70-74 ans	0.466***	0.588***	0.560	0.636***	0.492***	0.600***
75-79 ans	0.542***	0.673***	0.564	0.631***	0.481***	0.579***
80-84 ans	0.672***	0.818***	0.655	0.719***	0.645***	0.759***
85-89 ans	0.769***	0.919 n.s.	0.903 n.s.	0.970 n.s.	0.731***	0.844**
90 ans et +	0.854**	0.999 n.s.	0.867 n.s.	0.918 n.s.	0.623***	0.702***
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme	1.394***	1.398***	1.378***	1.399***	1.419***	1.448***
Nationalité						
Luxembourg	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Belgique	0.448***	0.585***	0.554***	0.694***	0.523***	0.677***
Allemagne	0.519***	0.686***	0.557***	0.699***	0.449***	0.596***
France	0.762***	0.877***	0.731**	0.818***	0.746***	0.882***
Italie	0.820***	0.989 n.s.	0.851**	0.971 n.s.	0.866**	1.038 n.s.
Portugal	1.166***	1.157***	1.203***	1.133***	1.104***	1.084***
Autres	0.570***	0.657***	0.518***	0.572***	0.485***	0.593***
Année d'arrivée au Lux.						
Né au Luxembourg	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Avant 1991	0.733***	0.895***	0.810***	0.974 n.s.	0.794	0.965 n.s.
Entre 1991 et 2000	0.911***	0.905***	0.977 n.s.	0.967 n.s.	0.982	0.944 n.s.
Entre 2001 et 2010	0.941***	0.844***	0.990 n.s.	0.911***	1.035	0.916**
Après 2010	0.670***	0.631***	0.714***	0.719**	0.694	0.674***
Type de ménage						
1 adulte sans enfant	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
2 adultes et + sans enfant	0.994***	1.038*	0.999 n.s.	1.046 n.s.	1.022 n.s.	1.028 n.s.
1 adulte, 1 enfant	1.445***	1.257***	1.366***	1.178***	1.382***	1.235***
1 adulte, 2 enfants	1.220***	1.109***	1.249***	1.138**	1.134**	1.108 n.s.
1 adulte, 3 enfants et +	1.017***	0.989 n.s.	1.038 n.s.	1.001 n.s.	0.832*	0.894 n.s.
2 adultes et +, 1 enfant	1.310***	1.190***	1.215***	1.112***	1.249***	1.121***
2 adultes et +, 2 enfants	1.159***	1.100***	1.074**	1.026 n.s.	1.063**	1.059*
2 adultes et +, 3 enfants et +	0.948***	0.950 n.s.	0.869***	0.874***	0.849***	0.931*
Canton de résidence						
Capellen	0.777***	0.683***	0.759***	0.673***	0.938 n.s.	0.833***
Clervaux	0.907**	0.742***	0.980 n.s.	0.798***	0.958 n.s.	0.793***
Diekirch	2.016***	1.638***	2.202***	1.784***	2.185***	1.796***
Echternach	0.732***	0.597***	0.886**	0.723***	0.874**	0.726***
Esch-sur-Alzette	1.282***	1.042*	1.263***	1.027 n.s.	1.408***	1.164***
Grevenmacher	0.690***	0.584***	0.661***	0.567***	0.732***	0.633***
Luxembourg-Campagne	0.869***	0.820***	0.884***	0.849***	0.946 n.s.	0.909***
Luxembourg-Ville	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Mersch	1.345***	1.090***	1.387***	1.132***	1.494***	1.232***
Redange	0.965 n.s.	0.789***	1.104*	0.903*	1.054 n.s.	0.864***
Remich	0.775***	0.651***	0.754***	0.638***	0.782***	0.665***
Vianden	1.796***	1.436***	1.982***	1.596***	1.848***	1.513***
Wiltz	0.953 n.s.	0.807***	0.961 n.s.	0.807***	1.127 **	0.960 n.s.
Statut d'emploi						
Salarié du secteur privé	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.

Salarié du secteur public	1.076***	0.960 n.s.	1.070**	0.978 n.s.	1.114***	0.974 n.s.
Travailleur indépendant	0.552***	0.690***	0.561***	0.699***	0.514***	0.635***
Inactif	0.694***	0.648***	0.686***	0.696***	0.604***	0.634***
Niveau de vie annuel						
<25.000	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
25.000-50.000	1.281***	1.177***	1.306***	1.173***	1.363***	1.150***
50000-80.000	1.141***	1.085***	1.118***	1.09 n.s.	1.220***	1.029 n.s.
80.000 et plus	0.747***	0.841***	0.720***	0.773***	0.841***	0.837***
Inconnu	0.781***	0.936 n.s.	0.770***	0.925 n.s.	0.841***	0.960 n.s.
Allocation de vie chère						
Oui	0.991 n.s.	1.152***	1.014 n.s.	1.161***	0.894***	1.069*
Non	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.

Lecture : Le **risque relatif** brut d'avoir eu recours à un médecin de garde, c'est-à-dire aux soins urgents en médecine extrahospitalière réalisée dans une maison médicale, en 2019 plutôt que de ne pas y avoir eu recours est 2.016 fois (Odds ratio brut = 2.016) plus élevé chez un résident du canton de Diekirch que chez un résident de Luxembourg-Ville. Le risque relatif ajusté d'avoir eu recours à un médecin de garde en 2019 plutôt que de ne pas y avoir eu recours est 1.638 fois (Odds ratio ajusté = 1.638) plus élevé chez un résident du canton de Diekirch que chez un résident de Luxembourg-Ville, conditionnellement aux autres caractéristiques prises en compte dans le modèle. Pour chaque caractéristique, les odds ratios permettent de comparer les différentes modalités avec la modalité de référence (Réf.) qui vaut 1. Dans le cas des odds ratios bruts, une valeur supérieure à 1 indique que la modalité est associée à une augmentation du risque relatif d'avoir eu recours à un médecin de garde en 2019 sans tenir compte des autres caractéristiques et une valeur inférieure à 1 indique l'inverse. Dans le cas des odds ratios ajustés, une valeur supérieure à 1 indique que la modalité est associée à une augmentation du risque relatif d'avoir eu recours à un médecin de garde en 2019, toutes choses égales par ailleurs pour les caractéristiques retenues dans le modèle, à une augmentation du risque relatif d'avoir eu recours à un médecin de garde en 2019 et une valeur inférieure à 1 indique l'inverse. Une valeur proche de 1 (valeur accompagnée de la mention « n.s. » dans le tableau) indique qu'il n'est pas possible de conclure quant au type d'association entre une modalité et la modalité de référence.

Significativité statistique : *** = 1%, ** = 5%, * = 10%, n.s. = statistiquement non significatif au seuil de 10%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Sommaire des tableaux

Tableau 1 - Évolution du nombre d'assurés qui ont eu au moins un passage dans un service d'urgence par centre hospitalier et par jour entre 2019 et 2021	14
Tableau 2 - Évolution du nombre d'assurés et de la part de prises en charge réalisées parmi les assurés qui sont passés aux urgences entre 2019 et 2021 et qui ont obtenu au moins une autre unité d'œuvre	15
Tableau 3 - Nombre d'unités d'œuvre en dehors des urgences fournies aux patients lors de leurs passages aux urgences entre 2019 et 2021.....	17
Tableau 4 - Évolution du nombre et de la proportion de patients bénéficiant d'unités d'œuvre en dehors des urgences lors de leur passage aux urgences entre 2019 et 2021.....	18
Tableau 5 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins et de patients qui en ont bénéficié dans un service d'urgence d'un hôpital de garde / au service national d'urgence pédiatrique entre 2019 et 2022	20
Tableau 6 - L'échelle canadienne de triage et de gravité.....	21
Tableau 7 - Évolution du nombre de consultations urgentes de la sous-section 3 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées au service national d'urgence pédiatrique entre 2019 et 2022	22
Tableau 8 - Évolution du nombre de consultations urgentes de la sous-section 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 entre 2020 et 2022	23
Tableau 9 - Évolution du nombre de consultations urgentes de la sous-section 4 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées dans un service d'urgence d'un hôpital de garde entre 2019 et 2022	24
Tableau 10 - Évolution du nombre de consultations urgentes de la sous-section 6 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées dans un service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 entre 2020 et 2022	25
Tableau 11 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées en milieu hospitalier en fonction du niveau d'urgence selon l'échelle canadienne de triage et de gravité dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 entre 2020 et 2022	26
Tableau 12 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par établissement hospitalier entre 2019 et 2021.....	32
Tableau 13 - Évolution de la part des passages aux services d'urgences avec au moins une consultation urgente des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins réalisée le même jour au même centre hospitalier entre 2019 et 2021	32
Tableau 14 : Evolution de la part des passages aux services d'urgences avec au moins un acte de la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes réalisé le même jour entre 2019 et 2021 (en % du nombre total de passages).....	33

Tableau 15 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité et par établissement hospitalier entre 2019 et 2021.....	34
Tableau 16 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière	37
Tableau 17 - Évolution du nombre de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2021.....	48
Tableau 18 - Évolution des dépenses relatives aux consultations et visites réalisées en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2021 (en millions EUR).....	49
Tableau 19 - Répartition des consultations et visites urgentes totales réalisées en milieu extrahospitalier par lieu de prestation entre 2019 et 2021	49
Tableau 20 - Évolution du nombre moyen de consultations et de visites en milieu extrahospitalier par patient, par type de consultation et par sexe entre 2019 et 2021	54
Tableau 21 - Répartition du nombre de consultations et de visites urgentes réalisées en milieu extrahospitalier par pays de résidence du patient entre 2019 et 2021.....	54
Tableau 22 - Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes réalisées en milieu extrahospitalier par type de soins et type de prestataires entre 2019 et 2021	55
Tableau 23 - Répartition du nombre de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier auprès des personnes bénéficiant de prestations de l'assurance dépendance entre 2019 et 2021.....	55
Tableau 24 - Évolution du nombre moyen de consultations et de visites par type de consultation et par personne dépendante en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2021.....	55
Tableau 25 - Part de l'activité des maisons médicales de garde dans les consultations et visites urgentes totales fournies aux personnes dépendantes entre 2019 et 2021	56
Tableau 26 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière entre 2019 et 2021	56
Tableau 27 - Évolution du nombre de consultations et de visites réalisées par un médecin de garde par type de consultation entre 2019 et 2022.....	65
Tableau 28 - Évolution du nombre de consultations et de visites réalisées par un médecin de garde par pays de résidence de l'assuré entre 2019 et 2021.....	65
Tableau 29 - Répartition des assurés ayant recours au médecin de garde en fonction du nombre de jours consultés pour la période considérée entre 2019 et 2021	66
Tableau 30 - Top-6 des actes facturés en plus de la consultation/visite par les médecins de garde – nombre de cas concernés par année.	67
Tableau 31 - Répartition du nombre d'actes facturés (y compris la consultation/visite urgente) par cas entre 2019 et 2021.....	67
Tableau 32 - Évolution annuelle des remboursements par la CNS des prestations fournies par les médecins de garde entre 2019 et 2021 (en milliers EUR).....	67
Tableau 33 - Analyse des gardes pour lesquelles une indemnité de garde est facturée et du nombre de médecins entre 2019 et 2021.....	68

Tableau 34 - Analyse des gardes pour lesquelles une indemnité de garde est facturée et pour lesquelles au moins une consultation/visite urgente est observée.....	69
Tableau 35 - Évolution du nombre d'assurés avec une hospitalisation le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation d'un médecin de garde entre 2019 et 2021.....	69
Tableau 36 - Répartition des durées d'hospitalisation des assurés avec une hospitalisation le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation d'un médecin de garde entre 2019 et 2021 (en jours)	70
Tableau 37 - Nombre d'assurés ayant au moins un contact médical supplémentaire le jour même ou au courant de la semaine qui suit la consultation du médecin de garde en fonction du nombre de consultations entre 2019 et 2021	70
Tableau 38 - Taux de recours à un médecin de garde entre 2019 et 2021.....	71
Tableau 39 - Évolution du nombre d'interventions du SAMU entre 2019 et 2021	80

Sommaire des graphiques

Graphique 1 - Évolution du nombre de passages aux urgences par centre hospitalier entre 2019 et le 1 ^{er} semestre 2022	8
Graphique 2 - Évolution mensuelle du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par centre hospitalier entre janvier 2019 et juin 2022	9
Graphique 3 - Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par jour de semaine en 2019, 2020 et 2021	9
Graphique 4 - Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par tranche horaire en 2019, 2020, 2021	11
Graphique 5 - Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par groupe d'âge des patients en 2019, 2020 et 2021	12
Graphique 6 - Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par sexe des patients entre 2019 et 2021	13
Graphique 7 - Proportion des patients hospitalisés (séjour stationnaire) parmi les patients qui se présentent aux urgences par groupe d'âge en 2019, 2020 et 2021	16
Graphique 8 : Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3 et 4 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins effectuées en milieu hospitalier en fonction du niveau d'urgence selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (hors Covid-19) entre 2019 et 2022	25
Graphique 9 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier par groupe d'âge des patients en 2019, 2020, 2021 et 2022	27
Graphique 10 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier par sexe du patient entre 2019 et 2022	29
Graphique 11 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage par groupe d'âge des patients entre 2019 et 2021	30
Graphique 12 - Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier selon la spécialité médicale du médecin qui prend en charge le patient entre 2019 et 2021	31
Graphique 13 - Nombre de consultations urgentes des sous-sections 3 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins au service national d'urgence pédiatrique selon la spécialité médicale entre 2019 et 2021	31
Graphique 14 - Répartition et évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité par groupe d'âge du patient entre 2019 et 2021 – CHL	35

Graphique 15 - Répartition et évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité par groupe d'âge du patient entre 2019 et 2021 - CHEM	35
Graphique 16 - Répartition et évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité par groupe d'âge du patient entre 2019 et 2021 – CHdN	36
Graphique 17 - Répartition et évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage et de gravité par groupe d'âge du patient entre 2019 et 2021 – HRS.....	36
Graphique 18 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière par groupe d'âge en 2019	40
Graphique 19 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière par groupe d'âge et sexe en 2019.....	40
Graphique 20 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon la nationalité en 2019	41
Graphique 21 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon la nationalité (25-64 ans uniquement)	41
Graphique 22 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon la date d'arrivée au Luxembourg en 2019.....	42
Graphique 23 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière par type de ménage en 2019	42
Graphique 24 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon le canton de résidence en 2019.....	43
Graphique 25 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon la situation par rapport à l'activité professionnelle en 2019.....	44
Graphique 26 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon le secteur d'activité des personnes de 20 à 64 ans exerçant une activité professionnelle (année 2019).....	45
Graphique 27 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière par niveau de vie (EUR/an par équivalent adulte) en 2019	46
Graphique 28 - Taux de recours aux soins urgents en médecine hospitalière selon le fait de bénéficier ou non de l'allocation de vie chère en 2019	46
Graphique 29 : Évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2021	50
Graphique 30 - Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier par jour et semaine entre 2019 et 2021	51
Graphique 31 - Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier par sexe et groupe d'âge des patients entre 2019 et 2021	52

Graphique 32 - Répartition de consultations et visites urgentes totales réalisées en milieu extrahospitalier par lieu de prestation, sexe et groupe d'âge des patients en 2019	53
Graphique 33 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière par groupe d'âge en 2019	57
Graphique 34 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière par groupe d'âge et sexe en 2019	57
Graphique 35 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon la nationalité en 2019	58
Graphique 36 - Taux de recours aux soins urgents des assurés âgés de 25 – 64 ans en médecine extrahospitalière selon la nationalité en 2019	58
Graphique 37 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon la date d'arrivée au Luxembourg en 2019	59
Graphique 38 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière par type de ménage en 2019	59
Graphique 39 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon le canton de résidence des assurés en 2019	60
Graphique 40 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon la situation par rapport à l'activité professionnelle en 2019	60
Graphique 41 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon le secteur d'activité des personnes exerçant une activité professionnelle en 2019	61
Graphique 42 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon le niveau de vie (EUR/an par équivalent adulte) en 2019	62
Graphique 43 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière selon le fait de bénéficier ou non de l'allocation de vie chère en 2019	63
Graphique 44 - Évolution du nombre d'assurés ayant recours à des consultations et des visites urgentes réalisées par des médecins de garde par jour et semaine entre 2019 et 2021	66
Graphique 45 - Taux de recours à un médecin de garde par groupe d'âge en 2019	72
Graphique 46 - Taux de recours à un médecin de garde par groupe d'âge et sexe en 2019	72
Graphique 47 - Taux de recours à un médecin de garde selon la nationalité en 2019	73
Graphique 48 - Taux de recours à un médecin de garde selon la nationalité (25-64 ans uniquement) en 2019	73
Graphique 49 - Taux de recours à un médecin de garde selon la date d'arrivée au Luxembourg en 2019	74
Graphique 50 - Taux de recours à un médecin de garde selon le type de ménage dans lequel vit la personne en 2019	75
Graphique 51 - Taux de recours à un médecin de garde selon le canton de résidence en 2019	75

Graphique 52 - Taux de recours à un médecin de garde selon la situation par rapport à l'activité professionnelle en 2019	76
Graphique 53 - Taux de recours à un médecin de garde selon le secteur d'activité des personnes exerçant une activité professionnelle en 2019	77
Graphique 54 - Taux de recours à un médecin de garde selon le niveau de vie (EUR/an par équivalent adulte) en 2019	78
Graphique 55 - Taux de recours aux soins urgents en médecine extrahospitalière réalisés par un médecin de garde selon le fait de bénéficier ou non de l'allocation de vie chère en 2019	78